

# Epidemia y cultura. Contribución a la crítica de la epidemiología clásica.

*Jaime Andrés Neira*

## RESUMEN

El presente documento pretende desarrollar algunos lineamientos teóricos que, partiendo de una comprensión de los procesos de salud enfermedad como expresión en las colectividades de procesos estructurales sociales y culturales, apunten a un mejor entendimiento de tales procesos en contextos interétnicos. Inicialmente se plantea una crítica al abordaje que de los procesos de salud-enfermedad colectiva hace la epidemiología clásica, herramienta de conocimiento del modelo médico hegemónico, a continuación se describe la aproximación teórica de la medicina social como cuerpo de conocimientos a partir del cual se incorporan algunos elementos que pretenden ser un aporte para la implementación de nuevas prácticas de generación de conocimiento y de acciones en salud en situaciones de contacto interétnico.

**Palabras clave:** epidemiología, medicina social, contextos interétnicos

*Fecha de recepción:* abril de 1998

*Fecha de aprobación:* junio de 1998

## ABSTRACT

This paper deals with a theoretical perspectives that, viewing health and sickness as expressions of structural, social and cultural processes of collectivities, explores interethnic contexts. First, a critique of how health is viewed in classic epidemiology, as part of the hegemonic clinical model, is addressed. Then, the theoretical perspective of social medicine is synthesized. It is viewed as a set of knowledge from which new concepts and actions in health can be carried out in interethnic contexts.

**key words:** epidemiology, social medicine, interethnic contexts

Alumno de la Maestría en Medicina Social, DAS, DCBS, UAM-Xochimilco

## Epidemiología clásica y "factores culturales"

Habitualmente la salud, o mejor dicho la enfermedad, ha sido aceptada como patrimonio de la práctica médica, en tanto el desarrollo capitalista determina que los procesos básicos de enfermedad son inherentes a las actividades médicas, adjudicación que se estructura institucionalmente y fundamenta jurídicamente su apropiación exclusiva de la enfermedad (Menéndez, 1981). El modelo médico puede ser entendido así como una construcción social en la cual intervienen tanto el personal de salud (fundamentalmente el médico) como la sociedad hegemónica, como los diferentes sectores sociales que se constituyen en una formación social. (Menéndez, *op. cit.*)

La herramienta metodológica a través de la cual se construye el conocimiento sobre los procesos de salud-enfermedad colectivos es la epidemiología, que en su vertiente vinculada al modelo médico hegemónico (epidemiología "clásica", "moderna" o "clínica"), coloca en el centro de la investigación causal los principios asociativos del plano fenoménico (Breilh, 1995), reduciendo la investigación epidemiológica a un refinado análisis de los fenómenos o expresiones formales cuantificables. Así, esta producción asume una cosmovisión que dicotomiza lo social y lo biológico, congelándola en factores aislados con los cuales reduce la determinación de los procesos de la salud-enfermedad a las relaciones llamadas "causales" que se establecen por asociación empírica (Breilh, *op. cit.*). Por ello, el conjunto de técnicas y herramientas de la epidemiología, pretende conjuntar lo social y lo biológico por medio de la simple asociación externa.

En este sentido, al explorar la producción de conocimientos que desde la epidemiología clásica se ha hecho sobre la relación entre la cultura y los procesos de salud-enfermedad, fue posible encontrar diversas miradas de la intersección entre epidemiología y cultura. (Citarella, 1995; Trostle, 1996; Inhorn, 1995; Helman, 1994; Vargas, 1989; Janes, 1986; Lewando, 1993; Blane, 1995; Oeschli, 1995; Menéndez, 1992; Oyarce, 1997). En ellas se discuten en general los posibles puntos de encuentro o divergencia entre, principalmente, la epidemiología y la antropología. Estas divergencias y convergencias se basan en los diversos enfoques (cuantitativo y explicativo vs cualitativo e interpretativo), sus objetos de estudio (enfermedades definidas biomédicamente vs malestares subjetivos), sus métodos (diseños epidemiológicos vs técnicas etnográficas), etcétera.

A pesar de que la mayor parte de la literatura revisada consigna la necesidad de complementar ambas miradas, se observa cierta dependencia de los enfoques sociales a los

epidemiológicos. Se utiliza el conocimiento generado desde las ciencias sociales para llevar a cabo nuevas estrategias de investigación, con base en los clásicos "factores" de riesgo que intervienen en el proceso de salud-enfermedad. Ahora se trataría de "factores culturales", entre los cuales se estudian pautas de crianza y alimentación, de vivienda, de comportamiento sexual, de higiene personal, etcétera, y, en general, referidos a minorías étnicas, religiosas, entre otras. Aunque en algunos textos se avanza a proponer la necesidad de estudiar algunos "factores socioeconómicos" que se interrelacionan con los "factores culturales" (Trostle, 1996), así como los cambios sociales y la adaptación (en el sentido de la aculturación o choque cultural) y el estrés (Janes, 1986), se resiente el hecho de que el enfoque epidemiológico aplicado en todos los casos es el de la "multicausalidad", o "red de la causalidad" (Krieger, 1994). De esta forma, los "factores culturales" pasan a ser "confusores o covariables", es decir, variables que es necesario controlar en su relación con el "efecto".

Es decir, el encuentro de la antropología con la epidemiología clásica "moderna" lleva, en el mejor de los casos, a considerar ciertas características de la población —creencias—, etcétera, para formular una propuesta "más adecuada" en los esfuerzos de la educación para la salud, por ejemplo. Ello, por la conjunción de cierta antropología descriptiva y una epidemiología cuya mirada reduccionista hace imposible aprehender la totalidad de los determinantes de los procesos de salud enfermedad colectivos, una epidemiología que se plantea unas complicadas "redes" de la causación con sofisticados análisis estadísticos de las conexiones entre los nodos de estas redes,

...extrapolando la capacidad explicativa de las leyes de la probabilidad a procesos cuyas determinaciones rebasan el sólo condicionamiento probabilístico —que se ubican a nivel de manifestaciones empíricas individuales— (Breilh, 1989:149)

es decir, se pregunta ¿quién, cuándo, dónde? pero olvida la cuestión fundamental del ¿por qué? (Inhorn, 1995), la pregunta clave dentro de esta telaraña no está contestada ¿quién la teje? (Krieger, 1994). Además, se aplica un modelo que no explica cuál es la teoría subyacente —en tanto no hay modelos independientes de las teorías— (Krieger, 1994).

Desde nuestro punto de vista, queda también pendiente explicar de qué están hechos los hilos de esta red, qué es lo que une las categorías, variables o factores. Es aquí donde nos parece que el lenguaje puede constituirse en el vínculo entre eventos del mundo social y el ser individual, a través del cual se interpretan los fenómenos y acontecimientos exteriores como neutros, protectores o agresores,

significados que son remitidos e interpretados en el cuerpo biológico individual, siempre inserto en un contexto. Este planteamiento se desarrolla en las siguientes páginas.

### La mirada de la medicina social

La medicina social, como cuerpo de conocimientos, se plantea la necesidad de una revisión epistemológica del campo del quehacer social en salud, reconociendo que el proceso salud-enfermedad es la unidad de la realidad social de la naturaleza y la realidad natural de los seres humanos y está determinada, en última instancia, por la forma en que éstos se apropian de la naturaleza en el proceso de trabajo, proceso que constituye el punto de partida del ciclo global de la reproducción social. Un punto central de discusión en los planteamientos del discurso médico social ha sido el cómo entender los procesos biológicos, físicos y sociales que se relacionan con la salud-enfermedad y qué tipo de relaciones se establecen entre ellos.

Los planteamientos más desarrollados en tal discusión son los de Jaime Breilh y Cristina Laurell, que se resumen a continuación.

1. Jaime Breilh (Breilh, 1989, 1994a, 1994b) desarrolla una perspectiva en la que, a partir del análisis de la constitución físico-química de las estructuras celulares y subcelulares, pasando por los organismos vivos y finalmente al hombre en sociedad, se propone una subordinación o subsunción de los procesos de menor jerarquía a los de mayor complejidad. Es decir, los procesos físico-químicos quedan subordinados a los biológicos, éstos a los individuales y finalmente éstos a los sociales, generándose una reestructuración de los procesos subsumidos, reestructuración dentro de los límites que le impone el nivel de mayor jerarquía. Pero, a la vez, se genera una unidad esencial que se expresa en los niveles o dimensiones de análisis de lo singular, lo particular y lo general.

En la dimensión general, la naturaleza y la sociedad se oponen y determinan mutuamente. En el nivel particular, cada grupo socioeconómico establece una determinada relación con el ambiente y con sus propias condiciones genotípicas y fenotípicas, las cuales constituyen el nivel singular. Lo anterior se resume en que las condiciones de salud de los individuos y colectividades resultan de un complejo y dinámico proceso que ocurre en todas las esferas de la vida social, afirmando que

...en la historia individual se recrean y repiten las propiedades esenciales de la historia del todo, aunque dentro de las posibilidades concretas de las condiciones individuales... (Breilh, 1994:79).

Es decir, se plantea una *determinación social jerarquizada*.

2. Cristina Laurell por su parte (Laurell y Noriega, 1989; Laurell, 1994), lleva a cabo un análisis teórico complementario, interrogándose sobre si

...el proceso salud-enfermedad tiene historicidad sólo por su proceso de determinación o si es social también en sí mismo (Laurell, 1994:3),

la lleva a generar una elaboración de los procesos psíquicos y biológicos, base material de la salud-enfermedad, que conduce al concepto de nexo biopsíquico históricamente específico (Laurell y Noriega, 1989; Laurell, 1994), a través del cual se remite a la determinación social y a la historicidad de los procesos psíquicos y biológicos, la cual se deriva

...de la capacidad que tiene el cuerpo y la mente de responder con plasticidad contra y a través de sus condiciones de desarrollo (Laurell, 1994:6).

Es decir, es en los estereotipos de adaptación o modos de andar por la vida (Laurell, 1989) donde se puede aprehender la relación psíquica-biológica en tanto estos estereotipos son el resultado de una relación compleja entre los procesos sociales externos que son relativamente homogéneos en el interior de los grupos sociales, pero heterogéneos respecto a los otros grupos y los procesos biosíquicos humanos. Las discusiones teóricas desarrolladas por estos autores tienen una implicación fundamental sobre los procedimientos metodológicos posteriores de la medicina social, pues, por una parte, plantean la necesidad de

...recurrir a lo colectivo para poder estudiar lo social del nexo biosíquico humano (Laurell, 1994:8),

y, por otra, se genera la necesidad de

...encontrar aquellos conceptos que permitan dar cuenta de cómo los procesos sociales transforman a los procesos biológicos (Laurell, 1994:9).

A nuestro parecer, las dos propuestas anteriores representan un aporte fundamental en el desarrollo de la medicina social. Sin embargo, quisiéramos retomar esta discusión para intentar un nuevo acercamiento en la comprensión de la relación entre lo biológico y lo social.

### La aparición del lenguaje

Al asumir el materialismo histórico como la teoría de lo social que permite comprender al proceso de salud-enfermedad como un proceso históricamente determinado, la medicina

social utiliza como concepto central al *proceso de trabajo*, por cuanto permite

...dar cuenta de las formas sociales específicas bajo las cuales se establece la relación entre el hombre y la naturaleza (López y Castro, 1998).

Así, se entiende al proceso de trabajo como

...aquella actividad consciente orientada a un fin, y con imaginación previa (Breilh, 1994).

a través de la cual el hombre entra en contacto con la naturaleza transformándola y transformándose a sí mismo (López y Castro, 1998). Es decir, el trabajo crea al hombre como *ser natural humano*, es la actividad por la cual se realiza el hombre (Marx, 1962; Juanes, 1980; Kosik, 1967). Ahora, el proceso de trabajo en tanto actividad consciente orientada a un fin, con imaginación previa, requiere que el hombre posea un mecanismo a través del cual le sea posible imaginar y orientar tal actividad consciente. Tal mecanismo sería el lenguaje, el cual requiere de una base material orgánica —cerebro— que adquiere una particular estructuración funcionalmente, a través de la cual se hace posible simbolizar lo que se hace evidente en el lenguaje.

Es a través del lenguaje que el hombre puede representarse a sí mismo, a la naturaleza y la vida social en el pensamiento. Es a través del lenguaje que se constituye la dinámica del conocer, cómo se juzga el mundo mediante él y a través del cual es reorientado (Paoli, 1997), a través del cual se nombran las cosas del mundo externo e interno (Foucault, 1978). En tanto la vida social no es sólo cuestión de objetos e incidentes que se presentan como hechos en el mundo natural: también es una cuestión de acciones y expresiones significativas, de enunciados, símbolos, textos y artefactos de diversos tipos y de sujetos que se expresan por medio de tales artefactos y que buscan comprenderse a sí mismos y a los demás mediante la interpretación de las expresiones que producen y reciben (Thompson, 1993). La reproducción simbólica de los contextos sociales es un tipo particular de reproducción social mediada por la comprensión cotidiana de las formas simbólicas (Thompson, 1993). Como señalan Cuéllar y Peña (1985),

Hasta que el tipo físico humano adquiere la estructura morfofuncional actual (donde hay grupos con una organización social compleja, *un lenguaje desarrollado, una gran capacidad de reflejar la realidad en la mente*) es cuando se consolida el proceso de trabajo, característica específicamente humana...

El lenguaje constituiría así, el medio a través del cual el *hombre puede actuar para conjugarse con otros hombres* sobre la base de intereses socioeconómicos comunes —grupos— y sobre la base de tradiciones, entendimientos y conocimientos comunes, que juntos brindan la substancia básica de la realidad social, objeto de estudio del materialismo histórico (Cuéllar y Peña, 1985)

Esto nos lleva a consignar que las tradiciones, entendimientos y conocimientos comunes señalados antes son transmitidos culturalmente, a través del lenguaje. Cada grupo social, en el desarrollo de su metabolismo con la naturaleza, desarrolla una propia cultura, que se expresa en su propio lenguaje, a través del cual se simboliza y significa la realidad. Los símbolos privados son imposibles, en el mismo sentido que un lenguaje privado no existe (si es privado, no es lenguaje). Por tanto, ser persona, poder significar, usar un lenguaje y, por tanto, trabajar, constituye fundamentalmente un fenómeno social y requiere la existencia previa de otras personas (Romanucci-Ross, 1993). El ser natural humano así constituido culturalmente, desarrolla una propia imagen del cuerpo biológico que le pertenece y del cuerpo social al que pertenece.

Es decir, la elaboración e interpretación que se hace del mundo externo se internaliza en un proceso biosíquico que parte de los sentidos, el cual influye en la percepción de las señales del cuerpo propio y del cuerpo social, así como en las respuestas a estas señales. Así como el cuerpo está en el mundo, el mundo social está en el cuerpo (Bourdieu, 1990).

Nuestro énfasis está puesto en que los diferentes grupos culturales conciben e interpretan el mundo y el cuerpo de diversa manera, derivados de su particular manera de apropiarse de la naturaleza y, por tanto, de generar una cosmovisión. Así, por una parte la tradición médica occidental a partir de fines del siglo XVIII y comienzos del XIX, retoma al cuerpo como objeto por conocer, espacializando y verbalizando lo patológico en aquello que es percibido por la mirada del médico (Foucault, 1979), sentando las bases para concebir al cuerpo en la medicina "científica" de nuestros días, como un mecanismo autoregulado, concepción que se basa en los postulados de la homeostasis en la fisiología de Harvey, ciencia positiva desarrollada en el modo de producción capitalista. Pero, por otro lado, existen otras concepciones del cuerpo humano, su funcionamiento y su relación con el entorno, particularmente notables por sus diferencias con la anterior en algunos grupos indígenas, en los cuales

...se concibe el cuerpo no como un elemento aislado, cuyo bienestar dependa simplemente de un buen funcionamiento biológico interno, sino que es una entidad 'abierta' que está

en constante relación, por un lado, con las fuerzas que rigen el universo sagrado religioso, y por otro lado con el mundo socioeconómico... que ordena la relación del hombre y su grupo. Entre las esferas exterior e interior del cuerpo existe por tanto un intercambio continuo (Citarella, 1995:114).

Concepciones como ésta respaldan también la praxis de la medicina china y de la mayoría de las medicinas orientales. En este punto es notable la similitud establecida por estos autores en relación a la medicina indígena, con la concepción de *nexo biosférico* planteada por Laurell. Se señala:

...En base a la conceptualización del cuerpo que maneja la cultura indígena se puede por tanto afirmar que la salud y enfermedad... no son simplemente estados internos del cuerpo, sino el reflejo de su 'estar en el mundo', fruto de la dinámica y evolución constante de las acciones humanas (Citarella, 1995:115 y s).

Es decir, se establece una estrecha relación entre el orden del cosmos creado o interpretado por la cultura y expresado en el lenguaje y el orden propio del cuerpo. Cuando hay un desorden externo, un orden no apegado a lo esperable para la cultura, se traduciría en algún desorden en el propio cuerpo. Es aquí donde el papel del lenguaje es fundamental en unir lo externo con lo interno, en la experiencia de enfermedad, en tanto la historicidad de la experiencia humana determina que la experiencia nueva se compare siempre con los vestigios del pasado, en el sentido de que al buscar comprender lo que es nuevo siempre y necesariamente construimos sobre lo ya presente (Thompson, 1993) representado y memorizado en el lenguaje. Sólo podemos ver aquello que podemos pensar, sólo aquello que tenemos construido. La experiencia de enfermedad individual será construida e interpretada en base, nuevamente, al orden externo e interno construido culturalmente. Y los procesos de salud enfermedad colectivos, particularmente en áreas de contacto interétnico, no podrán ser comprendidos en su totalidad si no se produce un acercamiento a las formas de interpretarla por los propios colectivos.

### Algunas propuestas

Para esbozar algunas propuestas será necesario retomar discusiones previas. En primer lugar, por las consideraciones antes señaladas y por la forma de construir su objeto de conocimiento, la medicina social no puede prescindir del estudio de lo biológico y lo síquico sustituyéndolo con el estudio de lo social, e incorporando a su vez el estudio de lo cultural. Se necesita buscar un encuentro entre las ciencias biológicas y las ciencias sociales. Para ello, es necesario construir una práctica interdisciplinaria que se base en la elección conjunta de objetos de estudio específicos que estén ubicados en la intersección de las disciplinas. O, de

otra manera, a partir del análisis del objeto de conocimiento general, establecer a partir de él la concurrencia disciplinaria y las técnicas de investigación relevantes (Laurell, 1994).

Por otra parte, el interés por la relación cultura, salud-enfermedad, además de basarse en una necesidad conceptual, corresponde a una preocupación aplicada al posible uso de prácticas transformadoras por parte tanto del sector institucional formalizado del modelo médico como de los conjuntos sociales (Menéndez, s/f). Además, planteamos la necesidad de profundizar en el análisis de lo cultural para contribuir en el estudio de la distribución y determinantes de la salud-enfermedad intraclase (Menéndez, *op.cit.*), en tanto las diferenciales interclase son evidentes, no sólo en América Latina, y se reconoce la necesidad de seguir estudiándolas y denunciándolas sobre todo en relación a la implementación de ciertas nuevas políticas públicas, ahora articuladas al estudio de los perfiles patológicos en el momento del consumo y especialmente en el análisis territorial, parece conveniente explorar los terrenos de la subjetividad colectiva, impulsar la transdisciplina en la construcción de objetos de estudio, que permita revelar aquellos aspectos que se escapan de una mirada disciplinaria, y la relación con los sujetos sociales, a través de lo cual se puedan generar estrategias de acción colectivas.

Al concebir lo cultural como formas simbólicas en contextos estructurados (Thompson, 1993) se destaca el hecho de que no es posible hablar mejores culturas, personas o grupos "sin cultura", de "espacios propios de la cultura", ni tampoco de culturas "puras" (Krotz, 1993). Los grupos sociales y culturales resignifican permanentemente el mundo a través de sus relaciones con otros grupos. Así, la comprensión de los procesos de salud-enfermedad cambian con la historia, constituyéndose en un campo (Bourdieu, 1990) particularmente en la interacción (hegemónica) entre concepciones con distinto capital simbólico (Bourdieu, *op.cit.*). Por una parte, los grupos subalternos en esta relación de hegemonía generan transacciones (Menéndez, 1992) en sus concepciones y prácticas, mientras la medicina hegemónica subordina tales prácticas. La epidemiología contribuye a ello al utilizar categorías y clasificar las enfermedades con base en su modelo médico (Citarella, 1995), lo que se señalaba al tratar la interacción de la epidemiología con otras ciencias sociales.

Además, a nivel de la práctica clínica individual, se evidencian las contradicciones de los lenguajes y sus significados, por ejemplo, cuando el paciente describe el recorrido de sus síntomas por el cuerpo por caminos que son imposibles de pensar para el médico, por cuanto la concepción de cuerpo es diferente. Hecho también

consignado al hablar sobre los universos excluidos en el lenguaje. Lo mismo sucede con las categorías etiológicas, recojiéndose a nivel estadístico agregado sólo aquellas que la mirada médica autoriza.

Al reconocer que las diversas formas de conocer y comprender la realidad son igualmente válidas, sea cual fuere la conceptualización de ésta, y al buscar puntos de unión entre los saberes, se podría generar un conocimiento cualitativamente diferente, necesario para una perspectiva intercultural (Oyarce, 1997). Este conocimiento nuevo podría convertirse en un modelo emergente de conocimiento que,

...a partir de representaciones particulares sobre un fenómeno, busca la producción de un conocimiento cualitativamente diferente, comprensible para ambos mundos culturales (Oyarce, 1997:15).

Esta aproximación, que ha dado frutos en regiones de contacto interétnico, también es válido y posible de implementar en ámbitos urbanos que integran universos simbólicos diversos, como es el caso de la mayoría de las urbes latinoamericanas, en donde existe un mundo subalterno que se expresa a cada instante, en cada esquina, pero que es sistemáticamente desconocido por los grupos hegemónicos (Bonfil, 1994). Además de lo anterior, no se niega la necesidad de la teorización previa y sistematización del conocimiento por parte del investigador, momento imprescindible para la generación de una memoria colectiva definitiva (Laurell, 1989).

Una propuesta como la descrita ha sido desarrollada en la región de la Araucanía, Chile, desde el año 1992, que ha sido conocida como Enfoque Intercultural en Salud, Programa Mapuche (Oyarce, 1997). Aquí, entendiendo que lo intercultural no es la suma de dos conocimientos o la

traducción de un tipo de conocimiento a otro, se ha generado un modelo emergente de conocimiento intercultural al que se denomina We Kimün, conocimiento nuevo, base ideológica que sustentaría a la generación de nuevas pautas de vida en que se valore, potencie y respalde la diversidad cultural como único y necesario escenario donde se da la interculturalidad (Oyarce, *op.cit.*).

La herramienta analítica que permitiría comprender los eventos relacionados con la salud-enfermedad en poblaciones de diferente cultura sería la epidemiología intercultural (Oyarce, Ibacache, Neira, 1997), entendida como el estudio de la distribución y determinantes de la salud-enfermedad en poblaciones de diferentes culturas, así como el estudio que incorpora las propias categorías y etiologías de enfermedad desde el punto de vista de un contexto y/o cultura particular. Este concepto, que se asemeja al de "epidemiología popular unificada", planteada por Menéndez (Menéndez, s/f), permite avanzar más allá de la epidemiología convencional, que desconoce los determinantes históricos y socioculturales de los eventos de salud-enfermedad y tampoco incorpora a la comunidad las perspectivas de los grupos sociales sobre el evento que se está estudiando.

Ello hace necesario el reconocimiento del otro como un legítimo otro, el conocer y comprender las palabras que nombran la realidad en el lenguaje del otro, palabras que unen lo externo con lo interno del nexo biosíquico, a través del cual es posible construir mundos simbólicos compartidos, sin olvidar las diferencias. Además de dar pie al diseño e implementación de propuestas de solución conjuntas a las problemáticas detectadas desde ambas miradas, todo lo cual contribuye a la constitución de ciudadanía y sujetos sociales que puedan hacer oír sus demandas y revitalizar instancias de organización debilitadas.

de la cultura, que se ha convertido en un concepto de difícil definición, pero que ha sido utilizado por numerosos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología.

Conceptos como el de "salud pública" o "epidemiología" han sido utilizados por numerosos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología. En estos casos, se ha utilizado el término "cultura" para referirse a esos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología de *una antropología* que mantiene por lo tanto la definición.

## Bibliografía

En la literatura, el concepto de "cultura" ha sido utilizado por numerosos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología. En estos casos, se ha utilizado el término "cultura" para referirse a esos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología de *una antropología* que mantiene por lo tanto la definición.

Estos autores, sin embargo, no han considerado el concepto de "cultura" del mismo modo que lo han considerado los autores que han trabajado en el lenguaje y el pensamiento. En estos casos, se ha utilizado el término "cultura" para referirse a esos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología de *una antropología* que mantiene por lo tanto la definición.

**BONFIL, G. (1994).** *México profundo. Una civilización negada*, México, Grijalbo.

**BOURDIEU, P. (1990).** *Sociología y cultura*, México, Grijalbo, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

**BLANE, D. (1995).** "Social determinants of health: Socioeconomic status, social class and ethnicity", en *J. Public Health*, vol. 85, núm. 7.

**BREILH, J. (1989).** *Epidemiología: economía, medicina y política*, México, Fontamara.

**(1994a).** *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología*, Quito, Ecuador, Centro de Estudios y Asesoría en Salud.

**(1994b).** "Las ciencias de la salud pública en la construcción de una prevención profunda: determinantes y proyecciones", en M. Rodríguez. (coord), *Lo biológico y lo social*, OPS-OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, núm. 101.

**CITARELLA, L. (1995).** *Medicinas y culturas en la Araucanía*, Chile, Editorial Sudamericana.

**CUÉLLAR, R. y F. Peña (1985).** *El cuerpo humano en el capitalismo*, México, Folios Ediciones.

En la literatura, el concepto de "cultura" ha sido utilizado por numerosos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología. En estos casos, se ha utilizado el término "cultura" para referirse a esos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología de *una antropología* que mantiene por lo tanto la definición.

En la literatura, el concepto de "cultura" ha sido utilizado por numerosos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología. En estos casos, se ha utilizado el término "cultura" para referirse a esos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología de *una antropología* que mantiene por lo tanto la definición.

En la literatura, el concepto de "cultura" ha sido utilizado por numerosos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología. En estos casos, se ha utilizado el término "cultura" para referirse a esos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología de *una antropología* que mantiene por lo tanto la definición.

En la literatura, el concepto de "cultura" ha sido utilizado por numerosos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología. En estos casos, se ha utilizado el término "cultura" para referirse a esos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología de *una antropología* que mantiene por lo tanto la definición.

En la literatura, el concepto de "cultura" ha sido utilizado por numerosos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología. En estos casos, se ha utilizado el término "cultura" para referirse a esos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología de *una antropología* que mantiene por lo tanto la definición.

En la literatura, el concepto de "cultura" ha sido utilizado por numerosos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología. En estos casos, se ha utilizado el término "cultura" para referirse a esos autores en el campo de la salud pública y la epidemiología de *una antropología* que mantiene por lo tanto la definición.

**FOUCAULT, M. (1978).** *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*, México, Siglo XXI editores.

**(1979).** *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, México, Siglo XXI editores.

**(1994).** *Más (+) cultura (s). Ensayo sobre realidades plurales*, México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes.

**GARCÍA CANCLINI, N. (s/f).** *Cultura y organización popular. Gramsci con Bourdieu*, documento fotocopiado.

**HELMAN, C.G. (1994).** "Cultural factors in epidemiology" en *Culture, health and illness: Introduction for health professionals*, Oxford, Butterworth-Heineman.

**INHORN, M. (1995).** "Medical anthropology and epidemiology: Divergences or convergences?" *Soc. Sci. Med.*, vol. 40, núm. 3, pp. 285-290.

**JANES, C.; R. Stall; y S. Gifford (1986).** *Anthropology and epidemiology. Interdisciplinary approaches to the study of health and disease*, Reidel Publishing Company, Holland.

**JUANES, J. (1980).** *Historia y naturaleza en Marx y el marxismo*, México, Universidad Autónoma de Sinaloa.

- KOSIK, K. (1967). *Dialéctica de lo concreto*, México, Grijalbo.
- KRIEGER, N. (1994). "Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider?" *Soc.Sci.Med.*, vol. 39, núm. 7, pp 887-903.
- KROTS, E. (1993). *La cultura adjetivada: el concepto de cultura en la antropología mexicana a través de sus adjetivaciones*, México, Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa.
- LAURELL, A.C.; Noriega M. (1989). *La salud en la fábrica. Estudio sobre la industria siderúrgica en México*, México, ERA.
- LAURELL, A.C. (1994). "Sobre la concepción biológica y social del proceso salud enfermedad", en M. Rodríguez (coord), *Lo biológico y lo social*, OPS-OMS, Serie Desarrollo de Recursos Humanos, núm. 101.
- LEWANDO, G.A. y M. Forman (1993). "Interfacing anthropology and epidemiology: The Bedouin Arab infant feeding study", *Soc. Sci. Med.*, vol 36, núm. 7, pp. 957-964.
- LÓPEZ, O.; J.M. Castro (1998). Módulo "Distribución y determinantes de salud enfermedad" Trimestre 98/I, México, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, División de Ciencias Biológicas y de la Salud, Departamento de Atención a la Salud, Maestría en Medicina Social.
- MARX, K. (1962). "Manuscritos de 1844", en *Marx y Engels, escritos económicos varios*, México, Grijalbo.
- MENÉNDEZ, E. (s/f) *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*, México, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 179.
- (1992). Modelo hegemónico, modelo Alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres Estructurales, en Campos R. (comp.) *La antropología médica en México*, México, UAM- Instituto Mora, tomo 1.
- OESCHLI, F. (1995) Editorial: Ethnicity, socioeconomic status and the 50-year US infant mortality record, en *J. Public Health*. vol. 85, núm. 7.
- OYARCE, A.M. (1997). Sistematización sobre los avances del proyecto/enfoque de salud con población mapuche, Temuco, Chile.
- OYARCE, A.M.; J. IBACACHE y J. NEIRA (1997). *Epidemiología Intercultural*, Temuco, Chile, Inédito.
- PAOLI, J.A. (1997). *Formas de apreciación en lengua y cultura tz'it'al*, borrador de trabajo, Maestría en Desarrollo Rural, Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, Documento fotocopiado.
- ROMANUCCI-ROSS, L.; D. MOEIMAN Y L. TANCREDI (1993). *The anthropology of medicine, from culture to method*, USA, Praeger.
- THOMPSON, J. (1993). *Ideología y cultura moderna teoría crítica y social en la era de la comunicación de masas*, México, UAM-Xochimilco.
- TROSTLE, J. y J. SOMMERSFELD (1996). "Medical Anthropology and Epidemiology", *Annu. Rev. Anthro.*, vol. 25 pp. 253-274.
- VARGAS, L.A. y L. CASILLAS (1989). "Medical Anthropology" in Mexico, *Soc. Sci. Med.*, vol. 28, núm. 12 pp. 1343-1349.