

## ARTÍCULO ESPECIAL

# La Epidemiología en el marco de la Medicina Social

*Epidemiology in the framework of Social Medicine***Tamayo-Caballero Carlos\***TCC: Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2476-7391>

\*Profesor investigador del Instituto de Investigación en Salud y Desarrollo, IINSAD, Facultad de Medicina UMSA - Curso de Introducción en la Medicina Social, ALAMES Bolivia

DOI: <https://doi.org/10.53287/v1og8724tk30c>[carlostmayocaballero@gmail.com](mailto:carlostmayocaballero@gmail.com)

Recibido: 08/02/2023

Aceptado: 27/04/2023

**RESUMEN**

El Sector Salud necesita un sistema de vigilancia epidemiológica que genere conocimiento, identifique condiciones de vida lo más local posible en unidades territorio-población, tiene que proponer intervenciones para superar las iniquidades y desigualdades, equipos de intervención con alta capacidad científica, técnica y resolutive en cada Red de Salud, que cada red de salud actúe integralmente con plena participación social y comunitaria, revalorizar desde la epidemiología a la salud intercultural. Palabras Clave: Medicina social, Territorio-población, Inequidades y desigualdades, Medicina social, Salud intercultural.

**Palabras Clave:** Medicina social, Territorio-población, Inequidades y desigualdades, Medicina social, Salud intercultural.

**ABSTRACT**

The Health Sector needs an epidemiological surveillance system that generates knowledge, identifies living conditions as locally as possible in territory-population units, must propose interventions to overcome inequities and inequalities, intervention teams with high scientific, technical and resolution capacity in each health network, that each health network acts integrally with full social and community participation, revaluing intercultural health from epidemiology.

**Key Words:** Social medicine, Territory-population, Inequalities and inequities, Social medicine, Cross-cultural health.

## INTRODUCCIÓN

La epidemiología una ciencia de medición de los eventos de salud y enfermedad, los factores que la producen y las condiciones de vida de las poblaciones. Asume, como producto final las condiciones de salud de la población, que al final es lo que cuenta en unidades territorio- poblacional. La epidemiología como ciencia, no es políticamente neutra, es responsable de mostrar, visibilizar, denunciar múltiples procesos que llevan a la salud, enfermedad y muerte de las poblaciones; no es suficiente mostrar el fenómeno -punta del iceberg- al que estamos acostumbrados, muestra cuántos se enferman y/o mueren, sin importar quienes, porque y en qué condiciones se enferman y/o mueren. mostrar “información para tomar decisiones”, cuando el sistema de salud produce “datos” ligados a enfermedad sin posibilidad encontrar relaciones entre las condiciones sociales, económicas, culturales o diferenciar categorías de análisis que hacen a la salud y vida en las que se debaten las comunidades; vemos la realidad desde un paradigma unicausal. Las tasas, razones, proporciones son útiles cuando se los muestra desde diferentes enfoques y categorías. No se trata de evitar la estadística como una herramienta de análisis, sino, y fundamentalmente, generar conocimiento que contribuya a identificar, desigualdades, inequidades e injusticias sociales, así el “dato” es relevante para la política.

Desde esta constatación es necesario ver a la medicina social como una práctica de intervenciones basada en la evidencia, de este modo, “explicar” los problemas colectivos o en comunidad, los factores que la producen, los riesgos a los que están sometidas las personas, familias y comunidades. Por esa situación podemos indicar que "Lo que no se mide, no se conoce, y lo que no se conoce no es posible intervenir, para fortalecerlo o transformarlo con la calidad esperada".

En las unidades territorio-poblacionales conviven múltiples procesos sociales, culturales, religiosos, medio ambientales entre otros, allí mismo, se visualizan o no, formas y maneras de desigualdades e inequidades de género, políticas, económicas, y fundamentalmente, acceso a servicios de salud, educación, recreación, trabajo, justicia y otras más.

## DESARROLLO

El concepto de la medicina social se originó en Francia en 1848, publicada en la “Gazzette Médicale” de París; las razones de su conformación están en la historia, tiempos de pobreza y aspiraciones sociales en ese país y fue acuñada por el Dr. Jules R. Guérin (1801-1866), medidas sociales e históricas, su orientación al derecho a la salud, buscando explicaciones dialécticas e históricas, promoviendo la organización para la participación en la solución de los problemas . El origen de la medicina social, señala el camino para explicar los eventos que hacen a la salud y la enfermedad, por lo cual, es inevitable la evidencia científica como una cuestión esencial y operativa, no solo para generar información, sino y fundamentalmente, conocimiento, que hace a las decisiones políticas más certeras.

La lucha por las poblaciones más pobres y vulnerables encontramos en el antiguo y nuevo Testamento de la Biblia, un mandato es “Ama a tu prójimo como a ti mismo ... y se expresa en dar más al que más lo necesita”. La historia señala a pensadores y activistas sociales, investigadores y políticos que contribuyen sustantivamente no solo en la construcción conceptual, sino, señalan estrategias de intervención, una de esta es la epidemiología como ciencia de la salud.

Jaime Breilh<sup>1</sup> conceptualiza a la salud pública como “salud colectiva”, donde salud va mucho más allá del concepto de “medicina”, propio en la formación de profesionales de la salud, donde tienen “estudiantes de medicina” y no de salud. El concepto “salud colectiva” implica, una activa participación social – comunitaria, mientras Birchoff<sup>2</sup>, (1858 ) inicia el “uso” de la epidemiología como herramienta de intervención para controlar las epidemias desde una perspectiva de condiciones de vida, allí, posiblemente, surge el inicio del estudio de los problemas de salud como un acto de responsabilidad social, no solamente como una acción “humanitaria” o técnica, sino, como una práctica política buscando conocimiento basada en la evidencia, incorporando el método como una función esencial para explicar el fenómeno social, cuya consecuencia es la salud o enfermedad.

La discusión sobre los determinantes es muy prolífica en el campo de la salud, no obstante, todavía es necesario reflexionar sobre la manera en que ésta es definida y entendida como una categoría que permita problematizar la realidad desde una mirada totalizadora, compleja y sobre los alcances que puede tener su aplicación en la salud pública o salud colectiva.

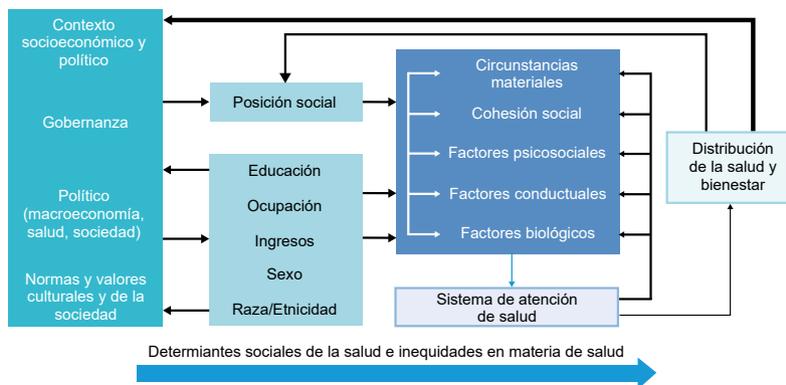
La epidemiología es responsable de medir/dimensionar los problemas para ser posible su intervención, medir la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, sin perder de vista la integralidad y la sinergia que por su naturaleza está dispuesta uno o en conjunto de los problemas.

En la salud colectiva la determinación es una categoría central en la explicación del proceso salud y enfermedad. El planteamiento básico es en última instancia, las condiciones materiales de existencia que determinan la distribución desigual de la salud-enfermedad en los grupos humanos<sup>3</sup>. El término "determinantes de la salud" es utilizado por primera vez por Thomas para explicar la disminución de la mortalidad infantil en Inglaterra y Gales durante

el siglo XIX. Estos eventos, permite el desarrollo de la medicina social, con varias corrientes del pensamiento y acciones que procuran explicar las condiciones de salud de las poblaciones.

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cual caso se consideran desigualdades, tal como es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad (figura N° 1).

**Figura N° 1.** Determinantes de la salud e inequidades de la salud



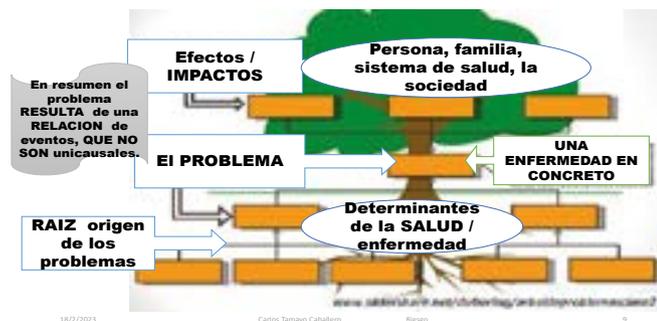
### Unidad territorio-población

Los eventos propios de la familia y la comunidad se producen de manera diferencial, mientras en una comunidad<sup>2</sup> enfrentan grandes inundaciones, otras, en extrema sequía, otras enfrentan una epidemia de dengue<sup>3</sup>, sin embargo; todas son consecuencia de una condición, el calentamiento global, que junto a otras variables, vivimos un proceso acelerado de transición epidemiológica avanzada.

Junto al fenómeno global al cambio climático, se suma una deficiente y/o insuficiente atención del estado -como responsabilidad primaria- para el cuidado de las condiciones territoriales, promoción de la salud, educación centrada en competencias para el vivir bien, sumar la tecnología al alcance de toda la población. Para McKeown las condiciones sociales son las causas fundamentales de la

enfermedad, ya que el mejoramiento de la salud que experimentó la sociedad durante este período, se debe más a las mejoras en las condiciones económicas que a los avances en medicina o las intervenciones en salud pública por lo tanto, se debe considerar como determinantes de la salud enfermedad a la relación existente entre el problema y los eventos que no son unicausales, y valorar sus efectos en la persona, familia, sistema de salud y sociedad (figura N° 2).

**Figura N° 2.** Relación entre Problema y eventos no unicausales



La determinación social, surge y rescata un nuevo enfoque, suma la gobernanza, profundiza la participación social, el enfoque de los factores que la determinan, ver como unidad territorio-población, privilegia el análisis de la distribución de los recursos totales, económicos, materiales, sociales, entre otros. La medición de las desigualdades en el campo de la salud es una condición indispensable para avanzar en la mejoría de la situación de salud, donde el análisis de los valores medios ha dejado de ser suficiente. Este tipo de análisis es una herramienta fundamental para la acción en busca de una mayor equidad en salud. Existen diferentes métodos de medición y niveles de complejidad cuya elección depende del objetivo del estudio<sup>4</sup>.

La determinación está ligada al territorio y a la población, hablamos del territorio no solamente como una cuestión física, fisiográfica y espacio material, es mucho más desde la perspectiva de la salud y la enfermedad, el TERRITORIO es:

- En un ambiente como BIEN COLECTIVO
- Como proveedor de "riqueza material y espiritual"
- Proveedor de medios de subsistencia

- Espacios de expansión social y cultural
- Espacios de recreación física, mental, social y espiritual
- Espacio de creación y recreación de la ciencia y el arte

Pero, malogramos este ambiente, al hacer del territorio un espacio de enfermedad:

- Cemento donde homogeniza el pensamiento y creatividad.
- Saturación de infraestructura sin planes de urbanización, riesgo de derrumbes, vivienda precaria, ausencia de respiradores ambientales, hacinamiento pernicioso.
- Hacinamiento de motorizados, con altos índices de contaminación en todas sus formas y manifestaciones, inseguros.
- Vivienda sin posibilidad de expansión familiar, ausente de "privacidad"
- Escasas posibilidades de creación y recreación.
- Largos tiempos de vida "perdidos" para llegar a una fuente laboral u otro.

La determinación social de la salud, implica fundamentalmente modos, maneras, formas de vida en absoluta diversidad social, cultural, religiosa, educación entre otras, ligadas indefectiblemente al *territorio*, como una unidad espacial y ecológica. Es en este espacio *territorio-social* donde se produce la salud y la enfermedad.

La participación plena de los agentes sociales y culturales es fundamental, a través de ellos se aprende a vivir, enfermar y morir de una u otra manera, entonces, es el espacio para lograr aprender nuevas formas de vivir bien, desaprender lo "tradicional", no solamente en la vida cotidiana de las poblaciones, sino de los modelos de gestión pública para la salud; buscando mecanismos de interculturalidad, sin exclusiones, reconociendo los procesos civilizatorios de cada comunidad, haciendo de la interculturalidad una política de acción, más que simulaciones simbólicas o folklóricas de cada cultura. Se trata de generar modelos de intervención epidemiológica y gestión para comunidades iguales o parecidas desde la práctica de la medicina social, equipos multidisciplinario con competencias suficientes, organización de redes de salud integrales, ...

Lograr redes de salud, con sistemas de comunicación efectivas y culturalmente aceptables, ubicación de servicios de salud integrales, un sistema de referencias y contra referencias que permita a la "red" ser más efectiva y eficiente, separarnos lo más lejos posible de la superposición de formas de prestaciones como ser municipal, de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), Servicio Departamental de Salud (SEDES), privados, Organizaciones No Gubernamentales (ONG's) y otros, desprenderse sistemáticamente de la gestión por programas, es igual la muerte por tuberculosis o por cáncer, el dolor humano que hace este tipo de acepciones, y los hay los que conviven con más de una enfermedad<sup>5</sup>.

## CONCLUSION

La evidencia y la constatación muestra que:

El "sistema" de salud continúa fragmentado y segmentado, con pocas posibilidades de mejoramiento si no hay una intervención estructural, con base al primer nivel de atención, fortaleciendo la "Red" de salud, lograr un nivel de gestión en las coordinaciones de red proporcionando recursos suficientes y necesarios, lograr "equipos de gestión epidemiológica en cada red" con autonomía técnica y de gestión. Eliminar o reducir al máximo posible múltiples servidores, bono Juana Azurduy, SAFCI - Mi Salud, servicios municipales, SEDES, ONGs, privados.

Medicina tradicional prácticamente ausente en el sistema de salud, con una práctica "privada" en la prestación de servicios. Evidente desatención a comunidades indígena originarios, mimetizadas en Redes de salud, incluso donde hay concentración territorial de poblaciones indígena originarios, el sistema no logro visibilizarlos, sin posibilidad certera de valorar el comportamiento de este "subsistema".

El esfuerzo desde la SAFCI no logra un sistema de salud integral, el SUS concentra su financiamiento en medicamentos, insuficiente atención al 1er nivel, con prestaciones médicas, todavía grandes brechas en la disponibilidad y acceso a servicios de salud curativos, pese a múltiples prestaciones declaradas.

El sistema "NO" logra desprenderse de lo urgente, altamente burocratizada, con programas insuficientemente integrados en la práctica, recursos humanos con capacitaciones sin lograr concretar equipos de intervención especializados en gestión y vigilancia epidemiológica, estrategias esenciales en el sector, sistema de información centrado en el daño, con brechas importantes en la cobertura de información, insuficiente uso de datos administrativos.

Evidente precarización laboral, con múltiples formas de contratación de personal en salud, sin posibilidad próxima de institucionalización y lograr una carrera sanitaria por especialidad. Capacitaciones al menos "dispersas" y costos que no son posible de valorarlos a partir de productividad, una gestión de recursos humanos por resultados es prácticamente imposible de lograr.

Hacer de la medicina social un "instrumento de cambio" y de acción política es un desafío complejo, pero no imposible. Iniciar con bases materiales, normativos y de gestión con intervenciones en paralelo.

Que los avances en participación social, interculturalidad, no fomenten la fragmentación y segmentación del sistema, buscar mecanismos que eliminen distorsiones en las competencias, desde los practicantes de la medicina tradicional hasta sus organizaciones. Estudiar estrategias de integración entre la medicina tradicional y la medicina convencional que sea electiva para la población demandante. Fortalecer la evidencia científica de los alcances de la práctica cotidiana<sup>6</sup>.

El sector salud necesita: un sistema de vigilancia epidemiológica que genere conocimiento, identifique condiciones de vida lo más local posible en unidades territorio-población, propone intervenciones para superar las iniquidades y desigualdades, equipos de intervención con alta capacidad científica, técnica y resolutiva en cada Red de Salud. que cada red de salud actúe integralmente con plena participación social y comunitaria, revalorizar desde la epidemiología a la salud intercultural (figura N° 3).

**Figura N° 3.** Modelo de vigilancia epidemiológica como sistema de salud



Es urgente interactuar en la formación profesional en salud, internalizar el concepto y la praxis de la medicina social a partir de la estructura curricular en formación de grado y postgrado en todas sus vertientes, no solo concentrar en la formación de personal de salud, sino buscar la inter y transdisciplina.

Que el sistema de salud incorpore en la formación de habilidades técnicas en cursos, diplomados,

talleres o cualquier otra modalidad en el análisis político de la salud a partir de lo avanzado en la medicina social y colectiva. Generar una carpeta de capacitación continua, con una estructura curricular técnica, política, social y basado en los pilares de la SAFCI, como política nacional.

Evitar dispendio de recursos propios y de cooperación, generar una carpeta de formación y capacitación continua en alianza con universidades, con especial énfasis en universidades públicas, lograr una carrera sanitaria con base a especialidad y un enfoque integral, para desempeño efectivos y eficientes hacia la gestión por resultados.

Avanzar hacia un paradigma crítico de la epidemiología, implica entrelazar tres transformaciones complementarias e interdependientes, el replanteo ontológico como objeto complejo, la innovación en su conceptualización en cuanto a las categorías y operaciones metodológicas que permitan hacerlo inteligible, y la apertura y vinculación con las formas de incidencia y las fuerzas sociales movilizadas<sup>7</sup>.

## REFERENCIAS

1. Ortiz, Fajardo Guillermo, La expresión medicina social surgió en 1848, reemergió en la tercera década del siglo XX. ¿Qué es la medicina social en el siglo XXI?, Salud Pública, Facultad de Medicina, UNAM Historia y filosofía de la medicina, Rev Fac Med UNAM Vol.47 No.6 Noviembre-Diciembre, 2004.
2. Rudolf Virchow nació el 13 de octubre de 1821 en Schivelbein, Prussia- Polonia, en una región rural y pobre, un estudiante excelente, poliglota. Gracias a una beca para privilegiados se graduó como médico en 1843, describió uno de los dos primeros casos de leucemia
3. Mendoza Rodríguez Juan Manuel, Jarillo Soto Edgar Carlos, Determinación y causalidad en salud colectiva: algunas consideraciones en torno a sus fundamentos epistemológicos. Ciência saúde coletiva 16 (suppl 1) 2011, citado 27 enero 2022, en: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700016>
4. OMS, WHA- 62.14 (2009), Reduciendo las Inequidades de Salud a través de Accion en los Determinantes Sociales de a Salud, citado 20 de febrero del 2023, en: <http://phao.org/hq/index.php?opcion=comdocman&tack=es>
5. McKeown T. El papel de la medicina: ¿sueño, espejismo o némesis? México: Siglo XXI; 1982.
6. Schneider María Cristina; Castillo-Salgado Carlos; Bacallao Jorge, et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud, On-line version ISSN 1680-5348Print version ISSN 1020-4989 Rev Panam Salud Publica vol.12 n.6 Washington Dec. 2002, citado 20 febrero 2023. En: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-49892002001200006](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892002001200006),
7. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.