

# Los conflictos de la investigación en promoción de la salud

*Ma. del Consuelo Chapela Mendoza\**, *Edgar Carlos Jarillo Soto\*\**, *Carolina Consejo y Chapela\*\*\**, *Alejandro Cerda García\*\*\*\**

## Resumen

Se discute en este trabajo la situación de la evaluación e investigación en promoción de la salud. Se presenta la concepción del movimiento internacional de promoción de la salud originado en la Conferencia de Ottawa en Promoción de la Salud 1986 y a partir de allí se examinan problemas conceptuales y metodológicos en este campo. También se examina la influencia de los paradigmas médicos, de las agencias financiadoras y de las instituciones gubernamentales como dimensiones de poder presentes en estos problemas.

**Palabras clave:** promoción de la salud, evaluación, investigación, metodología.

## Abstract

*This paper discusses the state of the evaluation and research in health promotion. From the conception of health promotion held by the International Movement of Health Promotion triggered in the Ottawa Conference in Health Promotion 1986 some conceptual and methodological problems in this field are examined. The influence of medical paradigms, financial agencies and governmental institutions as power dimensions enmeshed in the evaluation and research in this topic are also examined.*

**Key words:** health promotion, evaluation, research, methodology.

Fecha de recepción: marzo 22 de 2004

Fecha de aprobación: septiembre 23 de 2004

---

\* Profesora investigadora del Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana, Correo electrónico: conich@correo.xoc.uam.mx

\*\* Profesor investigador del Departamento de Atención a la Salud, Universidad Autónoma Metropolitana.

\*\*\* Universidad Nacional Autónoma de México

\*\*\*\* Centro de Investigaciones y Estudios en Antropología Social (CIESAS)

## Introducción

En este trabajo se discuten, a la luz de la literatura científica en el campo de la promoción de la salud, algunos problemas de la investigación que se realizan en la actualidad. Este trabajo parte de argumentar que promover la salud es una práctica institucionalizada que compite por recursos con otras múltiples prácticas, principalmente las que se han constituido en torno a la medicina. Como tal, se exige a los proyectos que incorporan esta práctica que cumplan con los mismos criterios y demandas administrativas que se perfilan para la medicina, especialmente la medicina clínica. Sin embargo, dadas las características de la promoción de la salud que se presentan en el cuerpo del texto, esta práctica no ha logrado demostrar los resultados que demanda el análisis costo-beneficio tradicional de los servicios médicos. La evaluación técnica tradicional tiende a valorar los resultados tangibles a corto, mediano y largo plazo, con resultados objetivos, principalmente a través de observar y medir la modificación de problemas que identifica la medicina y que se refieren a enfermedades corporales definidas institucionalmente como problemas epidemiológicos tales como el tabaquismo, el cáncer cervico-uterino, la obesidad, las afecciones cardiovasculares, etcétera. Se argumenta que la evaluación de la eficiencia de los recursos invertidos en promover la salud arrojará resultados parciales, con la modificación de la salud en los participantes de los trabajos comprometidos con la promoción de la salud.

También se postula que la promoción de la salud, para ser eficiente, tendría que incidir a largo plazo en las estructuras subjetivas de los individuos y que como consecuencia de esto, los resultados objetivos a corto plazo que demandan los evaluadores técnicos no darán cuenta de los cambios que pretende la promoción de la salud. Se formulan en esa perspectiva preguntas como: ¿Cuál es la naturaleza de la promoción de la salud y cuáles son las preguntas de investigación en promoción de la salud? ¿Cuáles son los problemas de investigación de la promoción de la salud? ¿Cuáles son las características de la investigación cualitativa o cuantitativa que las hacen adecuadas para investigar la promoción de la salud? ¿Cuáles son las mejores maneras de conseguir resultados válidos? Finalmente se reconoce que hay grandes obstáculos que remover antes de que la promoción de la salud sea percibida por las instituciones como una práctica intersectorial que, de llevarse a cabo e invertir en ella, facilitaría el cumplimiento de las responsabilidades que las instituciones han contraído con la sociedad.

## Los conceptos y prácticas de promoción de la salud

Aunque la promoción de la salud es una práctica que el ser humano ha venido desarrollando a lo largo de la historia y que ha sido nombrada en algunos programas oficiales antes de la Conferencia de Ottawa en Promoción de la Salud en 1986 (Carta de Ottawa, 1986), es aquí en donde se institucionaliza. La Conferencia de Ottawa reunió a trabajadores de la salud de profesiones médicas y no médicas. Allí se discutió la necesidad de cambiar las políticas de salud de 'atención a la enfermedad' a promover la salud. La Carta de Ottawa (1986:4) define a la promoción de la salud de la siguiente manera:

La promoción de la salud es el proceso de facultar a la población para aumentar el control sobre, y para mejorar, su salud. Para alcanzar un estado completo de bienestar físico, mental y social, un individuo o un grupo debe de poder identificar y realizar sus aspiraciones, satisfacer sus necesidades y cambiar o contender con el ambiente. La salud es vista como un recurso para la vida cotidiana y no como el objetivo de vivir.

Este concepto no hace cambios explícitos a la definición oficial de la Organización Mundial de la Salud producida en 1946 (OMS, 1946), sin embargo se perciben algunos cambios implícitos. En la definición de la Carta de Ottawa la salud es concebida como un recurso, una capacidad individual y colectiva, para controlar la vida en el presente y como la responsabilidad del gobierno y otras instituciones, que reside en asegurar las condiciones que hagan posible el desarrollo de esa capacidad. El control de la vida presente tiene sentido en términos de un diseño de futuro llevado a cabo por el individuo o el colectivo, lo que revela la naturaleza dinámica de la salud. En la introducción de las palabras 'facultar', 'proceso' y 'control' en esta definición, se refleja el contexto social en el que se tiene que entender a la salud. A partir de esta definición, podemos derivar el reconocimiento de que la salud no es una condición o estado sino una capacidad humana aparte de la enfermedad y que la enfermedad es uno de los múltiples factores que pueden interferir con el desarrollo de esa capacidad. Como tal, esta definición involucra aspectos subjetivos y objetivos del sujeto humano. La perspectiva general de la Carta de Ottawa ha sido mantenida oficialmente en las conferencias posteriores de promoción de la salud: Adelaide, Sundsvall, Jakarta, Puerto Rico, París (International Conferences on Health Promotion and Education, 1988, 1991, 1997, 1998) y México (OMS, 2000).

Los contenidos de la Carta de Ottawa han sido interpretados de muchas maneras de acuerdo con los valores, signi-

ficados y prácticas de quienes los interpretan. Sin embargo, la mayoría de los discursos en este tema aceptan la mutua determinación entre salud y desarrollo (Barreto, 1996). A la Conferencia de Ottawa siguió el surgimiento del movimiento de 'Ciudades Saludables' que consideraba como tales a ciudades equipadas con las condiciones básicas para el desarrollo de la salud (Werner, et al., 1998; Cerqueira, 1997; International Conference in Health Promotion and Education, 1991; Ashton, 1987). En América Latina este movimiento evolucionó hacia 'Municipios Saludables' (Castro, 1998; González, 1998; Barreto, 1996; OPS, 1992; OPS/OMS, 1992).

La Conferencia de Jakarta en Promoción y Educación en Salud (1997) identificó seis prioridades en las que estaban presentes intereses nacionales y locales: reforzar la evidencia sobre la eficacia de la promoción de la salud; aumentar la inversión para el desarrollo de la promoción de la salud; promover la responsabilidad social por la salud; apoderar a los individuos y las comunidades; y asegurar la infraestructura de la promoción de la salud a partir de la reorientación de los sistemas de salud y otros servicios con criterios afines a la promoción de la salud. Esas prioridades también se discutieron y aceptaron en la Quinta Conferencia Global en Promoción de la Salud (2000) (ver Byrne, 2000 y World Health Assembly, 1998). El énfasis que hizo la Conferencia de Jakarta en los determinantes socio-económicos de la salud subrayó el carácter político de la promoción de la salud y la necesidad de destinar recursos para acciones de salud (Bertinato, 1999). Se reconocieron como áreas estratégicas para la promoción de la salud al desarrollo de la gestoría ('advocacy'), las alianzas y los 'socios' (Wise, 2001; Westphal, *et al.*, 2000).

Rice (1999) propone que el desarrollo de la gestoría es un aspecto de la promoción de la salud esencial para el desarrollo de políticas y programas efectivos. Los destinatarios de las capacidades desarrolladas en gestoría son los tomadores de decisiones, los responsables de la formulación de políticas y los administradores de los programas. Wise (2001) argumenta que la gestoría define la agenda, delinea el debate y avanza las políticas. Esta autora retoma la definición de gestoría (advocacy) que se propone en el Diplomado de Promoción de la Salud de la Universidad Autónoma Metropolitana (Chapela, 1994): gestionar significa defender, hablar a favor de alguien o algo, sustentar y defender una causa contra intereses ajenos, defender una idea. Un gestor es alguien que lleva a cabo actividades o negociaciones destinadas a alcanzar algo para alguien, ejercer el poder de hacer algo en beneficio de alguien, de grupos, comunidades o de la sociedad como un todo.

Wise (2001), como otros autores, releva la importancia de recolectar evidencia útil para las negociaciones políticas

necesarias para apoyar las acciones de promoción de la salud (Lethbridge, 2001; International Poverty and Health Network, 2001; People's Health Assembly, 2000; Holland y Blackburn, 1998; Ziglio, 1991). La evidencia sobre la eficiencia de la promoción de la salud puede obligar a los gobiernos y otras agencias a repensar sus prioridades de financiamiento, a poner atención en áreas específicas de la salud, a hacer los cambios legales y normativos necesarios, etcétera. La recolección y comunicación de evidencia es entonces una estrategia de la gestoría.

En Ottawa y en Sundsvall se reconocieron los ambientes saludables como una condición necesaria a partir de la cual los grupos puedan imaginar sus futuros y actuar para alcanzarlos. En Sundsvall se entendió como 'ambientes de apoyo' a los aspectos físicos y sociales presentes en el entorno de la población. En el espíritu de Ottawa, Sundsvall y Jakarta hay conceptos de apoderamiento como elementos clave para promover la salud (Wallernstein y Freudenberg, 1998; Wallernstein, 1992). Desde ese espíritu, el apoderamiento se ha visto como devolución del poder a los individuos y a los grupos sociales; como desarrollo de valores, conocimiento y habilidades útiles para alcanzar los futuros proyectados; y como desarrollo de sistemas gubernamentales y políticas incluyentes (Wallernstein, 1992).

La mayoría de la literatura y documentos científicos e institucionales alrededor de la promoción de la salud se enfocan en programas y acciones, haciendo de la promoción de la salud un mero instrumento y dejando de lado las discusiones conceptuales sobre salud y promoción de la salud. Así, encontramos concepciones y discursos de promoción de la salud fuertemente vinculados a los discursos del mercado (ver por ejemplo Banco Mundial, 2001; G8 Genoa Summit, 2001; Gwartkin y Gilliot, 2000; Prince of Wales Bussines Leaders Forum, 2000; OMS, 2000 e International Conference in Health Promotion and Education, 1997). Al mismo tiempo, las discusiones relativas a la práctica de la promoción de la salud que retoman los temas del acceso restringido a la riqueza y del derecho a la salud han estado presentes en foros internacionales (ver por ejemplo People's Health Assembly, 2000; Cerqueira, 2000; Werner, *et al.*, 1998; WHO Working Group on Health Promotion in Developing Countries, 1991). Estas discusiones aparentemente están unificadas en el significado de los conceptos que utilizan. Sin embargo la práctica de la promoción de la salud revela diferencias importantes en las concepciones, significados, beneficiarios y fines, mostrando las luchas por el poder que existen para ganar el emergente campo de la promoción de la salud.

El término 'promoción de la salud' ha sido utilizado indistintamente para nombrar una variedad de prácticas relacionadas con las enfermedades y sustentadas en distintos paradigmas, de entre los cuales se relevan los paradigmas de la medicina alopática científica; por ejemplo la medicina preventiva, la educación para la salud, el sanitarismo y la medicina comunitaria. Otros ejemplos son las prácticas curativas o preventivas esotéricas, naturalistas y religiosas. La mayoría de esas prácticas utilizan insumos que rápidamente se convierten en mercancía y facilitan la expansión del mercado (Chapela, 2001).

También en el ámbito académico 'promoción de la salud' tiene múltiples interpretaciones ligadas a los paradigmas que sustentan la concepción de salud. Así, las definiciones y prácticas ecológicas hacen referencia al balance y armonía entre el cuerpo físico y el ambiente (ver por ejemplo Rootman y Raeburn, 1994; Morris, 1969; Ratcliffe, 1968; Audy, 1967). La medicina social en sus primeros postulados considera a la salud como 'no enfermedad' y a la distribución de la enfermedad como dependiente de las características de la infraestructura y de los servicios como el drenaje, el salario, la escolaridad u otro, pero no consideran al poder y a las explicaciones estructurales de la pobreza (McKeown, 1982; Linton, et al., 1967; Johnson, 1948; Smith y Evans, 1944 y Winslow, 1920). La medicina social actual se desarrolla a partir de las concepciones materialistas de la sociedad principalmente en México, Latinoamérica, Italia y España y proponen que la salud está relacionada con los sistemas de producción. Exponentes principales de esta corriente son Vicente Navarro (1978) y Cristina Laurell (1981).

Una primera proposición de la medicina social es que no existe la salud como un hecho aislado, sino lo que en realidad existe es un proceso salud-enfermedad vinculado en los casos particulares de grupos e individuos según la pertenencia de clase. De esta manera, también la medicina social perpetúa el entendimiento de la salud desde su relación con la enfermedad aunque adopta una posición crítica de las concepciones unicasales y biologicistas, aún de las que se comprenden en el multicausalismo. La mayoría de las definiciones de salud están intrínsecamente relacionadas con la enfermedad, lo que es consistente con los paradigmas biologicistas de la medicina hegemónica que ven al cuerpo fragmentado, aparte y diferente de la persona humana y separado de la realidad de una sociedad relacional.

Las diferencias en el significado de promoción de la salud también se hacen manifiestas en la distancia que hay entre la promoción de la salud 'en el papel' y en la práctica, esto es en la formulación y en su aplicación. Esto es evidente cuando se comparan los proyectos y prácticas

institucionales y cuando se compara la promoción de la salud 'de base' con la promoción de la salud diseñada por 'expertos'. Cardacci (1998) propone que la promoción de la salud se hace principalmente de forma 'paternalista/asistencial' o 'romántica/idealista' y previene sobre qué tan desapoderantes pueden ser las prácticas llevadas a cabo como prácticas apoderantes. Cowley (1986) identifica que cuando los proyectos de promoción de la salud son eficientes, existe una reacción en contra de éstos desde las agencias concentradoras de poder. Esto fue advertido también durante las Conferencias de Puerto Rico (1998) y París (2001) en donde la presentación del caso de los promotores de salud indígenas chiapanecos —continuamente hostigados por el ejército y por el gobierno— develó que este hostigamiento existe en otras partes del mundo. Ya que la promoción de la salud incide en el mundo simbólico, no puede ser políticamente neutral (Leichter, 1991). Se propone aquí que la práctica de la promoción de la salud es básicamente trabajo pedagógico en el sentido bourdeano (Bourdieu y Passeron, 1990) llevado a cabo por autoridades pedagógicas que inculcan contenidos seleccionados de acuerdo con sus intereses. De esta manera, la práctica de la promoción de la salud tiene un valor doble para el poder dominante ya que se refiere al cuerpo material y a la subjetividad de los individuos y los grupos sociales. Sin embargo, a partir de considerar sus raíces heterodoxáticas, se puede ver en la promoción de la salud un instrumento potencial para devolver el control de sus cuerpos y sus vidas a los sujetos y a la población y por lo tanto alcanzar el ideal de Ottawa.

Como una práctica relativamente nueva y a causa del peso potencial que tiene como práctica heterodoxática, la promoción de la salud enfrenta luchas de poder para definir su carácter, especificidad y discurso; ya que los cambios necesarios en los servicios de salud pueden representar una amenaza al poder constituido en las agencias de salud tradicionales, es poco probable que sean promovidos desde allí. Sin embargo, debe reconocerse la posibilidad de transformación que algunos proyectos nacionales e internacionales pueden representar para el desarrollo de la promoción de la salud. Un ejemplo de estos proyectos es el programa Niño a Niño (Aarons, et al., 1979; Pridmore y Stephens, 2000).

Las diferencias de concepción y práctica de la promoción de la salud tienen consecuencias en distintos sentidos. Este trabajo hace referencia a las consecuencias que tienen esas diferencias en la posibilidad de observar y evaluar la promoción de la salud con una mirada científica.

## Investigando en promoción de la salud

La promoción de la salud está controlada desde distintos intereses y puntos de vista (Green y Raeburn, 1988) muchos de ellos atravesados por contenidos médicos. Sin embargo, tiene un papel importante para la confrontación del modelo médico tradicional (Peersman, et al., 1999). En la promoción de la salud implementada oficialmente en las últimas tres décadas, pueden advertirse dos raíces principales: la médica y la gubernamental. Esas raíces definen las características dominantes de la investigación en promoción de la salud y como consecuencia de su conocimiento y práctica.

Desde su raíz médica, la promoción de la salud rara vez es concebida más allá de la educación para la salud como instrumento para cambiar el comportamiento de la población en el sentido que el pensamiento médico, y los profesionales de la medicina definen (Tannahill, 1985). Los contenidos de educación para la salud están básicamente orientados por contenidos de prevención de enfermedades o de 'buen comportamiento del paciente', enfocándose en la persona individual antes que en el grupo social (Wallernstein y Freudenberg, 1998). La visión médica de la promoción de la salud y desde luego de la educación para la salud, trasciende de los hospitales a las escuelas, barrios y otros espacios sociales. En consecuencia, la investigación en promoción de la salud es heredera de la ciencia médica positivista. Desde esa perspectiva se le pide a la investigación en promoción de la salud, credibilidad, validez y generalizabilidad como si los sujetos sociales fueran objetos maleables bajo observación (Tones, 1997). Desde esa visión los estudios experimentales, controlados y otros derivados de metodologías cuantitativas son mejor aceptados como investigación en salud que estudios cualitativos retrospectivos, no azarosos y sin controles (Peersman et al., 1999; Chalmers, et al., 1997; Catford, 1993; Antman, et al., 1992).

La disminución progresiva del gasto en salud adoptada como estrategia gubernamental, demanda a la investigación en el campo de la promoción de la salud que proceda como evaluación de la eficiencia de los programas con vistas a la toma de decisiones pragmáticas (Saan, 1997; Wallernstein y Freudenberg, 1998). Además, subyace en esas demandas gubernamentales la concepción de la gente como 'capital social' utilizable como cualquier otro bien (Hawe, 2000). Desde esa perspectiva se pide a la investigación en promoción de la salud que presente evidencia sólida relativa a la capacidad de la promoción de la salud para disminuir las enfermedades (Speller, et al., 1997; Clark y Mc Leroy, 1995). El financiamiento requiere la justificación no sólo de la eficacia de las acciones de la promoción de la salud, sino también del

costo-efectividad (Wimbush y Watson, 2000). Para esos propósitos, cada vez más se perfilan propuestas de investigación en promoción de la salud con la lógica de evaluaciones basadas en evidencia, para ello se fundamentan los resultados con la utilización de métodos cuantitativos como 'evidencia sólida' (Ziglio, 1996). Las presiones para medir y demostrar cambios en las condiciones de salud producto de las intervenciones de promoción de la salud representan restricciones a la demostración de la capacidad que ésta tiene para enfrentar los determinantes de la salud que no son mesurables a través de métodos cuantitativos (Blinkhorn, 2000; Pavis, 1998; Tones, 1998). Las limitaciones que impone el modelo médico-gubernamental puede ser la causa de la falta de rigor detectado por Kemm (2001) con que el propio trabajador e investigador en promoción de la salud evalúa su trabajo (ver también Peersman, et al., 1999). La falta de interés en la evaluación rigurosa también refleja las formas distintas de entender y utilizar la promoción de la salud que tienen los observadores y los practicantes de la promoción de la salud.

En las esferas de las agencias financiadoras y aún en las instancias gubernamentales existen puntos de vista alternativos al médico dominante. Desde la experiencia empírica puede decirse que fuera de los contextos científico, académico y gubernamental oficiales, la evaluación de la promoción de la salud se lleva a cabo con formas alternativas, que implican el alejamiento de las restricciones médicas y gubernamentales. Ello permite el desarrollo de la evaluación de la promoción de la salud de una forma distinta, donde los objetivos son definidos localmente por los sujetos interesados en el desarrollo de la salud en sus espacios sociales de acción. Los resultados de esas evaluaciones circulan entre distintas organizaciones no gubernamentales u organizaciones de base, principalmente mediante la comunicación oral al transmitir experiencias específicas, o en encuentros de intercambio y acción compartida. Se han hecho esfuerzos por organizar esas experiencias y comunicarlas de forma escrita (Chapela, 1998 y Haro y de Keijzer, 1998). Frecuentemente cuando esas evaluaciones trascienden los foros académicos o de las agencias financiadoras, o encuentros de contenido gubernamental; son sometidos a escrutinio con parámetros irrelevantes a sus objetivos originales surgidos de los propios actores implicados (Vanderplaat, 1995).

La promoción de la salud excede los objetivos de la educación para la salud tradicional. Las intervenciones de promoción de la salud concebida como acciones tendientes al apoderamiento de la población para el ejercicio de su capacidad saludable, no pretenden informar a los individuos, sino devolver el poder a las culturas (Krumeich, et al., 2001). La complejidad de la salud y de la promoción de la salud requiere

re de múltiples teorías y métodos para diseñar, implementar y evaluar las investigaciones, siendo la pluralidad metodológica una de sus características (Peersman, et al., 1999). Esta apertura es necesaria ya que la investigación en promoción de la salud incluye averiguar en el doble carácter biológico y social de la salud.

El debate acerca de cuál es la metodología correcta para la investigación en promoción de la salud puede centrarse en las cuatro preguntas que se presentan a continuación.

**¿Cuál es la naturaleza de la promoción de la salud y cuáles son las preguntas de investigación en promoción de la salud?**

Los posicionamientos alrededor de ésta pregunta son difíciles de seguir en la literatura ya que en primer lugar no se incluye en el debate la concepción de salud, probablemente por la aceptación acrítica de la definición de la Organización Mundial de la Salud. Ejemplo de este vacío es la ausencia de esa discusión en tres revistas especializadas en promoción de la salud que circularon en el mundo académico en el periodo 1998-2001: *Health Education Research, Promotion and Education* e *International Journal of Health Promotion and Education*. Fuera de los circuitos académicos, la discusión del significado de la salud está presente en el derecho, las ciencias sociales, la filosofía y la literatura, entre otros campos del conocimiento. Lo que sí encontramos es que las prácticas de promoción de la salud frecuentemente contradicen las expectativas, necesidades y conocimientos fuera de quienes exponen en los círculos académicos u oficiales (Cribb and Duncan, 1999). De esta manera las preguntas de promoción de la salud pueden interpretar y responder a los significados y valores de las agencias financiadoras que pueden vislumbrarse en el rango de preguntas desde cómo disminuir costos con el mayor beneficio monetario hasta cómo lograr la gestoría y apoderamiento de la población (ver por ejemplo Banco Mundial, 2001; G8 Genoa Summit, 2001; Gwatkin and Guilliot, 2000; Badura y Kickbush, 1991 y Wallerstein, 1992).

**¿Cuáles son los problemas de la investigación en promoción de la salud actual?**

La visión generalizada de que la promoción de la salud carece de exactitud científica y de que está plagada de desviaciones por el uso de aproximaciones metodológicas cualitativas que privilegian la descripción sobre la evaluación de resultados (Kemmm, 2001; Peersman, et al., 1999; Oakley, 1998) puede derivar de las distintas maneras en que el investigador percibe la misma promoción de la salud. En una revisión de 6 820 referencias en la literatura científica Peersman, et

al., (1999) encontraron que 63% eran descriptivas (caso control, cohortes, revisiones, revisiones sistemáticas, meta-análisis) y 22% evaluativas (estudio del conocimiento, actitudes o comportamiento). De ese 22% sólo 15% incluía el análisis de procesos y resultados. También encontraron en una muestra de 112 trabajos (de las 6 820 referencias) que 63% no especificaba clase social, 67% no presentaba ningún modelo teórico y 29% no presentaba ninguna información sobre características específicas de los sujetos. Esos datos ponen de relieve que en la investigación en promoción de la salud, al igual que ocurre en otros campos similares, derivan problemas importantes: cómo construir la pregunta de investigación (Leween, 1993); cómo superar el hecho de que las intervenciones de promoción de la salud son generalmente débiles, con efectos subjetivos y por lo tanto invisibles, y de que entre el inicio de la intervención y la posibilidad de observar cambios median tiempos largos (Kemmm, 2001; Nutbeam, 1998); cómo evaluar; cómo disminuir y reconocer las desviaciones (Kemmm, 2000); cómo hacer énfasis en los resultados y no sólo en la descripción de las intervenciones (Kemmm, 2001; Nutbeam, 1998); cómo responder las frecuentes evaluaciones negativas que conllevan mucho aprendizaje valioso pero colateral y cómo evitar el fracaso no intencional característico de este aprendizaje (Kemmm, 2001); y cómo lograr responder a las agencias financiadoras sin perder los objetivos de las acciones emprendidas (Ziglio, 1996). Aún con las distintas precisiones que la revisión pormenorizada pueda aportar, en una perspectiva inicial general puede observarse que en este debate hay ausencia de puntos de vista desde la población implicada y de los actores involucrados.

**¿Cuáles son las características de la investigación cualitativa o cuantitativa que las hacen adecuadas para investigar la promoción de la salud?**

En la misma revisión de las revistas, se detectaron algunos argumentos para la contestación de esta pregunta. Los argumentos contra el uso de metodologías cuantitativas muestran principalmente una preocupación por los usos y efectos de la investigación en la población atendida que frecuentemente está constituida por minorías sociales (Kemmm, 2001; Peersman, et al., 1999; Tones, 1998, 1997; Nutbeam, 1998; Speller, 1997; Ziglio, 1996; McCormick, 1996). También se argumenta en relación con las dificultades para reportar recuentos precisos sobre fenómenos que no son tangibles o materiales tales como los fenómenos culturales (Green, 2000; Pavis, 1998; Buchanan, 1998; Benton, 1991; Peersman et al., 1999; Heap, 1995). Los argumentos en contra de la utilización de metodologías cualitativas para investigar en promoción de la salud están preocupados por la precisión,

la validez, la confiabilidad y la generalizabilidad. Otros más, se refieren a las dificultades de implementar metodologías cualitativas y el tiempo que llevan para producir resultados; así como que la investigación cualitativa frecuentemente da cuenta de resultados no esperados y no de resultados deseados. Las formulaciones anteriores dan base a la justificación de que esta metodología no puede proveer de bases sólidas para diseñar intervenciones en promoción de la salud (Kemmer, 2001; Catford, 1993; Antman, 1992).

La experiencia de trabajo empírico y la actividad en procesos de capacitación y formación de profesionales de la salud en promoción de la salud, permite constatar que las críticas y diferencias en las aproximaciones metodológicas están más relacionadas con la audiencia del investigador que con la población investigada y los actores directos, así los destinatarios son con mayor frecuencia: políticos, diseñadores de políticas, planificadores, administradores de recursos, comunidad académica. Asimismo, estas diferencias se vinculan con los usos que hace el investigador o la agencia de la promoción de la salud y con la fidelidad del promotor de la salud con sus principios y objetivos. También se puede observar que los resultados de la evaluación o investigación en promoción de la salud frecuentemente proporcionan instrumentos para diseñar, implementar y evaluar proyectos, pero contribuyen poco a la construcción de conocimiento en promoción de la salud.

### **¿Cuáles son las mejores maneras de conseguir resultados válidos?**

El debate acerca de cuál es la mejor metodología para investigar la promoción de la salud incluye posicionamientos conceptuales y argumentos de reconciliación entre las aproximaciones cualitativa-naturalista-interpretativa y la cuantitativa-positivista que va en la posición de hacerlas complementarias (Green, et al., 2001; Ratcliffe, 1998; Tones, 1997; Mays y Poppe, 1995; Secker, 1995; Datta, 1994). Investigar en promoción de la salud requiere un posicionamiento disciplinario acorde con el carácter de los fenómenos sociales que la comprensión conceptual como fenómenos biológicos (Learmonth y Cheung, 1999; Jarillo y Arroyave, 1995; Benton, 1991), por lo que se podría tratar como investigación en ciencias sociales utilizando paradigmas de las ciencias sociales. La promoción de la salud requiere por lo tanto de aproximaciones multidisciplinarias (Learmonth and Mackie, 2000). Estos argumentos apuntan al reconocimiento de que las peculiaridades de la promoción de la salud hacen que sus objetos de estudio se encuentren entre el mundo objetivo y el mundo subjetivo, el cuerpo y el sujeto, el ambiente material y el entorno social, la política y la práctica. También reconocen

la desviación pragmática que introducen las influencias gubernamentales e institucionales en la investigación de la promoción de la salud. Finalmente se perfila la dicotomía en la comunidad de investigadores en este campo: los que se inclinan más por el beneficio institucional y los que optan por la población en la que practican la promoción de la salud.

### **Conclusiones**

Al examinar algunos de los problemas a los que se enfrenta la investigación científica de la promoción de la salud se puede identificar tres núcleos problemáticos. El primero, está en el centro del problema que significa la concepción de esta práctica profesional y de quién, cómo, para qué y en qué contexto se lleva a cabo. Esto obliga a reconocer que hay grandes obstáculos que remover antes de que la promoción de la salud sea percibida por los actores y las instituciones como una práctica intersectorial y multidisciplinaria sustentada en los problemas de salud en una realidad compleja, en ocasiones percibidos, también, como uncausales y directos por la población. El segundo, requiere de sustento teórico y científico acorde con la naturaleza y las dimensiones de la existencia social de los problemas que estudia, las restricciones que imponen las visiones disciplinarias, y las necesidades de los incentivos y promotores de la investigación en promoción de la salud, acotan por necesidades instrumentalistas las perspectivas teóricas y moldean los procesos metodológicos; aquí prevalece una perspectiva positivista en lo epistemológico, cuantitativa en lo metodológico, estadística en lo instrumental y pragmática en sus resultados. El tercero, derivado de los dos precedentes, representa los fines y la participación de los actores implicados con sus propios fines e intereses, es notoria la carencia de retorno de los resultados y en consecuencia de la instrumentación de acciones que rebasan el ámbito limitado de las agencias financiadoras y de los intereses gubernamentales.

Ante ello, la investigación en promoción de la salud constituye un campo que debe revitalizarse en varios aspectos y nutrirse de los desarrollos, parciales e incipientes, que existen en diversos países. Otros fundamentos de la teoría, de los procesos metodológicos y las modalidades de instrumentación de la investigación en promoción de la salud, que de llevarse a cabo e invertir en ella, facilitarían el cumplimiento de las responsabilidades que las instituciones han contraído con la sociedad. A pesar de los conflictos de la investigación en promoción de la salud, la necesidad de encontrar formas para construir el conocimiento de la promoción de la salud necesario para sustentar su acción obliga a los investigadores a crear metodologías capaces de examinar este problema complejo.

## Bibliografía

- Aarons, A *et al.* (1979), *Child-to-child*, London, Macmillan Press.
- Antman, E *et al.* (1992), "A comparison of results of meta-analysis of randomised controlled trials and recommendations of clinical experts. Treatment of myocardial infarction", *Journal of the American Medical Association* 268:240-248.
- Ashton, J (1987), *La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad. Las ciudades sanas, una iniciativa de la nueva sanidad*, España, Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat y Consum.
- Audy, R (1967), "Measurement and diagnosis of health", en: E Shepard, P y McKinley, D *Environmental Eessays on the planet as a home*. Edsston: Houghton-Mifflin, págs. 141-162.
- Badura, B y Kickbush, I (1991), *Health promotion research: towards a new social epidemiology*. Ginebra, WHO Regional Publications. European Series No 37.
- Banco Mundial (2001), *Informe sobre el desarrollo mundial 2000/2001. Lucha contra la pobreza. Panorama general*. Washington, World Bank.
- Banco Mundial (1998), *Knowledge for development*, Geneve, World Bank.
- Banco Mundial (1993), *Invertir en salud*, Geneve, World Bank.
- Barreto, J (1996), "La promoción de la salud en las ciudades", en: Barreto, J (coord.) *Ciudades y pueblos saludables. Lineamientos para la promoción de la salud en ciudades y pueblos del Ecuador*, Quito, Gobierno del Ecuador.
- Benton *et al.* (1991), "Theories of behavioural change and their use in health promotion: some neglected areas", *Health Education Research* 6(2): 153-162.
- Bertinato, L (1999), "The Verona initiative. A new 'arena' for the debate on health in Europe", *Promotion and Education* 6(1):19-20, 37.
- Blinkhorn, A (2000), "Editorial", *International Journal of Health Promotion and Education* 38(3).
- Bourdieu, P y Passeron (1990), *Reproduction in education, society and culture*. London, Sage.
- Buchanan, D (1998), "Beyond positivism: humanistic perspective on theory and research in health education", *Health education research* 13:439-550.
- Byrne, D (2000), "5th Global Conference in Health Promotion Mexico 2000", *Promotion and Education* VII(3):15-16.
- Cardacci, D (1998), "Educación para la participación en promoción de la salud", en: González, J *et al.* (coord.) *¡Manos a la salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad, herramientas para la promoción de la salud*, México, CIESS/OPS.
- Castro, JM (1998) "Promoción de la salud. A diez años de Ottawa: ¿salud-mercancía o derecho social?", en: González, *et al.* (coord.) *¡Manos a la salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad, herramientas para la promoción de la salud*, México, CIESS/OPS.
- Catford, J (1993), "Auditing health promotion: what are the vital signs of quality?", *Health Promotion International* 8:67-68.
- Cerqueira MT (2000), "Health promotion in the Americas: towards bridging the equity gap", *Promotion and Education* VII(4):4-7.
- Cerqueira, MT (1997), "Promoción de la salud y educación para la salud: retos y perspectivas", en: Arroyo, *et al.* (eds.) *La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina*, Puerto Rico, Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

- Clark, N y Mc Leroy, K (1995), "Creating capacity through health education: what we know and what we don't", *Health Education Quarterly*, 22(3):273-289.
- Cowley, J (1986), "When health promotion works, opposition begin: a personal opinion", *Health Promotion* 1(2):201-209.
- Cribb, A y Duncan, P (1999), "Making a profession of health promotion? Grounds for trust and health promotion ethics", *International Journal of Health Promotion and Education* 37(4):129-134.
- Chalmers, I *et al.* (1997), "The Cochrane collaboration", en: Maynard y Chalmers citado por Peersman, G *et al.* (1999) *Evidence-based health promotion? Some methodological challenges*, *International Journal of Health Promotion and Education* 37(2):59-64.
- Chapela, C (2001), "Are we all thinking health promotion the same. An analysis of the abstracts presented during the Puerto Rico IUHPE Conference, 1998". Abstracts. Paris, XVIIth World Conference on Health Promotion and Health Education.
- Chapela, C (1994), *Glosario de términos utilizados en el Diplomado en Promoción de la Salud*, México, UAM-X Diplomado en Promoción de la Salud.
- Chapela, F (1998), *Organizaciones civiles y desarrollo rural en México*, México, Estudios Rurales y Asesoría Campesina, AC.
- Datta, L (1994), "Paradigm wars: a basis for peaceful co-existence and beyond. New directions for programme evaluation", citado en Kemm, J (2001) *Evaluation and health promotion: seeking the common ground in different approaches. A discussion paper*, *International Journal of Health Promotion and Education* 39(3):76-79.
- G8 Genoa Summit (2001), *A globalised market- Opportunities and risks for the poor. Global poverty report 2001*, Genoa, African Development Bank, Asian Development Bank, European Bank for Reconstruction and Development, Inter-American Development Bank, International Monetary Found, World Bank.
- González, J *et al.* (coord.) (1998), *¡Manos a la salud! Mercadotecnia, comunicación y publicidad, herramientas para la promoción de la salud*, México, CIESS/OPS.
- Green, J *et al.* (2001), "The merits of mixing methods in evaluation", *Evaluation* 7(1):25-44.
- Green, J (2000), "The role of theory in evidence-based health practice", *Health Education Research* 15(2):125-129.
- Green, LW y Raeburn, JM (1988), "Health promotion, what is it? What will it become?", *Health promotion* 3(2):15-19.
- Gwartkin, D y Gillot, M (2000), *The burden of disease among the global poor. Current situations, future trends, and implications for strategy*, Washington, World Bank Global Forum for Health Research.
- Haro, J y de Keijzer, B (1998), *Participación comunitaria en salud: evaluación de experiencias y tareas para el futuro*, México, El Colegio de México, Organización Panamericana de la Salud, Prodessep AC.
- Hawe, P (2000), "Social capital and health promotion: a review", *Social Science and Medicine* 51:871-885.
- Heap, J (1995), "Constructionism in the rethoric and ractice of fourth generation evaluation", *Evaluation and Programme Planning* 18:51-61.
- Holland, J with Blackburn, J (1998), *Whose voice? Participatory research and policy change*. London, Intermediate Technology Publications.
- International Conference in Health Promotion and Education (2001), XVII World Conference on Health Promotion and Health Education. Health: an investment for a just society, Paris, Julio 15-20.
- International Conference in Health Promotion and Education (1998), *Discussion papers*, Puerto Rico, mimeos.
- International Conference in Health Promotion and Education (1997), *The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21st Century*. Jakarta. Julio.
- International Conference in Health Promotion and Education (1991), *Declaración de Sundsvall*, Suiza, Junio 9-11.
- International Conference in Health Promotion and Education (1988), *The Adelaide recommendations healthy public policy*, Adelaide, South Australia. Abril 5-9.
- International Poverty and Health Network (2001), [www.iphn.org](http://www.iphn.org)

- Jarillo EC, Arroyave MG (1995), "El conocimiento de la salud y las ciencias sociales", *Revista Española de Salud Pública*, 69(3-4):265-276.
- Johnson, A (1948), "Medicine's responsibility in the propagation of poor protoplasm", *New England Journal of Medicine* 238:715.
- Kemm, J (2001), "Evaluation and health promotion: seeking the common ground in different approaches. A discussion paper", *International Journal of Health Promotion and Education* 39(3):76-79.
- Krumeich, A *et al.* (2000), "The benefit of anthropological approaches for health promotion research and practice", *Health Education Research* 16(2): 121-130.
- Laurell, C (1981), "La salud-enfermedad como proceso social", *Revista Latinoamericana de Salud*. 1(2): 7-25.
- Learmonth, A y Cheung, Ph (1999), "Evidence-based health promotion. The contributions of qualitative social research methods", *International Journal of Health Promotion and Education* 37(1):11-15.
- Learmonth, A y Mackie, Ph (2000), "Evaluating effectiveness in health promotion: a case of reinventing the millstone?", *Health Education Journal* 59:267-280.
- Leichter, HM (1991), *Free to be foolish: politics and health promotion in the United States and Great Britain*. Princeton, New Jersey, Princeton University Press.
- Lethbridge, J (2001), "Health promotion within the development process", *Promotion and Education* VIII(1)23-38.
- Leween (1993), "Santa Rosalía was a goat", *Science* 221: 636-639.
- Linton, R *et al.* (1967), *A strategy for a livable environment*. Washington, US Government Printing Office.
- Mays y Poppe (1995), "Rigour and qualitative research", *British Medical Journal* 311:109-112.
- McCormick, J (1996), "Medical hubris and the public health: the ethical dimension", *Journal of Clinical Epidemiology* 49(6):619-621.
- McKeown, Th (1982), *El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis?* México, Siglo XXI Editores.
- Morris, D (1969), *The human zoo*, London, Jonathan Cape.
- Navarro, V (1978), *La medicina bajo el capitalismo*, Barcelona, Grijalbo.
- Nutbeam, D (1998), "Evaluating health promotion -progress, problems and solutions", *Health Promotion International* 13:27-44.
- Oakley, A (1998), "Experimentation in social sciences: the case of health promotion", *Social Science in Health* 4:73-89.
- OMS (2000), *Fifth Global Conference in Health Promotion. Working papers*. México, OMS.
- OMS (1986), *Ottawa charter for health promotion*, Geneva, WHO.
- OMS (1946), *Constitution*, Geneva, WHO.
- OPS (1992), *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. La participación social en el desarrollo de la salud*, Washington, OPS.
- OPS/OMS (1992), *Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*, Santa Fé de Bogotá, OPS-Ministerio de Salud en Colombia.
- Pavis, S (1998), "Moving the goalposts: what should count as success in health promotion?", *Health Education Journal* 57: 289-291.
- Peersman, G *et al.* (1999), "Evidence -based health promotion? Some methodological challenges", *International Journal of Health Promotion and Education* 37(2):59-64.
- People's Health Assembly (2000), *People's charter of health*. [www.pha2000.org](http://www.pha2000.org)
- Pridmore, P y Stephens, D (2000), *Children as partners for health. A critical review of the Child-to-child approach*, London, Zed Books.
- Prince of Wales Business Leaders Forum (2000), *Creating the enabling environment for public-private partnerships and global corporate citizenship*, [www.pwblf.org.uk](http://www.pwblf.org.uk)
- Ratcliffe, JW y González-del-Valle, A (1998), "Rigour in health related research: towards an expanded conceptualisation", *International Journal of Health Services* 18:361-392.

- Ratcliffe, H (1968), "Contributions of a zoo to an ecology of disease", *Proc. Am. Phil. Soc* 112:235-244.
- Rice, M (1999), "Making a case of developing collaboration. Applying the framework for action planning in health promotion and education for reproductive health", *Promotion and Education* VI(2):2-3.
- Rootman, I y Raeburn, J (1994), "The concept of health", en: Peterson, A (coord.) *Health Promotion in Canada*, Canadá, Sanders Editors.
- Saan, H (1997), "Quality revisited", *Promotion and education* IV(2):334-35.
- Secker, J *et al.* (1995), "Qualitative methods in health promotion research: some criteria for quality", *Health Education Journal* 54:74-87.
- Smith, G y Evans, L (1944), "Preventive medicine, attempt at a definition", *Science* 100:39.
- Speller *et al.* (1997), "The search of evidence of effective health promotion", *British Medical Journal* 315:361-363.
- Tannahill, A (1985), "What is health promotion?", *Health Education Journal* 44(4).
- Tones, K (1998), "Effectiveness in health promotion: indicators evidence of success", en: Scott, D y Watson, R (eds.) *Evaluating health promotion* Cheltenham, UK, Stanley Thornes.
- Tones, K (1997), "Beyond the randomised controlled trial: a case of judicial review", *Health Education Research* 12(2) I-IV.
- Vanderplaat, M (1995), "Beyond technique: issues in evaluating for empowerment", *Evaluation* 1:81-96.
- Wallernstein, N (1992), "Powerlessness, empowerment and health: implications for health promotion programmes", *American Journal of Health Promotion* 6:197-205.
- Wallernstein, N y Freudenberg, N (1998), "Linking health promotion and social justice: A rationale and two case stories", *Health Education Research* 13(3) 451-457.
- Werner, *et al.* (1998), *Healthy cities orijects in developing countries. An international approach to local problems*, London, Earthscan.
- Westphal, M *et al.* (2000), "Public health policies and advocacy in Latin America: chances and environments to support these initiatives", *Promotion and Education* VII(4):29-32.
- WHO Working Group on Health Promotion in Developing Countries (1991), "A call for action: promoting action in developing countries", *Health Development Quarterly* 18(1):5-15.
- Wimbush, E y Watson, J (2000), "An evaluation framework fir halth promotion: theory, quality and effectiveness", *Evaluation* 6(3):301-321.
- Winslow, C (1920), "The untilled field of public health", *Modern Medicine* 2:183.
- Wise, M (2001), "The role of advocacy in promoting health", *Evaluation* 6(3):301-321.
- World Health Assembly (1998). *World health assembly resolution on health promotion*, WHA51.12. Mayo.
- Ziglio, E (1996), "How to move towards evidence-based health promotion interventions", *Third European Confernece on Effectiveness and Quality Assesment in Health Promotion and Health Education*, Turin, Italy 12-14 sep.
- Ziglio, E (1991), "Indicators for health promotion policy: decisions for research", en: Badura y Kickbush (coords.) *Health promotion research: towards a new social epidemiology*, Genova, WHO Regional Publications, European Series No 37.

# ***Salud Problema***

## **PUBLICACIONES DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA**

Con este número la revista ***Salud Problema*** continua su nueva época editorial abriendo sus espacios a colaboraciones de calidad enfocadas a temáticas de investigación sobre las relaciones entre la salud y la sociedad; es una publicación científica editada por el posgrado en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, bajo los siguientes requisitos para facilitar su edición.

### **DATOS GENERALES PARA LA RECEPCIÓN DE ESCRITOS**

1. La revista ***Salud Problema*** publica artículos, reportes de investigación, ensayos, comentarios polémicos, noticias, información sobre nuevas publicaciones, reportajes, entrevistas y reseñas bibliográficas. Los textos que se envíen deberán ser inéditos y no haber sido sometidos a consideración de otras publicaciones. La revista no provee servicio de captura o corrección de textos, dibujos o arreglos de ilustraciones, es responsabilidad de cada autor llevar a cabo estas tareas, así como entregar los manuscritos de acuerdo a las normas editoriales que se establecen. El Consejo Editorial se reserva el derecho de regresar a sus autores los materiales que, a su juicio, no cumplan los requisitos de calidad, extensión o cuidado formal y editorial.
2. Los trabajos deberán ser elaborados en español, con un resumen (sinopsis) en inglés y español.
3. Las colaboraciones se deberán entregar en diskette 3.5; en procesador de textos Win Word, Word Perfect (5.0 o superior), anotándose sobre el diskette el título del artículo, nombre del autor y el programa en que fue capturado el texto, acompañado de tres copias impresas.
4. En caso de artículos o ensayos, la extensión del texto será hasta de 40 cuartillas escritas a doble espacio incluyendo carátula, resumen, agradecimientos, cuadros, gráficas, notas, dibujos, curriculum de los autores y referencias bibliográficas.
5. Siguiendo el criterio anterior; los reportes de investigación, los comentarios polémicos, las noticias, los reportajes, las entrevistas y las reseñas bibliográficas no deberán exceder de 10 cuartillas.
6. El curriculum (resumido) del autor y/o autores deberá contemplar: grados académicos, institución donde trabaja, líneas de investigación que desarrolla y experiencia laboral, en no más de 15 renglones y en hoja separada al final del texto.
7. Todos los trabajos incluirán en una hoja aparte (primera hoja), el nombre del autor y/o los autores, institución a la que pertenecen, domicilio, número telefónico, fax y correo electrónico, para su rápida localización.
8. Los trabajos deberán entregarse a los miembros del Consejo Editorial, o enviarse a: José Arturo Granados Cosme. Directora de la Revista ***Salud Problema***, Maestría en Medicina Social, UAM-Xochimilco, Calzada del Hueso 1100, Col. Villa Quietud, CP 04960, México, DF.
9. La aprobación o no de los textos enviados a ***Salud Problema*** se basa en opiniones fundamentadas de dos dictaminadores.

### **DATOS PARTICULARES PARA LA PRESENTACIÓN DE UN ESCRITO**

1. Los manuscritos deberán presentarse en hojas blancas tamaño carta escritas por un solo lado, a doble espacio (incluyendo resumen, agradecimientos, notas y bibliografía), con márgenes de tres centímetros, cada página deberá contener 27-30 líneas.
2. La primer hoja llevará la información requerida en el punto número 7 de los datos generales.
3. La segunda hoja, el resumen de 15 renglones con su traducción al inglés y de tres a cinco palabras clave.
4. A partir de la tercera se incorpora el texto, repitiendo sólo el título en la parte superior con un margen (colgado) de 9-10 líneas. Asignando a esta hoja el 1, numerar el resto.

5. En el cuerpo del texto y para referencias no textuales, incluir entre paréntesis el o los apellidos de los autores a que se hace referencia y el año de publicación. Ejemplos: (Gómez, 1996), (Gómez y Pérez, 1996) o (Gómez, Pérez y Sánchez, 1996). En caso de que se trate de más de tres autores, sustituir los apellidos del segundo en adelante con la expresión et al. (sin cursivas y sin punto después de et). Por ejemplo: (Gómez et al., 1996). Para referencias textuales, incluir la o las páginas correspondientes: (Gómez, 1996:26), (Gómez y Pérez, 1996:26-27), (Gómez, Pérez y Sánchez, 1996:26-28) o (Gómez et al., 1996:26).
6. Las citas textuales que ocupan menos de cinco renglones no se separan del texto y se entrecorren, las de más de cinco renglones se separan del texto dejando una línea en blanco antes y después, sangrando cinco espacios a la izquierda y a la derecha, además de escribirse a renglón seguido y subrayando para componer en cursiva. En este último caso, omitir las comillas.
7. Se utilizarán corchetes [], cuando se integre un dato agregado por el autor a una cita y tres puntos suspensivos a las omisiones hechas al texto original.
8. Al principio de cada capítulo así como resumen, introducción, títulos diversos, bibliografía y demás divisiones de la obra, el margen de la cabeza (colgado) deberá de ser de 9 -10 líneas, centrados y deberán escribirse en mayúsculas y minúsculas.
9. Al inicio de cada párrafo se dejará una sangría de cinco golpes. Pero se dejarán de sangrar los párrafos con que se inician cada capítulo y los que siguen a un subtítulo.
10. Llamadas y notas: Las llamadas de notas deben indicarse con números volados, sin puntos ni paréntesis. Si hace falta una segunda serie se señalará con asterisco y si se precisa todavía una tercera, puede usarse letras voladitas. En todo caso las llamadas irán después de los signos de puntuación. Las notas se harán en hoja aparte al final del texto y comenzarán con una sangría de tres golpes. No es aceptada la elaboración de notas para efectuar referencias bibliográficas.
11. La bibliografía se presentará en hoja aparte refiriendo solamente a los autores mencionados en el documento. Se alfabeta por el apellido paterno del autor principal y del más antiguo al más reciente para dos o más títulos del mismo autor o autores. Las referencias deben ser elaboradas siguiendo este formato:  
Libros:  
Burín, Mabel (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, México, Paidós.  
  
Dos o más autores:  
Burín, Mabel y Pedro López (1991). *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada*, México, Paidós. (Notar que en el segundo autor se menciona primero el nombre). En las referencias bibliográficas no se usa la expresión et al., se listan todos los autores.  
  
Capítulos en libros:  
López, Oliva (1993). "¿Desmantelamiento o modernización de la política social?", en S. Fleury (org.), *Estado y políticas sociales en América Latina*, México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y Brasil, Fundación Osvaldo Cruz de la Escuela Nacional de Salud Pública, pp. 25-48.  
  
Artículos en revistas:  
Vega, Genaro (1994). "Evaluación de la atención materno infantil en cinco unidades de medicina familiar". *Salud Pública de México*, vol. 35, núm. 3, pp. 283-287.
12. Cuadros y gráficas se pondrán por separado indicando claramente su lugar en el texto con la leyenda **insertar cuadro o gráfica núm. X** (cada tabla o gráfica debe estar impresa en una hoja separada, numeradas progresivamente, con título y la fuente). Los mismos criterios deben ser usados para las ilustraciones (dibujos y fotografías).
13. Siglas y abreviaturas: se escribirán con mayúsculas, sin puntos ni espacios.
14. En caso de ser aprobados para publicación, el Consejo Editorial, se reserva el derecho de llevar a cabo correcciones de redacción y estilo a los manuscritos, así como modificaciones al título de los trabajos.