

La Medicina Social en la Universidad Autónoma Metropolitana. Análisis de tesis de la Maestría en Medicina Social

José Arturo Granados Cosme, Guadalupe Delgado Sánchez***

Resumen

La Medicina Social Latinoamericana es un campo del conocimiento que estudia la salud-enfermedad de las poblaciones desde una perspectiva social, su desarrollo en núcleos nacionales permite identificar a México como uno de los centros más importantes de producción y difusión. **Objetivo:** Identificar temas de interés, metodologías y técnicas empleadas en la generación de conocimiento a través de las tesis de Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana. **Método:** Se categorizaron las temáticas, poblaciones de estudio, metodología, técnicas e instrumentos aplicados en las tesis. Según sus objetivos las tesis se clasificaron en: desarrollo teórico-metodológico y generación de evidencia empírica. Mediante el análisis de frecuencias se identificaron tendencias en el tiempo. **Resultados:** Temas más frecuentes: problemas teórico-metodológicos, formación de profesionales, epidemiología, políticas y participación. Temas permanentes: proceso laboral, epidemiología, políticas y participación social. Temas emergentes: género, VIH-SIDA y violencia. Temas no abordados: ambiente, desastres naturales o discapacidad. Predominan la exploración empírica y los grupos más estudiados han sido los laborales. Predomina el abordaje cualitativo aunque frecuentemente sobre fuentes secundarias. **Conclusiones:** La Medicina Social se consolida como marco interpretativo alternativo que aborda problemas relevantes, ha documentado las desigualdades en salud aunque continúan vacíos temáticos y mayores exploraciones empíricas.

Palabras clave: Medicina Social, Salud Colectiva, Sociología Médica, Investigación Cualitativa, Salud Colectiva, Posgrados.

Abstract

The Latin American Social Medicine is a field of the known ledge that studies the health-disease of the populations from a social perspective. Its development in national nucleus allows to identify to Mexico like formation, production and diffusion center of knowledge in field. Objectives: To identify the interest subjects, methodologies and techniques by means of the characterization of these of Social Medicine Masters of the Universidad Autónoma Metropolitana. Method: A data base was created that registered theses, categorization of their thematics, study population, methodology, techniques and instruments: according to their Objectives, they were classified developing: theoretical-methodologic or generation of empirical evidence,; by means of the analysis of frequencies tendencies in the time were identified. Results: More frequent subjects: theoretical-methodological problems, formation of professionals, epidemiology, policies and formation of professionals. Emergent subjects: gender, HIV-AIDS and violence. Subjects non-boarded: atmosphere, natural disasters or discapacity. The empirical exploration predominates although frequently, they are made on secondary sources. Population groups more studied: labor. The qualitative methodology predominates although, mainly, it is about analysis on data of secondary sources. Conclusions: The Social Medicine in Mexico has reached an important conceptual development and an alternative explanatory frame, it has boarded important sanitary problems and has documented the inequality in health; but there are subjects of current relevance without approaching. Its is required to generate greater empirical evidences with primary sources that fortify their premises; it has privileged the qualitative methodology with plot analyses and interviews, the use of the other qualitative techniques is scarce, to include them can contribute to the consolidation of the field.

Key words: Social Medicine, Public Health, Medical Sociology, Qualitative research, Collective Health, Postgraduate course.

* Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco Maestría en Medicina Social. Correo electrónico: jcosme@correo.xoc.uam.mx
**Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco. Área Estado y Servicios de Salud.

Fecha de recepción: 22 de noviembre de 2005
Fecha de aceptación: 7 de febrero de 2006

1. Introducción

La Medicina Social (MS) es un campo del conocimiento que estudia el proceso salud-enfermedad (PSE) de las colectividades, cuyo desarrollo se remonta a finales de la década de los sesenta. Este campo científico ha sido desarrollado por conjuntos de investigadores en diversos países de América Latina que, desde las ciencias sociales, buscaron generar un marco explicativo de los procesos colectivos de salud-enfermedad alternativo a la corriente estructural-funcionalista en boga. Basados en un marco teórico proveniente del materialismo histórico, la MS postula que el PSE de los grupos humanos y las formas de atenderlo son resultado de complejos procesos de orden económico, político e ideológico (Donangelo, 1976) que son característicos de cada sociedad y momento histórico (Iriart, 2002). A partir de esta premisa, la MS delimitó sus dos objetos de estudio: por un lado, la distribución diferencial del PSE en las poblaciones y, por otro, las respuestas que cada sociedad desarrolla para enfrentar sus problemáticas de salud.

El primero busca describir la forma en que las estructuras sociales generan, en la población, condiciones diferentes de experimentar la enfermedad. De aquí se desprenden dos vertientes: primero, interesa conocer cuáles son las enfermedades que afectan a cada grupo social, así como sus condiciones sociales asociadas; segundo, se busca dar explicación científica a esta particular distribución. En consecuencia, adquiere importancia documentar las desigualdades sociales ante la salud-enfermedad mediante la identificación de los perfiles epidemiológicos que le son característicos a cada población (Breihl, 1995). El planteamiento de que tal desigualdad se encuentra determinada socialmente tiene implicaciones teóricas, entre las que destaca la necesidad de una reformulación de las teorías de causalidad que deberá incluir a los procesos macrosociales en la explicación de la génesis y la configuración de los patrones colectivos de enfermedad y muerte.

En relación al segundo objeto, la MS estudia las respuestas sociales a la enfermedad como prácticas sociales; como tales, cada práctica en salud es un conjunto de saberes y acciones coherentemente organizados que responden a las estructuras sociales vigentes en tanto que adquieren una función específica en la reproducción del orden social. Al hablar en plural, se toma en cuenta que existen distintas prácticas en salud y el hecho de que sólo una (la alopática) ha adquirido el estatuto de política sanitaria supone además, que entre las distintas respuestas a la enfermedad se

establecen relaciones de dominio y subordinación (Menéndez, 1997). Al igual que con el primer objeto, en el enfoque médico social se considera que la práctica médica, institucionalizada en política pública, es producto de la relación de fuerzas antagónicas entre grupos sociales con intereses contradictorios (Tetelboin, 1997) y con diferente poder para ver reflejados sus intereses en las acciones colectivas en salud.

La MS tiene sus antecedentes en el siglo XIX en Europa, en el que la industrialización tuvo un impacto histórico en las condiciones de salud de las poblaciones; además, los movimientos sociales comenzaron a incorporar el tema de la salud en sus demandas. La denominación de Medicina Social surge en Inglaterra, Alemania y Francia entre 1830 y 1880, en tal noción prevalece la idea de que los problemas de salud-enfermedad en esencia son procesos sociales (Rosen, 1985; Paim y Almeida, 1998; Tajer, 2003). Otros países (Checoslovaquia, Unión Soviética, Suiza, Holanda, Bélgica y Yugoslavia) también implementaron modalidades de MS en el siglo XX (Rosen, 1985). El investigador más destacado en Europa en esa época fue Virchow, algunos de sus seguidores emigraron a América Latina y colaboraron en el establecimiento de escuelas de medicina en donde incluyeron diversos contenidos de la MS en los planes de estudio (Buchanan, Waitzkin, Eldredge, Davidson, *et al.*, 2003).

La MS latinoamericana comienza a desarrollarse a partir de la segunda mitad del siglo XX, alcanzando su madurez en la década de 1970 (Waitzkin, Iriart, Estrada, *et al.*, 2001), su surgimiento fue motivado por la preocupación de diversos investigadores ante el incremento de la desigualdad social y sus efectos en las condiciones de salud de grandes sectores de la población. Otro fenómeno que impulsa la emergencia del campo médico social es la llamada crisis de la Salud Pública (Iriart, Waitzkin, Breilh, *et al.* 2002; Paim y Almeida, 1998; Menéndez, 1990), en la que, tanto sus modelos explicativos como sus estrategias de respuesta se ven limitados e imponen el desarrollo de nuevos paradigmas. Laurell (2003) agrega a la génesis de la MS el contexto político latinoamericano caracterizado por movimientos populares y estudiantiles, así como el auge del marxismo en las universidades de la región. Una de las características de la MS latinoamericana es su desarrollo a través de la conformación de grupos nacionales que, aunque comparten principios básicos; tienen particularidades que reflejan la diversidad de la región (Tajer, 2003); la MS sienta sus bases conformando núcleos académicos e implementando programas de posgrado que alcanzan su consolidación en la década de 1990; Brasil y México resultan

ser los países más avanzados en estos términos (Tajer, 2003). Uno de los posgrados más importantes es la Maestría en Medicina Social de la Universidad Autónoma Metropolitana en México (Waitzkin, Iriart, Estrada, *et. al.*, 2001) cuya conformación estuvo apoyada por la Organización Panamericana de la Salud (Tajer, 2003) y que tras cumplir 30 años de existencia ha promovido la creación de programas similares en otros países de la región. Se considera que el núcleo académico de esta universidad ha influido de manera importante en la teoría y la práctica de la MS (Waitzkin, Iriart, Estrada, *et. al.*, 2001).

En México, la MS ha generado importantes aportes sobre la distribución diferencial de la salud y la enfermedad. En coincidencia con académicos de otros países de la región, el núcleo mexicano ha documentado las principales desigualdades en salud (Castro, 2001). Algunos reportes mencionan que México y Brasil fueron líderes en la producción en torno a este tema (Almeida-Filho, Kawachi, Pellegrini, *et. al.*, 2003). En una primera etapa la MS mexicana privilegió la relación salud y trabajo, realizando trabajos empíricos con trabajadores industriales y agrícolas, así como en poblaciones de bajos ingresos (Waitzkin, Iriart, Estrada, *et. al.*, 2001) aportando evidencias empíricas de los efectos que la extracción de plusvalía tiene en la salud de los trabajadores.

Otro aporte teórico de la MS ha sido la aplicación de conceptos del materialismo histórico que le han permitido formular explicaciones fundamentadas sobre los diferentes patrones de enfermar y morir que presentan las poblaciones. Entre dichos conceptos podemos mencionar la clase social, el proceso de trabajo, la plusvalía absoluta y la plusvalía relativa. Además se han generado nuevas nociones explicativas como desgaste (Laurell y Márquez, 1983) y nexo biopsíquico (Laurell y Noriega, 1990), perfil epidemiológico y perfil patológico (Breilh, 1995), que han dado cuenta, entre otras cosas, de mayores tasas de morbilidad y menor esperanza de vida en la clase trabajadora (Bronfman y Tuirán, 1984; Wilkinson, 1997) y en las zonas rurales (Blanco, 1991). Por otra parte, investigadores de la MS han aplicado enfoques teóricos más recientes a los que también ha contribuido con sus hallazgos; nos referimos a la evaluación de la calidad de vida (Blanco, López y Rivera, 1997), la asociación entre el espacio social y la enfermedad en las áreas urbanas (Blanco y Sáenz, 1994) o el apoyo social (Castro, 2001). Más tarde, la MS expandió su campo incorporando los estudios de género que inicialmente enfatizaron la situación en salud de las mujeres (Garduño y Rodríguez, 1990). Más recientemente incluye estudios sobre masculinidad para comprender algunos problemas de salud

en los varones como las lesiones y muertes violentas (Garduño, 2001) o el mayor consumo de drogas ilegales y alcohol, así como la mayor prevalencia de trastornos mentales más severos que los que muestran las mujeres (Granados, Ortiz y Garduño, 2004). En el estudio de las condiciones de salud también se han implementado metodologías alternativas a las tradicionales como el modelo obrero, una forma de encuesta participativa para conformar un diagnóstico de salud y líneas de intervención (Laurell, Noriega, Martínez, *et. al.*, 1992).

Más recientemente, se ha cuestionado la noción de transición epidemiológica postulada por algunos teóricos de la corriente de la Salud Pública. Se afirma que, en el caso de México, no se transita a mejores condiciones de salud sino a una complejización del perfil epidemiológico al incrementarse la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas y mantenerse las enfermedades agudas y que ambos tipos de padecimientos se concentran en los sectores de más bajos ingresos, descartando el supuesto de que hay enfermedades de la pobreza y enfermedades de la riqueza, hecho que muestra, más que un estado transicional, la coexistencia de ambos grupos de daños a la salud (Iriart, Waitzkin, Breilh, *et. al.*, 2002).

En materia de políticas y prácticas en salud, los estudios iniciales profundizaron en la coincidencia del desarrollo de la práctica médica moderna con la consolidación del capitalismo (Waitzkin, 1978); se consiguió además establecer la funcionalidad de la medicina científica en la reproducción de la fuerza de trabajo, el incremento de la tasa de ganancia (Donangelo, 1976) y la legitimación del orden social (Menéndez, 1979). En este ámbito se consiguió una caracterización explicativa de la hegemonía de la práctica médica científica (Donangelo, 1976) y su institucionalización en política pública (Belmartino, 1992; Gerschman, 1990), así como de las relaciones de poder que establece con otras prácticas en salud. El aporte teórico que posibilitó revelar otras funciones sociales de la política sanitaria fue la noción de modelo médico hegemónico (Menéndez, 1990). En este mismo aspecto, se discutió la inequidad en el acceso a los servicios de salud y la insuficiencia del gasto público destinado a la atención médica (Iriart, Waitzkin, Breilh, *et. al.*, 2002; Waitzkin, Iriart, Estrada, *et. al.*, 2001). En las últimas dos décadas, el núcleo mexicano ha privilegiado la discusión sobre las políticas de salud basadas en las recomendaciones de los organismos financieros internacionales, así como el análisis de sistemas de salud; en ese sentido se ha documentado una tendencia de las políticas reformadoras, hacia la privatización y mercantilización de la atención médica (Waitzkin, Iriart, Estrada, *et. al.*, 2001);

Laurell, 1997) y se ha estudiado su impacto en los servicios (Cardozo, 1992) o en los programas de salud (López y Blanco, 1993). Los aportes no se han limitado a cuestionar la liberalización del derecho social a la salud, también se han elaborado importantes propuestas, distintas a las neoliberales, para enfrentar la crisis de los sistemas de salud y seguridad social (Gerschman, 1999; Laurell y Ruiz, *et al.*, 1996). Algunas de ellas ya forman parte de las actuales políticas públicas de algunos gobiernos de alternancia que han llegado al poder gracias a los procesos de democratización en la región, un ejemplo es el Gobierno de la Ciudad de México (Laurell, 2003).

La ms ha realizado importantes aportes al conocimiento de las condiciones colectivas de salud, sin embargo su área de influencia y difusión generalmente se ha limitado a América Latina. Para entender esta situación podemos mencionar que la producción científica de esta corriente de investigadores se difundió fundamentalmente mediante libros y publicaciones periódicas que atraviesan por serios problemas de financiamiento que han amenazado su viabilidad. Hay que mencionar que en su mayoría estas publicaciones son financiadas por universidades públicas que han visto reducido el gasto social en las últimas tres décadas, hecho que se traduce en tirajes pequeños (Quintanilla, 1999; Loría, 1999). Por otra parte, las barreras que impone el idioma desalientan la difusión de la MS más allá de América Latina (Eldredge, Waitzkin, Buchanan, *et al.*, 2004). Los idiomas en que se difunden los resultados de investigación (español y portugués) impiden que investigadores no hispanohablantes conozcan tales aportes y los utilicen como referentes. A esto hay que agregar que el idioma de acceso a las principales bases de datos sobre el tema de la salud colectiva es en inglés y que existe una tendencia en América Latina a ignorar la producción científica escrita en español (Pescador, Bracho y Romero, 1999). Además del idioma, algunos estudiosos mencionan cierto "escepticismo" de los investigadores por el conocimiento proveniente de países en desarrollo (Iriart, Waitzkin, Breilh, *et al.*, 2002).

Recientemente, mediante trabajos de revisión bibliográfica que se han publicado en revistas de circulación internacional, varios investigadores han buscado ampliar la difusión del campo médico social y sus aportes, particularmente entre el público científico anglosajón (Iriart, Waitzkin, Breilh, *et al.*, 2002; Waitzkin, Iriart, Estrada, *et al.*, 2001; Almeida-Filho, Kawachi, Pellegrini, *et al.*, 2003). En tales trabajos se mencionan los estudios más reconocidos, los programas de posgrado de esta corriente y algunas de las dificultades que enfrentan. Dichos trabajos, hacen referencia a la producción de los cuadros académicos

o la que se ha derivado de proyectos de investigación institucionales, pero hace falta estudiar lo producido por los profesionales formados en dichos posgrados. Un referente empírico para continuar con este tipo de estudios es la revisión sistemática de las tesis que se han generado en la Maestría en Medicina Social de la UAM. Estos documentos nos permiten la identificación de las principales preocupaciones en la perspectiva médico social y las temáticas pendientes en el núcleo mexicano. Coincidiendo con la necesidad de difundir la producción científica de la MS y de diversificar los medios de comunicación con investigadores de otras regiones (Eldredge, Waitzkin, Buchanan, *et al.*, 2004; Krieger, 2003), el presente trabajo busca contribuir dando a conocer una caracterización de la producción científica de la MS mexicana a través de la evaluación de las tesis de grado dirigidas por su núcleo académico.

2. Objetivos

Identificar en las tesis de la Maestría en Medicina Social de la UAM, los temas que han interesado a la MS mexicana, así como las metodologías y técnicas utilizadas para la generación de conocimiento en las tesis de Maestría.

Analizar la producción científica de la MS en México mediante una caracterización de las tesis realizadas en el programa de Maestría de la UAM.

3. Método

Se realizó una revisión de las tesis que, para obtener el grado de Maestro(a), han producido los egresados de la Maestría en Medicina Social de la UAM desde la primera generación hasta el año 2004; se creó una base de datos en la que se registraron: autor o autores, título de la tesis, director o directora y año de presentación. Mediante una revisión más detallada se catalogó además: el tema y el objeto de investigación, los objetivos, la metodología, las técnicas e instrumentos utilizados y la población en estudio. De acuerdo a los objetivos redactados en las tesis, éstas se clasificaron en dos tipos: 1) discusiones teórico-metodológicas (cuando el objetivo era proponer o incorporar conceptos y métodos para el desarrollo del campo) y 2) búsqueda de evidencias empíricas (cuando entre los objetivos se encontraba el de generar datos y analizarlos o utilizar datos de fuentes secundarias y reformularlos). Posteriormente se hizo una agrupación por temas que se basó en el análisis de contenido, las tesis se agruparon según la frecuencia de problemas de investigación y objetos de estudio similares, una vez conformados los grupos se nombraron categorías para cada grupo.

Para clasificar las tesis según su metodología, en el apartado de descripción del estudio se identificó si se trataba de una investigación de tipo cuantitativo, cualitativo o mixto. En el mismo apartado o, en algunos casos, en la descripción de instrumentos para la recopilación de datos y análisis, se identificaron las técnicas utilizadas: observación directa, entrevista, análisis de texto, análisis de estadísticas, encuesta o más de una técnica. Con estos resultados se realizó un análisis de frecuencias simples y se generaron tendencias en el tiempo. Finalmente, se propone una interpretación de los resultados que contextualiza y problematiza las tendencias observadas.

4. Resultados

Se identificaron 15 tesis (12.5%) en las que el problema de investigación fue de orden conceptual o metodológico y 105 tesis (87.5%) fueron trabajos de exploración empírica.

Del total, 58 tesis (48.3%) incluyeron recopilación de datos de fuentes primarias a través de encuestas, entrevistas, observación directa y grupos focales; el resto (39.1%) se trata de tesis que analizaron datos de fuentes secundarias (estadísticas, documentos, textos y expedientes).

Se identificaron 13 temáticas, entre las que destacan los problemas teórico-metodológicos, formación de profesionales en salud, estudios epidemiológicos, políticas de salud y participación social (más del 50% del total). Llama la atención que el 5.8% de los trabajos no pudo ser clasificado en estas categorías agrupándose bajo el rubro de Otros, lo cual nos expresa la amplitud de temáticas que han sido abordadas (cuadro 1). Si consideramos únicamente los 10 temas más frecuentes, esos mismos temas constituyeron el 60%, otras temáticas abordadas fueron prácticas en salud, análisis de sistemas de salud, nutrición y calidad de vida.

Cuadro 1
Temas de las tesis de Maestría en Medicina Social, México 1977 - 2004

Tema	Porcentaje	Frecuencia
Problemas teórico-metodológicos	16.7	20
Formación de profesionales en salud	15.0	18
Epidemiología	12.5	15
Políticas de salud	9.2	11
Participación social	8.3	10
Prácticas en salud	8.3	10
Otros	5.8	7
Análisis de sistemas de salud	5.8	7
Nutrición	4.2	5
Calidad de Vida	3.3	4
Salud Mental	3.3	4
Educación para la salud	2.5	3
Proceso laboral	2.5	3
Servicios de salud	2.5	3
Total	100.0	120

Fuente: Base de datos "Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM".

Se encontró un predominio de la metodología cualitativa (n=75/64.1%), mientras que la metodología cuantitativa y

mixta mostraron un número similar, n=20/17.1% y n=22/18.8% respectivamente, aunque notablemente menor a los estudios cualitativos (ver cuadro 2).

Cuadro 2
Metodología en las tesis de Maestría en Medicina Social
México 1997 - 2004

Metodología	Porcentaje	Frecuencia
Cualitativa	62.5	75
Cuantitativa	16.7	20
Mixta	18.3	22
Otros *	2.5	3
Total	100.0	117

Fuente: Base de datos "Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM".

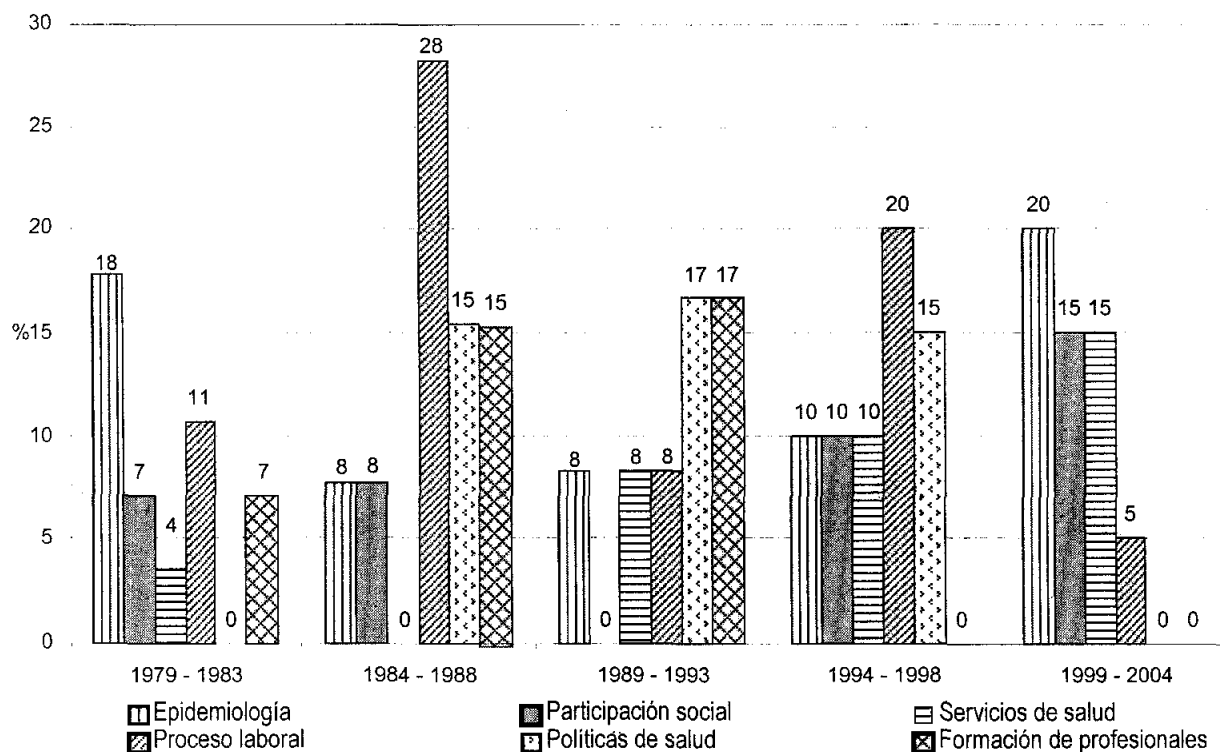
* No pudo ser clasificado debido a que no entraron en el grupo de alguna temática específica

El tipo de instrumentos utilizados se categorizó en: a) Encuesta, b) Análisis del texto, c) Análisis de estadísticas, d) Entrevista, e) Observación directa y f) Más de una técnica. Este último fue el recurso más utilizado (53%), mientras que el análisis de textos (25.2%) y la encuesta (12.2%) fueron otros instrumentos frecuentemente utilizados (cuadro 3). Dentro de las tesis con metodología cualitativa, el uso de dos técnicas resultó la categoría más frecuente (46.7%); el análisis de textos también fue un recurso frecuente (38.7%), la entrevista y la observación directa fueron otras técnicas utilizadas aunque muy por debajo de las primeras ya que mostraron un porcentaje entre 2.7% y 6.7%.

Respecto a las tendencias de los temas en el tiempo, se puede distinguir una etapa inicial (1979-1983) en la que predominan estudios epidemiológicos (17.9%); otro tema recurrente fue el proceso laboral y salud (10.7%). En un segundo periodo (1984-1988) las tesis sobre proceso laboral fueron las más frecuentes (28.2%) con una gran diferencia en relación al resto de temas (el segundo más frecuente:

políticas de salud, aportó el 15.4% y el tercero, formación de profesionales en salud, contribuyó con el 12.8%). En un tercer periodo (1989-1993) se observa una distribución más homogénea entre los temas, aunque predominaron las políticas de salud y la formación de profesionales en salud (16.7% respectivamente), en esta etapa se observa una disminución del tema proceso laboral y salud que vuelve a incrementarse para el cuarto periodo (1994-1998) en el que contribuye con el 20%; en coincidencia con un incremento de la metodología cuantitativa en este periodo, los estudios epidemiológicos vuelven a adquirir predominancia con el 20% de las tesis; llama la atención que la participación social en salud (15%) y los servicios de salud (15%) son temas que en esta etapa elevan significativamente su contribución al total (gráfico 1).

Gráfico 1
Tendencias de los temas en las tesis de Maestría en Medicina Social, México 1977-2004



Fuente: Base de datos "Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM".

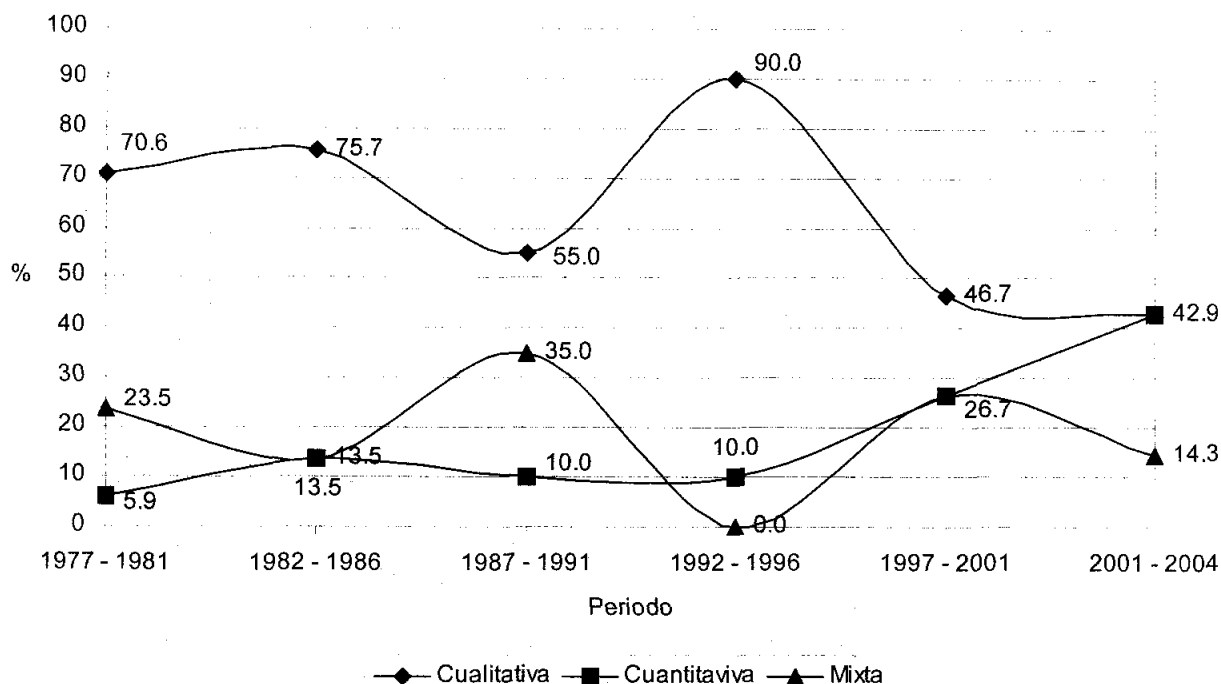
Otra característica interesante en la producción de tesis son los temas emergentes. Se identificaron 5 estudios de género (4.1%), cuya producción se inició a partir de 1995, aunque anteriormente los problemas de salud de las mujeres ya se habían abordado; el uso formal de la categoría de género parte de este periodo, estos trabajos han analizado el género en su vínculo con los servicios de salud, la participación social, el proceso laboral y la salud mental. Hay una baja producción de tesis sobre VIH-SIDA (1.6%) que estuvieron vinculadas a la educación en salud y la formación de profesionales de salud. Otro tema emergente es la violencia con dos tesis en 1999 (1.6%), una con trabajo empírico y otra conceptual.

En relación con la población de estudio, abundan tesis que han estudiado las condiciones de salud en grupos laborales, 21 tesis en total (17%), destacando los realizados con diversos tipos de trabajadores (artesanos, operarios, petroleros, jornaleros, choferes, médicos y otros); algunas tesis (5%) se han vinculado con otros grupos sociales (étnicos frecuentemente).

Hay un predominio inicial de la metodología cualitativa, particularmente entre 1977 y 1986, las metodologías mixtas alcanzaron su mayor contribución entre 1987 y 1991, a partir de entonces se observa un incremento de la metodología cualitativa encontrándose que se contribuye en igual proporción que la cuantitativa en el último periodo (gráfico 2).

Gráfico 2

Tendencias del tipo de metodología en las tesis de Maestría en Medicina Social 1977-2004



Fuente: Base de datos "Tesis de Maestría en Medicina Social, UAM"

5. Discusión

Los resultados muestran que la MS es un campo que mantiene abierto un margen de análisis y replanteamiento de su marco teórico y sus modalidades metodológicas, ya que en poco más de la décima parte de las tesis (12.5%) se plantearon problemas teórico-metodológicos de la corriente. Simultáneamente, las tesis de posgrado han aportado a la MS un amplio número de trabajos con exploración empírica que se expresa en la obtención de datos a través de fuentes primarias. Estos resultados nos permiten caracterizar a la MS como un campo científico en permanente cambio.

De acuerdo con las temáticas, podemos concluir que la MS mexicana ha considerado un amplio espectro de problemáticas sanitarias. Uno de sus intereses predominantes en la MS, sobre todo en su etapa inicial, ha sido documentar los efectos del capitalismo en la vida de las colectividades. Es notorio que los temas abordados por las tesis coincidan con las investigaciones del núcleo académico de la época y con la elevada frecuencia de trabajos con grupos laborales; la actividad investigativa

con la población, transitó de los sindicatos a algunas comunidades étnicas y a espacios rurales o urbanos. La alta frecuencia de la temática problemas teórico-metodológicos que se distingue en la etapa inicial, puede explicarse como un necesario periodo de fortalecimiento teórico del campo y la búsqueda de mejores y particulares métodos para aproximarse a los problemas de investigación; características que no son privativas de la MS, sino de cualquier campo científico en formación que requiere delimitar sus fronteras y definir sus particularidades con respecto a otras corrientes que tienen los mismos objetos de investigación.

En la dimensión teórica, la MS ha optado por un marco teórico basado en el materialismo histórico (Waitzkin, 1978), la mayoría de las tesis se fundamentan en conceptos marxistas como proceso de trabajo y clase social, sobre todo en tesis cuyo tema puede incluirse en el primer objeto de estudio de la MS (distribución y determinantes del PSE); en relación a las tesis, que podríamos englobar en el segundo objeto (políticas y prácticas en salud); éstas han tomado como recursos teóricos los postulados de Gramsci en torno a la

ideología, la sociedad civil y la sociedad política, así como los análisis de Foucault sobre poder e institución; esta definición teórica marca un punto de partida radicalmente diferente a otros enfoques.

En términos metodológicos, la MS se distancia de la Salud Pública, al considerar como unidad de análisis no a la sumatoria de individuos (característica del estructural-funcionalismo), sino a la sociedad como conjunto (población, relaciones sociales e instituciones) (Iriart, Waitzkin, Breilh, *et al.*, 2002; Tajer, 2003), permitiendo un análisis más complejo sobre la dinámica en que se encuentra inmerso el PSE, ya que éste no depende de la situación "estática" de los individuos sino de la posición que los grupos sociales adquieren respecto a otros y las relaciones de poder que establecen entre sí. En estos términos, los aportes de la MS han sido la combinación de estrategias metodológicas, que ya incluían desde sus inicios la combinación de técnicas y, por otra parte, postular un modelo de causalidad que considera los distintos niveles de organización social en la determinación del PSE (Breihl, 1995) estas particularidades permiten comprender a la salud y la enfermedad como fenómenos históricos en sí mismos (Laurell y Márquez, 1983). Desde esta perspectiva, el PSE colectivo se expresa en la configuración de perfiles de SE que le son característicos a cada población en un momento histórico determinado, pero estos perfiles encuentran su explicación en la conjugación de procesos provenientes de determinantes estructurales de orden económico, político y cultural.

Tesis más recientes, incluyen aportes de autores tales como Foucault y Bourdieu; esta incorporación obedece, por un lado, al grado de profundización que alcanzó la MS con el marco teórico inicial, y por otro, a la crítica (interna y externa) que ha recibido la MS en la que distingue una especie de "sobredeterminación" económica de los fenómenos de SE y un predominio de las explicaciones que privilegian el nivel macrosocial, disminuyendo la valoración de las acciones que los sujetos realizan para enfrentar o modificar sus condiciones de vida o su influencia en las políticas de salud. En ese sentido, los conceptos de institución, poder, sujeto y *habitus* han sido incluidos como mediaciones conceptuales en la explicación de nuevas áreas del campo médico social, en donde se recupera la noción de autonomía relativa de los sujetos y se posibilita el estudio de la subjetividad, las estrategias familiares, las diferencias de género y las formas de participación social en salud.

Iriart y colaboradores (2002), en su análisis de la MS latinoamericana, encuentran un predominio de las

metodologías mixtas; nuestro trabajo en cambio observó una mayor frecuencia de la metodología cualitativa, llama la atención que, aunque actualmente los enfoques cualitativos parecen estar en boga, la MS mexicana cuenta con una larga trayectoria al respecto. Una de las características fundamentales de la MS es el permanente debate en torno a la coherencia entre las posiciones teóricas y las trayectorias metodológicas; es notorio que la mayoría de las tesis incluyen en sus capítulos iniciales una amplia discusión en torno a sus referentes teóricos y metodológicos, precisando los alcances y los límites de los enfoques más tradicionales para después hacer explícita la posición de los autores, así como sus puntos de partida y sus estrategias para la obtención de conocimiento; esta característica nos remite a la necesidad de toda corriente teórica por definir sus coincidencias y diferencias respecto de otras, especialmente cuando el campo de estudio está en formación; en este caso en particular, las tesis de MS aluden a marcar sus particularidades respecto de la corriente de la salud pública tradicional. Al respecto, las tesis dedican amplias secciones a ubicar sus problemas de investigación en el campo de la MS y a caracterizar su enfoque. Este ejercicio teórico se explica porque la MS busca trascender las limitantes del positivismo y el reduccionismo más comunes, en tal sentido la MS define a la sociedad como una totalidad, considera que el PSE es un proceso dialéctico y no una simple oposición binaria, que la se tanto individual como colectiva tiene sus orígenes en determinantes sociales de orden estructural y considera a las instituciones sanitarias como resultado de fuerzas contradictorias y, al mismo tiempo, instancias que ejercen una función social respecto del modo de producción o el capital cultural dominante, las instituciones de salud no son sólo como espacios donde se implementan servicios médicos. Además, la MS considera la coexistencia e intercambio de saberes entre las diversas prácticas en salud pero reconoce que entre éstas se establecen relaciones de hegemonía y subordinación (Menéndez, 1990); finalmente, la MS considera que la teoría debe traducirse, mediante la práctica, en cambio social (Krieger, 2003).

La MS ha transitado por contextos sanitarios que le han impuesto modificaciones sustanciales. A un predominio de los estudios epidemiológicos en la primera etapa y una tendencia a incrementarse en el último periodo, coincide el mayor uso de metodología cuantitativa; sin embargo, en la última etapa hay un aporte muy similar de métodos cuantitativos y cualitativos que, frente al aumento actual de estudios epidemiológicos, puede interpretarse como un proceso de mayor incorporación de los aspectos cualitativos por parte de la epidemiología. A pesar de la diversidad

temática, la MS aún tiene temas pendientes, no obstante que hay diversos estudios con temas de salud reproductiva y problemas de salud en las mujeres, lo cierto es que los estudios de género en salud siguen siendo escasos; otras temáticas que requieren ser más exploradas son la sexualidad, el VIH-SIDA, la violencia y la migración; otros temas aún permanecen ausentes tales como los problemas ambientales, los desastres naturales y los problemas sanitarios derivados de conflictos armados.

La MS mexicana cuenta con una larga trayectoria que requiere ser difundida pero también fortalecida. Las tendencias de las tesis de posgrado que se han producido en la UAM dan cuenta de logros conceptuales que han dado lugar a una corriente alternativa en la explicación de los principales problemas de SE; su permanente búsqueda de mejores métodos y técnicas que den cuenta de la realidad se expresa también en las tesis, no obstante debemos resaltar algunos detalles. En su mayoría, los trabajos con metodología cualitativa realizaron análisis sobre fuentes secundarias, predominando el análisis argumental del texto o el discurso,

menos frecuentes son las entrevistas aunque forman parte importante de las técnicas utilizadas, en este caso la mayoría de los informantes fueron funcionarios o profesionales de la salud; sin que lo anterior demerite los aportes de la MS consideramos que es necesaria la inclusión de otras técnicas cualitativas y otros informantes (usuarios de servicios por ejemplo). Por otra parte, se observa un mayor porcentaje de tesis con búsqueda de evidencia empírica, particularmente las tesis de los grupos epidemiología y/o proceso laboral han generado y utilizado fuentes primarias de información, en el resto se han utilizado fuentes secundarias (documentos y estadísticas oficiales); al respecto, es conveniente una mayor realización de estudios con fuentes primarias a fin de fortalecer la coherencia entre el enfoque teórico, sus estrategias metodológicas y la evidencia empírica. La inclusión de técnicas cualitativas junto con la realización de más estudios con exploración empírica de primera fuente pueden aportar invaluable datos que permitan a la MS seguir documentando sus premisas, al tiempo que contribuyan a consolidarla y a que supere los retos que le imponen nuevos temas y escenarios globales.

Bibliografía

- Almeida-F, N, Ichiro K., Pellegrini-Filho A. y Dachs N. Research on inequalities in Latin America and the Caribbean: bibliometric analysis (1971-2000) and descriptive analysis (1971-1995), en: *American Journal of Public Health* 2003; XCIII (12):2037-43.
- Belmartino S. (1992). Políticas de salud: ¿Formulación de una teoría o construcción de un problema por investigar?. En Fleury S. (comp.) Estado y políticas sociales en América Latina. México-Brasil: Universidad Autónoma Metropolitana-FIOCRUZ 1992; pp.121-156.
- Blanco J., López O., y Rivera J. Calidad de vida. En: Eibenschutz R. Bases para la planeación del desarrollo urbano en la Ciudad de México. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Editorial Porrúa 1997; pp. 153-193.
- Blanco J., Sáenz O. Espacio urbano y salud. México: Universidad de Guadalajara; 1994.
- Blanco J. Región y clase social en la determinación de la enfermedad. El caso de la meseta tarasca (Michoacán). En: Almada I. Salud y crisis en México. Más textos para el debate. México: Siglo XXI Editores 1991; pp. 207-245.
- Breihl J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología. Ecuador: Centro de Estudios y Asesoría en Salud; 1995.
- Bronfman M. y Tuirán R. La desigualdad social ante la muerte. Clases sociales y mortalidad en la niñez. Cuadernos Médico Sociales 1984; (29-30):53-75.
- Buchanan H., Waitzkin H., Eldredge J., Davidson R., Iriart C. y Teal J. Increasing access to Latin American social medicine resources: a preliminary report. The Journal of the American Library Association 2003; XCI (4):418-25.
- Cardozo M. Informe de la segunda etapa del proyecto de investigación: Descentralización en el sector salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1992.
- Castro, R. Sociología médica en México: el último cuarto de siglo. Revista Mexicana de Sociología 2001; LXIII(3):271-293.
- Donangelo M. Salud y sociedad. Sao Paulo: Librería Dos Ciudades; 1976.
- Eldredge J, Waitzkin H, Buchanan H, Teal J, Iriart C, Wiley K y Tregear J. The Latin American Social Medicine database. BMC Public Health 2004; IV: 69.
- Garduño M, Rodríguez J. Salud y doble jornada: taquilleras del metro. Salud Problema 1990;(20):41-5.
- Garduño M. Determinación genérica de la mortalidad masculina. Salud Problema; 2001: (10-11):29-36.
- Gerschman S. Sobre la formulación de políticas sociales. En: Fleury S. (comp.) La reforma sanitaria. En busca de una teoría. México: Universidad de Guadalajara, 1990, pp. 153-177.
- Gerschman S. Las reformas del Estado, de las políticas sociales y de salud. Un balance del final del milenio. Cuadernos de Saúde Pública 1999; 15(2):293-302.
- Granados JA, Ortiz L, Garduño MA. Segregación laboral y género. Caracterización de la morbilidad psiquiátrica registrada en un hospital psiquiátrico de la Ciudad de México. Revista Española de Salud Pública 2004; 78(1):57-67.

- Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A. y Merhy E. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002; 12(2):128-36.
- Krieger N. Latin American Social Medicine: the quest for social justice and public health. *American Journal of Public Health* 2003;XCIII (12):1989-1991.
- Laurell AC, Noriega M. La salud en la fábrica. México: Era, 1990.
- Laurell AC, Noriega M, Martínez S, Villegas J. Participatory research on workers' health. *Social Science and Medicine* 1992; 34(6):603-13.
- Laurell AC, Márquez M. El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud. México: Editorial Era, 1983.
- Laurell AC, Ruiz L. ¿Podemos garantizar el derecho a la salud? Requerimientos para ampliar la cobertura del Sistema Público de Salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana-Fundación Friedrich Ebert Stiftung, 1996.
- Laurell AC. What does Latin American Social Medicine do when it governs? The case of the Mexico City government. *American Journal of Public Health* 2003; XCIII(12): 2028-31.
- Laurell AC. La reforma contra la salud y la seguridad social. México: Editorial ERA-Fundación Friedrich Ebert Stiftung, 1997.
- López O, Blanco J. La modernización neoliberal en salud. México: Universidad Autónoma Metropolitana, 1993.
- Loría E. Consideraciones en torno al sistema de evaluación de las revistas académicas mexicanas. En: Loría E. (comp.) Los dilemas de las revistas académicas mexicanas. México: Universidad Autónoma del Estado de México, 1999; pp. 31-46.
- Menéndez E. Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica. México: Consejo Nacional para la Cultura y las Artes- Alianza Editorial Mexicana, 1990.
- Menéndez E. Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. En: Cuadernos de la Casa Chata 1990;(179):205-29.
- Menéndez E. Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica. México: Nueva Imagen, 1979.
- Paim J, Almeida-Filho N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública* 1998; 32(4):299-316.
- Pescador N, Bracho R, Romero M. ¿Cambiar al inglés es la solución para las revistas científicas mexicanas? En Loría E. (comp.) Los dilemas de las revistas académicas mexicanas. México: Universidad Autónoma del Estado de México 1999, pp. 47-58.
- Quintanilla A. Las revistas científicas mexicanas: su importancia, retos y reconocimiento nacional e internacional. En: Loría E. (comp.) Los dilemas de las revistas académicas mexicanas. México: Universidad Autónoma del Estado de México 1999, pp. 21-30.
- Rosen G. De la policía médica a la medicina social. México: Siglo Veintiuno Editores; 1985.
- Tajer D. Latin American Social Medicine: roots, development during the 1990s, and current challenges. *American Journal of Public Health* 2003; XCIII (12): 2023-7.
- Tetelboin C. Problemas en la conceptualización de la práctica médica. *Revista de Estudios en Antropología Biológica* 1997; (8):487-510.
- Waitzkin H., Iriart C., Estrada A., Lamadrid S. Social Medicine in Latin America: Productivity and dangers facing the major national groups. *Lancet* 2001; 358(9278):315-23.
- Waitzkin H. Marxist view of medical care, en: *Annals International of Medicine* 1978; LXXXIX (2): 264-78.
- Wilkinson R. Relacao internacional entre equidade de renda e expectative de vida. Em Barradas R., Lima M., De Almeida N, Veras R. (comps.) Equidade e saúde: Contribuições da Epidemiologia. Rio de Janeiro: Fiocruz-Abrasco 1997, pp. 103-120.