

# LA NECESARIA REARTICULACION DEL CONOCIMIENTO EPIDEMIOLOGICO

El Problema de la práctica-teórica y la práctica-práctica

RESUMEN DR. JOSE BLANCO GIL\*

*Cada momento del proceso de formación de una ciencia, se mantiene en estrecha correspondencia con el grado de desarrollo alcanzado por la sociedad. Por otra parte, este proceso es condicionado por la historia de los problemas que esta ciencia aborda. La actividad epidemiológica, considerada como el conjunto de acciones sociales orientadas a enfrentar a la enfermedad como problema colectivo, condiciona el surgimiento de la actividad científica en el análisis del proceso Salud-Enfermedad. Esta actividad científica, a su vez, conduce al desarrollo siempre progresivo del conocimiento y a la sustitución de las teorías anteriores, con la formulación de nuevos conceptos y la definición de categorías de análisis con un mayor nivel de abstracción que permiten una rearticulación del conocimiento.*

*En el proceso de desarrollo de la Epidemiología como ciencia, se identifican tres momentos: el primero, se caracteriza por la actividad empírica y el establecimiento de acciones de carácter circunstancial; el segundo, por el surgimiento de la actividad científica y la puesta en práctica de acciones de carácter sistemático y, finalmente, aparecen las fases iniciales de un tercer momento que contiene la necesidad de un reordenamiento del conocimiento epidemiológico que se exprese en nuevos enfoques teórico-metodológicos. La actividad epidemiológica de este tercer momento, requiere de acciones sociales integrales.*

*Este reordenamiento se presenta como un reto ineludible para los espacios académicos involucrados en la investigación del proceso Salud-Enfermedad y en la formación de personal. La urgencia de contribuir al desarrollo y consolidación de nuevas concepciones del quehacer epidemiológico, se fundamenta en la necesidad de lograr una mayor eficacia en la práctica-teórica y en la práctica-práctica.*

\* Profesor Titular de la Maestría en Medicina Social  
UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO  
(México)

El conocimiento surge y se desenvuelve sobre la base de la actividad práctica de los hombres y sirve a ésta, por cuanto crea el prototipo de cosas y procesos posibles y necesarios para el hombre mismo. Por ello, el conocimiento debe ser, a fin de cuentas, realizado en la práctica.

Las nuevas ideas que cambian las representaciones anteriores, surgen por lo general no tanto como resultado de una rigurosa deducción lógica del conocimiento precedente, ni como simple sistematización de datos, sino como una especie de "salto" en el movimiento del pensamiento. Por su nexa directo con la actividad práctica, el pensamiento busca nuevos resultados fuera de los datos proporcionados por los sentidos. Las nuevas ideas parten del nivel precedente de conocimiento teórico y empírico del objeto y lo replantea.

Cada momento del proceso de formación de una ciencia, se mantiene en estrecha correspondencia con el grado de desarrollo alcanzado por la sociedad y es condicionado por la historia de los problemas que esta ciencia aborda. (1)

La actividad epidemiológica, considerada como el conjunto de acciones sociales orientadas a enfrentar a la enfermedad como problema colectivo, condiciona el surgimiento de la actividad científica en el análisis del proceso Salud-Enfermedad. Esta actividad científica, a su vez, conduce al desarrollo siempre progresivo del conocimiento y a la sustitución de las teorías anteriores, con la formulación de nuevos conceptos y la definición de categorías de análisis con un mayor nivel de abstracción que permiten una rearticulación del conocimiento.

La Epidemiología, empieza a constituirse como ciencia particular en un período histórico determinado, como resultado del proceso de acumulación de un grupo de conocimientos probados en la solución de necesidades derivadas de la actividad práctica de los hombres.

Estos conocimientos obtenidos mediante la realización de acciones de carácter circunstancial y orientados contra la enfermedad cuando es percibida como un evento de trascendencia colectiva, prueban su efectividad mediante la práctica repetida y se incorporan al cuerpo de conocimientos con los que va conformándose la teoría en desarrollo permanente. Este desarrollo se vincula de manera necesaria con la evolución de los conceptos: enfermedad, salud y causalidad.

Los nuevos conocimientos van produciendo la sustitución de las antiguas teorías y apoyan la formulación y puesta en práctica de nuevas medidas con un grado más alto de sistematización. En combinación con aportacio-

nes de otras ciencias, se va constituyendo un sistema de conocimientos que expresa y generaliza los resultados de la actividad cognoscitiva del hombre acerca del proceso Salud-Enfermedad.

En el proceso de formación de la Epidemiología es posible identificar al menos tres momentos (2), reconocibles por las acciones de carácter colectivo aplicadas cuando la enfermedad es socialmente percibida como un fenómeno que afecta a la colectividad.

El primer momento, puede ser caracterizado por la actividad empírica (\*) —conocimiento empírico espontáneo— de carácter circunstancial. Una vez que las medidas aplicadas repetidamente prueban su efectividad, van siendo incorporadas progresivamente a la teoría, que adquiere un mayor nivel de desarrollo y conduce a la formulación y aplicación de medidas de carácter sistemático.

El surgimiento de la actividad epidemiológica de carácter sistemático permite la identificación de un segundo momento del proceso de formación de la Epidemiología. Este momento puede ser ya caracterizado por la actividad científica.

Esta actividad se fundamenta y desarrolla a partir del surgimiento de las teorías de causalidad vigentes para la Epidemiología "oficial" de hoy. En los inicios de este segundo momento, el conocimiento acumulado y el que se genera con el desarrollo de la Microbiología y la incorporación de la Matemática y la Estadística, permiten dar respuesta a diversos problemas, especialmente, a aquellos relacionados con patología transmisible.

La rearticulación del conocimiento epidemiológico en nuevos enfoques teórico-metodológicos, expresa los rasgos iniciales de un tercer momento en el proceso de formación de la Epidemiología.

Se empieza a resolver algunos de los problemas que provienen de las teorías de causalidad vigentes, al identificar mediante la utilización de categorías "NO EPIDEMIOLOGICAS" algunas relaciones constantes y a organizarlas en estructuras que, poco a poco, reordenan un conocimiento de lo que en principio parece incomprensible. (3)

Este avance sobre la interpretación de la enfermedad y la salud, se produce ante la creciente evidencia de que la inserción distinta de los grupos socia-

---

(\*) La actividad empírica se entiende como un sistema integrado de actos y acciones que realizan los grupos humanos para solucionar los problemas de la práctica social cotidiana y que gracias al conocimiento acumulado, no requiere de pasos intermedios entre la identificación del problema y la implementación de medidas para su solución ("conocer para actuar").

les en el proceso económico y político, determina formas diferentes de enfermar y morir. (4)

En diversos espacios —fundamentalmente académicos— se trabaja intensamente en esta reformulación del conocimiento epidemiológico y el desarrollo teórico-metodológico para el estudio del proceso salud-enfermedad, a partir de la teoría social del materialismo histórico. Se intenta, sobre todo, desarrollar categorías intermedias de análisis para la “operacionalización” de categorías generales.

Se trabaja especialmente con la categoría **Reproducción Social** y dependiendo del punto de partida y los propósitos de cada investigación, en las categorías **proceso de trabajo** y **clase social** que expresan la relación del hombre con la naturaleza y con otros hombres y, determinan, la calidad de vida (una noción todavía insuficientemente desarrollada), conformada por las condiciones materiales y socioculturales de las que el proceso salud-enfermedad es componente y resultante.

En el marco de este desarrollo se produce también, la discusión sobre el significado real de las cifras oficiales.

En México, se afirma que en los últimos 40 años las condiciones de salud de la población —expresadas en las tasas de mortalidad— han sufrido modificaciones importantes que se manifiestan en:

- descenso sostenido de la tasa de mortalidad general.
- disminución de la mortalidad masculina y femenina y de casi todos los grupos etáreos.
- transformación del perfil de mortalidad por causas que se expresan en:
  - \* Aumento de muertes por enfermedades crónico-degenerativas.
  - \* Incremento incontrolable de defunciones por accidentes, envenenamientos y violencias.
  - \* Permanencia de enfermedades infectocontagiosas entre las principales causas de muerte (aunque algunas de ellas, sobre todo las prevenibles con vacunas han desaparecido de los primeros lugares).

Esta situación permite hablar de una complejización del perfil de mortalidad en el país y no de la presencia del llamado fenómeno de “transición epidemiológica”.

Sin embargo, las tasas reflejan promedios nacionales, que no permiten reconocer que estas modificaciones se producen de manera diferencial, según las capas y clases sociales.

En investigaciones de años recientes en el ámbito latinoamericano, aparecen evidencias de la distribución diferencial de la enfermedad y la muerte según clases sociales (y sus fracciones). Pueden citarse entre otros, los trabajos de investigación de H. Behm, de J. Breilh y de M. Bronfman y R. Tuirán y de J. Blanco y O. López. (5)

En estas investigaciones se concluye que la pertenencia a una clase social determina la forma de enfermar y morir. Así, el saneamiento básico, las características de la vivienda y el vestido, la calidad de la alimentación, son elementos que adquieren su connotación verdadera en función de la clase social. Se constituyen en expresión de las condiciones de vida concretas, que pueden reflejarse en perfiles patológicos, relativamente característicos de las clases subalternas de la sociedad: alta mortalidad y baja esperanza de vida al nacer, desnutrición, deterioro fisiológico prematuro con mayor frecuencia de enfermedades y sus complicaciones.

Se ha demostrado, por ejemplo, una relación directa entre la posición en la producción y la tasa de muerte. Así, Behm concluye que entre los hijos de los trabajadores del campo, los decesos en los menores de dos años, se presentan con una frecuencia cinco veces mayor que entre los hijos de la burguesía. Más recientemente, Bronfman y Tuirán (1984) demuestran, de manera contundente, una distribución clasista de la mortalidad en la niñez.

Estos estudios se inscriben dentro de las formulaciones de la Medicina Social que a partir de la teoría social marxista, busca la rearticulación del conocimiento epidemiológico y el desarrollo teórico-metodológico para el estudio del proceso Salud-Enfermedad.

Sin embargo, debe decirse que este desarrollo se produce de manera difícil. Precisamente por la complejidad de las categorías utilizadas, de un alto nivel de abstracción, que requieren de una identificación de sus componentes (o dimensiones) para la construcción de categorías intermedias y su expresión en indicadores. Esta "descomposición" de la categoría analítica conduce, con frecuencia, a su reducción.

La selección de una categoría de análisis induce una vía de desarrollo de la investigación y, de alguna manera, prefigura sus resultados. De tal forma, que es fundamental que las categorías intermedias que derivan de la "descomposición" de aquella surjan del examen de la realidad, aunque sea

parcial, que "incluya imprecisiones y ambigüedades, pero fundamentado en experiencias concretas". (6)

En diversos momentos, esta necesaria limitación del referente teórico ha llevado a una cierta "paralización purista" a la espera de nuevos conocimientos e instrumentos de investigación. Tal situación debe ser resuelta porque parece ser cada vez más urgente el acercamiento a la explicación de la distribución de la enfermedad, según los distintos grupos de población, que contribuya al conocimiento de la causalidad.

En la búsqueda de esta explicación, diversos trabajos publicados sostienen que las formas de consumo de cada clase social, derivadas de su inserción específica en la producción y de sus relaciones con otras clases, es una determinante epidemiológica.

Frecuentemente, los críticos del enfoque social para el estudio de la salud, la enfermedad y la muerte, argumentan que es un ejercicio academicista sin sentido. La demostración de lo obvio: "todo mundo sabe que los pobres se enferman y mueren más que los ricos". En todo caso, se dice, existen indicadores "no ideologizados" como vivienda, nivel educativo, nivel de ingresos, edad, sexo, raza y otros, que son suficientes para la investigación y el establecimiento de medidas prácticas. Esto último sería a fin de cuentas, lo importante, ya que se considera imposible explicar el complejo problema de la causalidad.

Se pueden reconocer, sin embargo, que la posición delineada en el párrafo anterior ha tenido suficientes oportunidades para demostrar su validez y que no alcanza a explicar, o resolver, más que problemas puntuales.

Son, justamente, las demandas de la práctica y la lógica interna de su desarrollo como ciencia, que obligan a la Epidemiología a replantear el conocimiento y a reconstruir su objeto: el proceso Salud-Enfermedad como hecho colectivo. Es decir, superar la concepción de que lo colectivo es la sumatoria de individuos, arribando a una concepción cualitativamente distinta: este proceso debe ser estudiado a partir de la comprensión de las leyes que rigen lo social.

Sin embargo, en esta rearticulación del conocimiento epidemiológico y su realización en la práctica se profundiza la oposición entre los estudios epidemiológicos de causalidad y los estudios epidemiológicos para la administración. Se evidencia más claramente la falsa contradicción entre la necesidad de avanzar en el conocimiento de los elementos que determinan al proceso Salud-Enfermedad y la necesidad de establecer medidas de intervención. Una confrontación entre investigación y administración.

Estas afirmaciones se validan en la observación de que, en su mayoría, los estudios epidemiológicos orientados a la búsqueda de la causalidad se producen en los medios académicos al intentar reconocer como un hecho sanitario y social al proceso Salud-Enfermedad. Mientas que en el ámbito de planeación de las instituciones de atención médica, es frecuente que las expresiones estadísticas del proceso Salud-Enfermedad, sean tratadas como un hecho administrativo o, en el mejor de los casos, demográfico.

En gran medida, en esta oposición se encuentra presente una polémica insuficientemente explicitada que corresponde a dos concepciones del quehacer investigativo: mantenerse en el nivel fenoménico, o avanzar en el análisis de las determinaciones de los procesos.

En la investigación epidemiológica frecuentemente se cae en la tentación de dar por cierta la "teoría del dato" —sustentación del empirismo— cuya práctica científica es recoger primero y analizar después, una información a la que se califica como objetiva y preexistente a la actividad del investigador. Se pasa casi inmediatamente, a la recolección exhaustiva de toda la información estadística disponible sobre el tema en cuestión, a su ordenamiento y selección para, posteriormente, hacer algunas inferencias a partir de su procesamiento.

Se asume que en los datos está contenido el conocimiento del objeto y que la naturaleza de éste, imprime a la información una determinada manera de organizarse e interpretarse. Es decir, que la racionalidad en la forma de obtener, organizar e interpretar los datos proviene de la naturaleza misma del objeto de estudio. Esto es lo que vendría a darle objetividad a los estudios y sus resultados.

Esta manera de proceder garantizaría desterrar toda influencia "subjetiva" —investigación no prejuiciada— en tanto que se parte de un cúmulo de información estadística "objetiva, cuantitativa y real", por definición.

Esta posición empirista olvida, desde luego, que la elaboración de estadísticas es una construcción social y que, por lo tanto, la cuantificación del objeto —o del fenómeno— se inicia con una selección a partir de una determinada concepción teórica. Vale decir, posición ideológica, que determina el tipo de preguntas con las que la investigación interroga a la realidad.

Esto significa que la información que refleja el objeto de estudio es, necesariamente discriminada y selectiva conduciendo a una reproducción condicionada de ese mismo objeto por la concepción teórica que orienta la cuantificación de determinados objetos y procesos.

Sin embargo, pocos estudios epidemiológicos proponen de manera explí-

cita la posición teórica que los sustenta y que conduce el proceso de la investigación.

El empirismo en la Epidemiología, en particular, y en el estudio del proceso Salud-Enfermedad, en general, ha dado muestras suficientes de incapacidad para explicar la causalidad más allá de ciertos límites. Sin embargo, mantiene su vigencia. La actividad profesional cotidiana en la práctica médica se basa, entre otras cosas, en la vigencia de los modelos empiristas, multicausales, en el mejor de los casos.

Es conveniente, desde luego, hacer referencia al extremo opuesto al empirismo en investigación: el formalismo conceptual.

Este es un riesgo en el que pueden incurrir estudios epidemiológicos que incorporan a las ciencias sociales en la investigación del proceso Salud-Enfermedad, o de la respuesta social.

El formalismo se presenta como una manera de privilegiar implícita o explícitamente la construcción teórica sobre la actividad práctica. Esta manera de "investigar" presupone virtudes intrínsecas a la construcción teórica que, necesariamente, conduce a proposiciones empíricas de absoluta coherencia lógica. En consecuencia, no siempre es necesario validarlas en la práctica.

Con cierta frecuencia ocurre que la interpretación de los datos y las conclusiones a las que se llegan, tienen poco que ver con el referente teórico tan extensamente desarrollado. Por supuesto, también ocurre que se haga caso omiso de la información que produce la práctica investigativa haciendo corresponder las conclusiones con el marco teórico propuesto. En esta perspectiva, las "limitaciones de la realidad", no deberían invalidar el modelo de interpretación ya que éste, por sí mismo, ofrece una visión completa de la naturaleza, estructura, tendencias, posibilidades y relaciones internas del problema que se analiza.

Algunos extremos del formalismo, por cierto, condujeron al rechazo de la información "burquesa" y de la utilización de variables a indicadores. Se planteaba como necesario la utilización de categorías de análisis sin proponer la manera de operacionalizarlas.

El avance que se ha venido produciendo en el proceso de desarrollo de la Epidemiología ha contribuido a superar estas concepciones, mediante el reconocimiento de que la operacionalización de las categorías de análisis significa, ni más ni menos, hacerlas observables. La mayoría, no son directamente identificables en la realidad, sino una dimensión de análisis difí-



cilmente observada, medida y trasladada al análisis cuantitativo de manera inmediata.

La mayor parte de las veces, se requiere la "descomposición" de la categoría teórica en categorías intermedias que permitan la mediación entre el alto nivel de abstracción de aquella y la realidad que se examina. Por supuesto, esas categorías intermedias tienen que ser construidas teóricamente a partir de los componentes de la categoría general y, frecuentemente, no puede hacerse sin modificar —limitándolo— el referente teórico. Sin embargo, deben ser utilizadas explicitando sus limitaciones y asumiéndolas en el momento de la interpretación. (7)

Estas categorías (variables) son expresión de las variaciones, es decir de los cambios en los procesos sujetos a leyes. En otras palabras, la variable se define como "variación (en el proceso que se analiza) sometida a estudio" ... y como concepto "... que expresa la esencia de la variación en los procesos... en estudio". (8). Se convierte, entonces, en una categoría empírica susceptible de ser observada, medida y procesada de manera concreta, es decir, un indicador.

Enunciado de esta manera, la identificación de las variables y su transformación en una categoría empírica (indicador) aparece como un proceso simple. Sin embargo, cuando la variable es compleja por su conformación en múltiples dimensiones, su operacionalización resulta complicada.

Tal es el caso, desde luego, de las variables para el estudio de los procesos generales que actúan en la determinación de la enfermedad como hecho colectivo, es decir, regido por leyes sociales.

A pesar de esto, se ha producido un desarrollo significativo en la operacionalización de diversas categorías al ser utilizadas en investigaciones concretas. A manera de ejemplo, se cita: Clase social (Bronfman y Tuirán, Breilh); proceso de trabajo (9) (Laurell y Noriega) y, espacio histórico/clase social (Blanco Gil y López Arellano). Ver notas.

## **CONSIDERACIONES FINALES**

La rearticulación del conocimiento epidemiológico en las fases iniciales del tercer momento del proceso de desarrollo de la Epidemiología, se presenta como un reto ineludible para los espacios académicos involucrados en la investigación del proceso Salud-Enfermedad y en la formación de personal. Especialmente, para aquellos que mantienen una autonomía relativa con respecto a las posiciones oficiales. La urgencia de contribuir al desarrollo y consolidación de nuevas concepciones del quehacer epidemiológico.

gico, se fundamenta en la necesidad de lograr una mayor eficacia en la práctica-teórica y en la práctica-práctica.

En el futuro inmediato, contribuir al análisis de los efectos de la profundización de la crisis en 1982, —fenómeno mundial con peculiaridades en el ámbito latinoamericano— que se manifiesta en formas de enfermar y morir, determinadas por el deterioro de la calidad de vida y de trabajo de las clases sociales mayoritarias.

Documentar las razones por las que padecimientos que en años anteriores habían disminuido su importancia, nuevamente aparecen como problemas de salud pública con una incidencia que va en aumento, generando propuestas y alternativas para su control. Por otra parte, también aparece como urgente la necesidad de contribuir a la comprensión de las repercusiones negativas de la crisis —y de la pretendida respuesta mediante la “modernización de la planta productiva”— que se expresa en una profundización del deterioro en las condiciones de trabajo, en un incremento de los accidentes laborales y de enfermedades profesionales. No reconocidas oficialmente, por cierto.

La experiencia sanitaria demuestra que la práctica médica —aún cuando no es determinante en el comportamiento de los perfiles patológicos— tiene un impacto relativamente inmediato sobre algunas enfermedades para las que la ciencia y la técnica epidemiológica han desarrollado acciones de control específicas y simplificadas.

Se reconoce que la intervención sanitaria es capaz de modificar —limitadamente— el comportamiento epidemiológico de algunas enfermedades y en diversos casos de impedir el paso de la enfermedad a la muerte. Esta capacidad de intervención médica ha sido impactada por el abatimiento de la calidad de la atención, que resulta del desmantelamiento de programas y de la sobrecarga de trabajo del personal de salud, en la búsqueda de la “optimización” de recursos y del incremento eficientista de la productividad.

Puede inferirse que el panorama sanitario de los próximos años mostrará un agravamiento de los problemas de enfermedad de los grupos sociales mayoritarios.

#### NOTAS

1. BLANCO GIL, José. “El desarrollo de la Epidemiología como ciencia”. Material de discusión. Módulo “Práctica Médica y Recursos Humanos”, Maestría en Medicina Social, UAM-X, 1985, (Fotocopiado)..

2. BLANCO GIL, Ibid.
3. VASCO URIBE, Alberto. "El conocimiento médico". En: SALUD, MEDICINA Y CLASES SOCIALES. 4a. edición. Editorial Hombre Nuevo, Medellín, 1979.
4. LAURELL, A. Cristina. "La Salud-Enfermedad como proceso social". En: Revista Latinoamericana de Salud, No. 2, México, Editorial Nueva Imagen, 1982.
5. La clase social como categoría explicativa ha sido utilizada en diversos trabajos. Entre ellos, pueden destacarse los desarrollados por Bronfman y Tuirán, por Breilh y por Behm. Ver, por ejemplo: "La desigualdad social ante la muerte: Clases sociales y mortalidad en la niñez"; "Clase social y desigualdad ante la muerte en Quito" y, "Socioeconomic Determinants of Mortality in Latin-America". Por otra parte, utilizando una metodología semejante Blanco Gil y López Arellano, presentan documentos referidos al estudio de la morbilidad de las clases sociales en ámbitos regionales (espacio, como categoría histórica).
6. TESTA, Mario. "Poder y Salud". Ponencia al III Seminario Latinoamericano de Medicina Social, Ouro Preto, Brasil, 1984.
7. BLANCO GIL, J. y O. LOPEZ ARELLANO. "Clase social y región como categorías de análisis de la morbilidad". Ponencia a la III Reunión Nacional sobre la Investigación demográfica en México, El Colegio de México y Sociedad Mexicana de Demografía, 1986.
8. BREILH, Jaime. EPIDEMIOLOGIA, ECONOMIA, MEDICINA Y POLITICA, Quito, Editorial Universitaria, 1979.
9. LAURELL, A.C. y M. NORIEGA. TRABAJO Y SALUD EN SICARTSA. Publicado en coedición por: Sección 271 del Sindicato Minero, Sindicato Independiente de Trabajadores de la UAM (SITUAM) y Maestría en Medicina Social, UAM-X, México, 1987.