

Retos para la incorporación de métricas en los enfoques de la determinación social de la salud

Jaiberth Antonio Cardona-Arias; Walter Salas Zapata; Jaime Carmona Fonseca

Introducción

La salud pública ha estudiado el vínculo de la morbilidad y la mortalidad con las condiciones de vida de las poblaciones, con un mayor desarrollo teórico-metodológico de la dimensión individual en sus diferentes eras y modelos (1-4). Este predominio individualista se ha profundizado en los últimos 50 años por la influencia de la epidemiología y el paradigma del riesgo, focalizados en mediciones individuales de la salud, donde lo social se reduce a comportamientos “promedio” de la población (5).

Algunos autores han planteado que el individualismo metodológico de la salud pública podría sustentarse en tres aspectos: (i) la salud-enfermedad se manifiesta en cuerpos individuales, por ello, su estudio se focaliza en las causas de la variabilidad interindividual; (ii) la influencia de la epidemiología tradicional, que privilegia la esfera biomédica y el estudio etiológico; y (iii) dicho énfasis ha sido efectivo para descubrir causas de

enfermedades y diseñar intervenciones de gran impacto sanitario, como la vacunación y la fármaco-terapia (5).

A pesar de lo anterior, en la actualidad, las áreas de la salud han incrementado la evidencia sobre el vínculo individuo-sociedad y la importancia de su estudio simultáneo para implementar estrategias sanitarias, aunque con bajo desarrollo de modelos que expliquen cómo los procesos sociales derivan en logros diferenciales en la salud individual (3,6). En tal sentido, se ha recocado el predominio de tres ontologías de lo social en la investigación en salud: (i) lo social como antecedente o como curso de vida; (ii) modificador de efectos biológico-genéticos; o (iii) un anexo del sistema biológico, es decir, ontologías de lo social, sin especificidad o injerencia en la orientación de acciones de política sanitaria (3).

En este contexto, un avance importante se dio con la determinación social de la salud (DSS), como una explicación de la relación de múltiples aspectos sociales, histórico y económicos que determinan las formas diferenciales de vivir, enfermar y morir (9,10). Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) los determinantes sociales se agrupan en una organización multinivel que da lugar a determinantes estructurales, como el contexto socio-económico y político, el mercado de trabajo, la estratificación por clase social, género, etnia y territorio; determinantes intermedios, como las condiciones de trabajo, la vivienda, la situación económica y el ambiente residencial; y determinantes individuales, como los factores psicosociales, conductuales y biológicos (9,10).

Por su parte, el enfoque de la Medicina Social Latinoamericana (MSL) destaca “*el desgaste*” o producción en el mundo del trabajo, los procesos

Jaiberth Antonio Cardona-Arias. Microbiólogo, MSc Epidemiología, MSc Economía Aplicada, Estudiante del Doctorado en Salud Pública. Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Colombia. Correo-e: jaiberth.cardona@udea.edu.co

Walter Salas Zapata. Doctor en Sostenibilidad. Grupo de Investigación Salud y Sostenibilidad. Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia. Correo-e: walter.salas@udea.edu.co

Jaime Carmona Fonseca
Médico, Maestro en Microbiología, Maestro en Epidemiología, Maestro en Salud Pública. Coordinador del ‘Grupo de investigación Salud y Comunidad César Uribe Piedrahíta’, Universidad de Antioquia, Colombia.

Correo-e: jaimecarmonaf@hotmail.com

de producción y reproducción social o los “*campos sociales*”, generalmente analizados en los niveles singular, particular y general (11,12).

Pese a las diferencias entre los enfoques de la DSS, en todos se requiere la incorporación de métricas de diferentes niveles de la realidad con el fin de investigar las condiciones y procesos sociales que determinan los desenlaces de morbilidad o mortalidad. Además, todos los enfoques definen dichos determinantes como agregados que no logran captarse con mediciones individuales, lo que obliga a combinar la mejor evidencia individual y grupal disponible (5).

En este orden de ideas, la medición de los determinantes sociales en el enfoque de la OMS se ha centrado en las desigualdades en salud a partir de metodologías económicas, epidemiológicas o de geo-referenciación, con bajo valor local y elevada probabilidad de incurrir en falacias (13,14) o aplicando índices, como el de efecto, de disimilitud, de desigualdad de la pendiente o relativo, los cuales no resultan consistentes en comparaciones de diferentes niveles de organización de la realidad (15-17). Por su parte, los estudios realizados con el enfoque de la MSL también incorporan métricas de los estilos [*nivel individual*], modos [*nivel particular*] y condiciones de vida [*nivel general*], con diseños que relacionan dichos niveles con postulados ideológicos, a los cuales se les ha criticado su baja correspondencia con investigaciones empíricas (18-22).

En este orden de ideas, y teniendo presente la necesidad que tiene la investigación en salud pública de articular diferentes niveles de la realidad, es oportuno preguntarse: ¿Cuáles son los principales retos metodológicos para la incorporación y la relación de métricas agregadas e individuales en la investigación de la DSS? Entendiendo métricas como la combinación de datos de un mismo constructo, con las cuales se puede describir un contexto o explicar tendencias de un fenómeno.

Con el fin de dar respuesta a esta pregunta y ampliar la discusión sobre la importancia de una investigación multinivel como atributo central para la salud pública y la DSS, este manuscrito

presenta los siguientes componentes: (i) divergencias filosóficas [ontológicas, epistemológicas y praxeológicas] de los dos principales enfoques de la DSS; (ii) fundamentación teórica de los estudios ecológicos y las falacias que pueden presentarse en la generalización de resultados derivados de mediciones en diferentes niveles de la realidad; y (iii) algunos conceptos de los análisis multinivel, como una opción válida frente a la necesidad de articular las métricas de los niveles singular, particular y general.

Es oportuno aclarar que su énfasis en las métricas de la DSS se justifica porque resultan útiles a todos los enfoques de la DSS y permitirían superar algunas críticas que se han realizado al enfoque de la MSL por su bajo desarrollo metodológico y al de la OMS por su riesgo de incurrir en falacias o no explicitar las relaciones multinivel (23-25).

Divergencias filosóficas [*ontológicas, epistemológicas y praxeológicas*] de los dos enfoques de la DSS analizados (OMS y MSL)

Con la publicación del informe de la OMS *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud* (OMS, 2005), se retomó el debate sobre las formas de abordar los vínculos entre la salud y la sociedad, en medio de avances importantes en la investigación epidemiológica, la expansión de las ciencias sociales en el campo sanitario y “*un reacomodo del discurso, haciendo aún más visible la problemática de la inequidad*” (OMS, 2005). En el entorno académico esto derivó en las discusiones sobre la diferenciación entre *determinantes sociales* y *determinación social* de la salud como reflejo de las divergencias entre la epidemiología social [*anglosajona*] y la epidemiología crítica de la MSL (18,26).

Según la OMS, los determinantes sociales “*son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen*” (OMS, 2005) acorde con “*la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local*” (OMS, 2005); tales determinantes explican las desigualdades en salud (9). Por su parte, la MSL define los procesos de determinación social de la

salud como las relaciones de poder y las dinámicas de acumulación de capital que definen las diferencias en la salud-enfermedad de las poblaciones, según la clase social, el género y la etnia; en función de diferencias en los patrones de consumo, trabajo, desgaste, bajo soporte social y formas culturales malsanas que conducen a la enfermedad; en un abordaje dialéctico de las relaciones sujeto-sociedad, naturaleza-cultura, salud-enfermedad (28, 29).

Los enfoques de la OMS y la MSL presentan diferencias filosóficas importantes, como lo son las ontológicas (relacionadas con la concepción y funcionamiento del mundo), las epistemológicas (la forma de entender el conocimiento científico y las posibilidades de conocer la realidad), y las praxeológicas [*filosofía moral o sobre la ética y la justicia*] (aluden a las posibilidades de acción libre-autónoma en ambientes justos) (18).

En términos ontológicos, el enfoque de la MSL, a diferencia del de la OMS, concibe lo social como una realidad irreductible, dinámica e histórica, y no como una suma de individuos. Parte de una perspectiva dialéctica e histórico-estructural [no funcionalista] de lo social.¹ Contrapone las orientaciones socioculturales a las economicistas, y toma la clase social como una categoría clave para el análisis de los problemas de salud (23,26).

Cabe aclarar que *estatus* y *clase social* obedecen a dos constructos diferentes. El primero, utilizado en

¹ En sociología relacional e histórica, lo social alude a la interdependencia individuo-sociedad, a diferencia del estructural-funcionalismo que considera lo social como una realidad inmutable donde los cambios sociales son productos de perturbaciones casuales y exteriores (8). En la MSL lo social es una categoría dialéctica histórica que se construye en medio de las relaciones de poder y la tensión entre el individuo [*sujeto social y político*], y la población [*ámbito de generación de la interacción sociocultural y política entre individuos*] (12,30).

La dialéctica en Hegel permite analizar los conceptos de figuración y larga duración, articulando referentes empíricos. La dialéctica de Hegel permitió superar la separación Kantiana del Ser y el Pensar, al tiempo que reconoce una jerarquía entre los “*hechos generales*” y los “*hechos particulares*”. También aplica como método que supera las falsas dicotomías sujeto-objeto, naturaleza-cultura, cuerpo-mente, individuo-sociedad, tomándolas como una unidad contradictoria, de tensión conceptual que deben analizarse simultáneamente (31).

el enfoque de la OMS, corresponde a una estratificación social donde los sujetos se agrupan en función del ingreso, la escolaridad o el tipo de trabajo, sin interés en develar los mecanismos sociales que derivan en su acceso diferencial a los recursos económicos, políticos o culturales. La clase social es un constructo relacional, más afín a la MSL, asumido como gradientes derivados de relaciones de poder y la acumulación del capital [*relaciones de propiedad de los recursos productivos que derivan en diferentes niveles de ingreso, educación y calidad de vida*] cuya comprensión debe ser sociohistórica (32-34).

Epistemológicamente, el enfoque de la MSL critica el reduccionismo y la fragmentación de la realidad positivista que subyace al enfoque de la OMS, en cuyo seno lo social opera como ente externo al sujeto y el análisis epistemológico gira en torno de la relación sujeto-objeto en un vacío social, dado que esta última dimensión se investiga sin tener presente su historicidad (30,35). En el enfoque de la MSL se toma “*la visión dialéctica del pensamiento científico*”, destacando la importancia sociopolítica-cultural y la determinación comunitaria de la ciencia (30).

En el enfoque de la OMS la relación “*objeto, sujeto y praxis*” está centrada en el “sujeto” de la gestión pública y predomina una visión funcionalista y empírica de la realidad social. En la MSL se explicita la interdependencia entre el objeto, el sujeto y el campo, los cuales no pueden analizarse de manera separada y ninguno debe prevalecer sobre los demás o definir el método; esto es, develar la determinación social del objeto, de los conceptos [*sujeto*] y de las prácticas [*campo*], en un devenir histórico que define sus posibilidades de comprender y transformar la realidad (30).

En el ámbito praxeológico, el enfoque de la MSL resulta coherente con el método dialéctico y el enfoque materialista de la ética (Holbach, Marx) cuyo objetivo es la realización de la naturaleza humana y la abolición de toda moral de clase [*principio de justicia como igualdad social*]. Este enfoque toma como centro de la naturaleza humana su base económica, asumiendo que la conciencia y moral social son determinadas por las formas sociales de producción y cambio. De esta forma, el fundamento praxeológico es develar en

qué consiste la no-libertad y sus causas, en el marco de las teorías igualitaristas de la justicia social, donde la economía no es una esfera más de la vida, sino que es la que articula todos los modos de vida y determina las relaciones asimétricas de poder socioeconómico, de género y etnia (12, 36, 37).

En el enfoque de la OMS el centro de la reflexión ética es la libertad en tanto autonomía [*generalmente ligada a Kant y Mill*], corresponde a “una extensión de la soberanía política a la *autogobierno individual*” (Luna F, Salles A, 2008). Implica autorregulación y autodeterminación para evitar la injerencia de otros y decidir de manera libre e informada, reconociendo las capacidades, valores y creencias personales (37). En este enfoque, las teorías de justicia social predominantes serían las utilitaristas, basadas en maximización de la utilidad pública y las libertarias centradas en derechos de propiedad, libertad social y económica; los cuales han sido un fundamento para la asignación de recursos públicos y respaldar filosóficamente al neoliberalismo (12).

A pesar de estas diferencias filosóficas, se debe reconocer la confluencia de algunos intereses en ambos enfoques y en el “*desplazamiento paradigmático*” que han propiciado en la salud pública (23). En tal sentido, algunos autores han indicado que estos enfoques de la DSS presentan las siguientes convergencias: (i) pretenden estudiar la complejidad de las relaciones biología-sociedad, destacan la relevancia del campo socioeconómico y político, la pobreza, las condiciones de trabajo y otros procesos de orden macro, para explicar los perfiles epidemiológicos o resultados en salud del orden micro; (ii) autores como Hernández y Duarte (Morales C, Borde E, Eslava J, Concha S. 2013;15) [*en respuesta al grupo de Morales*] plantean que la epidemiología crítica no excluye un estudio inicial de los “*factores de riesgo*”, aunque con la pretensión de posteriores explicaciones de mayor complejidad, enmarcadas en las relaciones de poder; (iii) en la aplicación de metodologías cuantitativas no se han documentado implicaciones diferenciales; incluso en ambos enfoques se proponen modelos jerarquizados que se han venido ampliando metodológicamente (12,23).

Estudios ecológicos y falacias en la inferencia de mediciones individuales y sociales

Los estudios ecológicos corresponden a diseños que toman un grupo como unidad de análisis y, generalmente, se aplican cuando el interés es medir efectos contextuales en un evento de salud, comparar comportamientos poblacionales o constructos [*determinantes*] conceptualizados a nivel grupal, cuando existen limitaciones en las mediciones individuales, como es el caso de variables ambientales donde es difícil conocer la exposición de cada sujeto (38, 39). En el plano metodológico estos estudios se clasifican en exploratorios [*comparan el evento en varias regiones durante el mismo periodo*], analíticos [*comparando el determinante social y el evento en múltiples grupos*], grupos múltiples, series temporales y mixtos (38, 39).

Su elección, frente a diseños basados en unidades individuales, puede realizarse con base en los siguientes subtipos:

- (i) Obligados y aptos: la pregunta de investigación se focaliza en la comparación de grupos, la detección de diferencias poblacionales o al no disponer de información individual. También aplican para temas que requieren inferencia indirecta por la presencia de transacciones entre individuos y grupos, como las series de tiempo, tasas de contagio, patrones de comportamiento social o correlaciones espaciales, donde los análisis individuales son insuficientes para captar la “difusión de un efecto” (40).
- (ii) Opcionales y aptos: corresponde a investigaciones donde la medición individual es compleja, poco fiable o precisa, como la evaluación de desastres naturales. También incluye investigaciones sobre exposiciones grupales, como una normativa, factores ambientales o campañas educativas; en las cuales la medición individual no permitiría evaluar efectos contextuales, y aquéllas en las cuales la medida agregada representa más que la sumatoria de individuos (40).
- (iii) Opcionales, no aptos, pero convenientes: usados en pequeñas poblaciones donde se pretende evaluar el “riesgo” potencial de poblaciones “vecinas” o donde no es común disponer de mediciones individuales, por

movimiento de la población, cambio de residencia u otros atributos. Se catalogan como no aptos, dado que sería posible su estudio con mediciones individuales, pero no se dispone de la información, por lo que son convenientes en materia pública para evidenciar afectaciones poblacionales (40).

En adición a estas tipologías, en los estudios ecológicos, los constructos sociales pueden operativizarse en variables derivadas e integrales:

Las *variables derivadas* representan constructos poblacionales creados a partir de la agregación de datos individuales, pero como un constructo diferente; por ejemplo, el ingreso medio del barrio como indicador de las facilidades de recreación, calidad escolar, condiciones del espacio físico u otras características diferentes del valor individual de ingresos (38).

Las *variables integrales o contextuales* también representan constructos grupales que no provienen de información de cada miembro de la población, sino aquéllas en las cuales todos los sujetos tienen la misma exposición, lo que permite determinar el efecto contextual. Algunos ejemplos incluyen la disponibilidad de servicios de salud, sistemas políticos, mediciones ambientales o del lugar de residencia (pueden variar entre individuos, pero generalmente no se dispone del dato individual), datos globales, como la densidad poblacional, una ley, la publicidad o los impuestos (5,38,39).

Los principales retos metodológicos de los estudios ecológicos incluyen: (i) un número adecuado de grupos para comparar; (ii) medir efectos contextuales e “integrales”; (iii) trabajar con grupos pequeños en los cuales es factible asumir el supuesto de homogeneidad intragrupo, controlar interacciones y lograr mediciones estables; (iv) incluir grupos con variabilidad para las variables centrales, pero que, al mismo tiempo, permitan asumir similitud al interior del grupo; (v) conformar grupos en función de las variables independientes (mayor variabilidad posible de X) y no del evento, como si fuese un estudio de casos y controles; (vi) intentar estratificar los grupos cuando su número es pequeño y así mejorar el poder estadístico; (vii) controlar migración entre grupos y la autocorrelación espacial; y (viii) evitar

falacias en la inferencia o sesgo de nivel cruzado (38, 39, 40).

En relación con última consideración, se debe tener presente que las mediciones individuales permiten hacer inferencias relacionadas con la variabilidad entre individuos, pero no determinan si dicha variación es de un único grupo o de varios (38). A pesar de esto, es común hallar estudios que derivan conclusiones sobre el comportamiento grupal con base en mediciones individuales, y viceversa, originando errores o falacias en la extrapolación de los resultados, tales como las ecológicas, la atomista, psicológica y sociológica.

Falacia ecológica: generalización falsa al explicar la variación interindividual de un evento con base en datos grupales, asumiendo que la medición social es sucedánea de información individual desconocida. Generalmente, se presentan en estudios que no recolectan datos sobre la distribución conjunta de la exposición y el resultado en salud a nivel individual, por lo que se asumen igual exposición para todo el grupo (5).

En este caso, el efecto contextual puede sustentarse en mecanismos no captados en la medición agregada; por ejemplo, al indicar que el índice de masa corporal (IMC) es más elevado en las personas con mayor ingreso, se pueden hallar múltiples condiciones que trascienden estas dos variables y explicarían tal asociación, como la confluencia de mayor producción industrial de alimentos, mayor contenido de grasa en la dieta, ocupaciones proclives al sedentarismo, consumo de alimentos fuera del hogar y exposición a publicidad, en las zonas de altos ingresos (5).

Esta falacia se origina en el individualismo metodológico que asume lo social como elementos individuales, donde las poblaciones serían sumatorias, desconociendo que “*las variables grupales tienen sus propios efectos y su propia dinámica*” (5, 38, 41).

Falacia atomista: se infieren conclusiones sobre la variabilidad en el grupo a partir de información individual. Ésta surge cuando no se tiene presente que las mediciones individuales y grupales obedecen a constructos distintos. Implica asumir que las variables que explican la variación

interindividual en un grupo son las mismas de otros. Esto ocurre por falta de información sobre los constructos y sus niveles de organización, o al usar la misma variable que alude diferentes constructos cuando cambia de nivel (38, 41).

Falacia psicologista-individualista: ocurre cuando no se incluyen variables grupales en estudios del orden individual, no se analiza el efecto contextual o de la estructura de la población; explicando la variabilidad interindividual exclusivamente con datos individuales. Por ejemplo, estudios sobre depresión que no incluyen temas comunitarios y derivan en recomendaciones incompletas sobre sus determinantes (5, 41).

Falacia sociologista: consiste en hacer inferencias grupales sin considerar variables del orden individual que pueden explicar, en parte, la variabilidad poblacional. Por ejemplo, en estudios sobre esquizofrenia que explican su ocurrencia en función de condiciones comunitarias, como el tipo de lazos sociales, ignorando componentes biológicos (5, 41).

Análisis multinivel

Frente a las falacias descritas se dispone de los análisis multinivel, los cuales determinan simultáneamente qué parte de la variabilidad interindividual se explica por el micro contexto [*efecto composicional o diferencias atribuibles a la composición interna de los grupos*] y el macro-contexto [*efecto de contexto o diferencias inter-grupo, atribuibles al efecto del determinante social*]; al tiempo que permite hacer inferencias sobre variaciones intergrupales y si éstas son efectos contextuales o composicionales, es decir, determinar sus niveles de independencia, reciprocidad e interdependencia (5, 38, 41, 42). Por ejemplo, al evaluar la relación entre pobreza y enfermedad se deberían comparar la ocurrencia y la distribución de la enfermedad en varias zonas y controlar por el nivel individual de pobreza en cada grupo; así se mediría el efecto contextual (39).

Algunos autores consideran que este tipo de análisis no son requeridos en todos los estudios de DSS por tres razones: i) existen diseños que no

cometen falacias al exponer una correcta conceptualización y operacionalización de los determinantes; ii) cuando el objetivo se restringe a comparaciones de un único nivel; iii) si los determinantes sociales afectan la salud, deben expresarse, en último término, en el ámbito individual. Sin embargo, una investigación exhaustiva en DSS requiere mediciones individuales en varios grupos, dadas sus potenciales variaciones de un contexto a otro. Esto supone que, incluso cuando el investigador está interesado en los determinantes individuales, debe estudiar sujetos procedentes de varios grupos para evaluar efectos contextuales y establecer si el comportamiento individual es similar en diferentes poblaciones (5).

La medición multinivel en DSS ofrece ventajas porque la definición de unidades de análisis en diferentes jerarquías es más próxima a la realidad, donde características individuales pueden explicar parte de la variabilidad intergrupala, o variables de grupo resultan pertinentes para comprender variaciones individuales (38).

A pesar de sus ventajas, el abordaje multinivel de la DSS implica retos como la identificación y articulación lógica de los constructos en cada nivel, la definición y justificación de los grupos relevantes (hogar, barrio, municipios, países), la disponibilidad de los datos, la cuantificación de las interacción o confusión entre variables [*o el riesgo de confusión residual*], la identificación de endogeneidad de la medición individual y grupal, el estudio de la autocorrelación espacial, el control de sesgos, dado que la mayoría son análisis observacionales, asegurar un buen tamaño de la muestra y de poder estadístico para las comparaciones; a lo que se sumaría posibles sesgos temporales, dado que los determinantes individuales, particulares y generales no representan mediciones de la misma ventana de tiempo (38).

Alcances de las métricas en la investigación de la DSS

La investigación de la DSS presenta un rezago metodológico importante que podría sustentarse en función de los tiempos requeridos para hacer las transiciones paradigmáticas [*del avance teórico-*

epistemológico del modelo, a su implementación metodológica]; en tal sentido, este texto contribuye con la exposición de retos metodológicos que podrían explicar las relaciones entre el constructo social y los resultados en salud, evitar inferencias falaces y, en general, identificar elementos metodológicos que demuestran la complejidad de los diseños que deberían aplicarse en el componente cuantitativo de la investigación en salud pública.

Sin embargo, los *determinantes sociales* deben dar cuenta de relaciones y constructos complejos que, muchas veces, superan las posibilidades de operativización en variables, lo que ha evidenciado la necesidad de trascender las relaciones estadísticas hacia la causalidad sociológica, histórica, económica o política [*con estudios cualitativos e históricos*]. Incluso en el caso de seleccionar un “*determinante social*” susceptible de medición, se debe considerar que cada uno de ellos puede proceder de un constructo social diferente o tener múltiples definiciones y expresiones operativas, como lo describe el grupo de Muntaner, 2012, para la clase social, el de Chiara M., 2016, para el territorio y otros autores que han realizado lo propio con las categorías de género, etnia, raza y curso de vida (43-47).

Los contenidos expuestos sólo dan cuenta de una aproximación inicial a las métricas de la DSS que permiten anticipar retos para la evaluación del lugar de lo individual, lo familiar, lo comunitario o lo social, incluida la elección de los constructos, su interdependencia, mecanismos de realimentación y potenciales redes causales jerárquicas, con el fin de disponer de investigaciones más exhaustivas (3). En el campo de la salud pública es claro que este tipo de aproximaciones resultan incompletas, lo que evidencia la necesidad de recurrir a categorías de otras disciplinas para hacer una integración transdisciplinar del conocimiento (22).

La complejidad de las relaciones biología-sociedad en salud pública, guarda relación con algunos planteamientos de la sociología relacional [*que resulta afín con la DSS en tanto analizan el vínculo biología-sociedad con análisis dialéctico Hegeliano de diferentes niveles de la realidad, con una perspectiva procesual y no substancial o*

esencialista] que vale la pena explicitar para discusiones posteriores de la DSS:

- (i) Esta perspectiva sociológica remarca la importancia de una concepción dinámica-relacional de la investigación de los objetos [*hechos*] sociales y las luchas-contradicciones de los pequeños grupos o los individuos (31).
- (ii) Precisa que toda teoría debe estar fundamentada en observaciones y simultáneamente debe brindar la posibilidad de liberarse de ellas, para no limitarse a la esfera fáctica. Esto es, reconocer que toda teoría debe tener correspondencia con hechos, al tiempo que la observación de los fenómenos sólo es posible al contar con principios teóricos [*de no tener teoría, los fenómenos pasarían desapercibidos*] (31).

Lo social, en perspectiva relacional, remite a la interdependencia o reciprocidad de los individuos y la sociedad, no es la abstracción de las particularidades de unos individuos sin sociedad, ni un sistema o totalidad más allá de los individuos, es más bien el entramado de interdependencias que supera esta falsa dicotomía [*individuo-sociedad*] y rescata el valor de la continuidad histórica como un elemento indispensable para pensar lo social (31).

Conclusiones

Los enfoques de la DSS evidencian un avance importante sobre la fundamentación teórica de los vínculos entre las condiciones sociales y los perfiles de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Ambos presentan diferencias ontológicas, epistemológicas y praxeológicas, y la necesidad de mejorar los fundamentos teóricos que orientan sus opciones metodológicas-analíticas.

La baja aplicación de métricas agregadas e individuales en la investigación de la DSS y su articulación en los niveles singular-individual, particular-intermedio y general-estructural, constituyen un obstáculo para el avance en este campo, por lo que es necesario recabar en los fundamentos teóricos de los estudios ecológicos y multinivel, para visibilizar la complejidad de este tipo de diseños y mejorar los estudios en salud pública.

La investigación basada en métricas de la DSS [aún en la condición ideal de cumplimiento de todas las exigencias metodológicas de los estudios ecológicos y multinivel] resulta incompleta para develar la complejidad de los procesos que determinan la salud-enfermedad en poblaciones específicas, por ello, es necesaria su ampliación con estudios mixtos [cuantitativos-cualitativos-históricos] que permitan develar cómo los sujetos devienen en diferentes inserciones sociales, con las subsecuentes diferencias en sus formas de vivir, enfermar y morir.

Financiación: Colciencias/Minciencias proyecto código 111577757051, contrato 755-2017; Universidad de Antioquia.

Referencias

1. Franco A, Cardona A. La salud pública como disciplina científica: fundamento para los programas de formación académica. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2005;23(2):107-14.
2. González E. La salud pública como campo transdisciplinar. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2007; 25(1): 71-7.
3. Diez Roux AV. Integrating social and biologic factors in health research: A system view. *Ann Epidemiol*. 2007;17 (7): 569-74.
4. Hernández C, Orozco E, Arredondo A. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Rev. salud pública*. 2012;14 (2):315-24.
5. Diez Roux AV. La necesidad de un enfoque multinivel en epidemiología. *Región y sociedad*. 2008;20(2): 77-91.
6. Martínez O. La epidemiología en busca de contexto social. *Acta Med Colomb*. 2012; 37(2): 93-6.
7. González LA. El individualismo metodológico de Max Weber y las modernas teorías de la elección racional. México: Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. 1993. Pp:431-447.
8. Bello Urrego A. Potencialidades del abordaje de la salud en las ciencias sociales a partir de la definición de la salud como proceso social. En: Morales C, Eslava J. Tras las huellas de la determinación: Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2014. P:87-100.
9. Commission on Social Determinants of Health. Towards a Conceptual Framework for analysis and action on the social determinants of health. World Health Organization: Geneva; 2005.
10. Benach J, Muntaner C. Empleo, trabajo y desigualdad en salud: Una visión global. España: Icaria Editorial. 2010. p. 33-40.
11. Navarro V, Borrell C, Muntaner C, Benach J, Quiroga A, Rodríguez M, et al. El impacto de la política en la salud. *Salud Colectiva*. 2007;3(1):9-32.
12. Arias S. Epidemiología, equidad en salud y justicia social. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2017; 35(2):186-96.
13. Castillo C. Medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(6):371-2.
14. Loyola E, Castillo C, Nájera P, Vidaurre M, Mujica O, Martínez R. Los sistemas de información geográfica como herramienta para monitorear las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(6):415-28.
15. Schneider M, Castillo C, Bacallao J, Loyola E, Mujica O, Vidaurre M, et al. Métodos de medición de las desigualdades de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(6):398-414.
16. Alleyne G, Castillo C, Schneider M, Loyola E, Vidaurre M. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(6):388-97.
17. Metzger X. La agregación de datos en la medición de desigualdades e inequidades en la salud de las poblaciones. *Rev Panam Salud Publica*. 2002;12(6):445-53.
18. Eslava J. Pensando la determinación social del proceso salud-enfermedad. *Rev. Salud Publica*. 2017;19(3):396-403.
19. Soliz MF. Salud colectiva y ecología política. La basura en Ecuador. Quito: Universidad Simón Bolívar, Ediciones La Tierra. 2016.
20. Concha S. Determinación Social de la atención odontológica de las mujeres embarazadas de tres localidades de Bogotá. Tesis presentada como requisito para optar al título de Doctor en Salud Pública. Programa de Doctorado Interfacultades de Salud Pública. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2015.
21. Montero G. Determinación social de la mortalidad por accidentes de tránsito en el distrito metropolitano de Quito, año 2013. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2018;36(3):31-42.
22. Fernández J, Idrovo A, Castañeda C, Giraldo V. Determinantes sociales de la malaria ¿Aportes de la Medicina Social Latinoamericana? *Biomédica*. 2010;30(3):454-6.
23. Morales C, Borde E, Eslava J, Concha S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones

- praxiológicas. *Rev Salud pública*. 2013;15(6): 797-808.
24. Cardona J, Salas W, Carmona J. Determinación y determinantes sociales de malaria: Revisión sistemática en el ámbito mundial, 1980-2018. *Revista Panamericana de la Salud (OPS)*. Aceptado (pendiente asignación de volumen).
 25. Cardona J. Social determinants of intestinal parasitism, malnutrition, and anemia: systematic review. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;41: 143
 26. Morales C, Eslava J. Tras las huellas de la determinación: Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2014.
 27. Foucault M. El sujeto y el poder. En: Dreyfus H, Rabinow P. Michel Foucault. Más allá del estructuralismo y la hermenéutica. Buenos Aires: Nueva Visión. 2005.
 28. Iriart C, Waitzkin H, Breilh J, Estrada A, Merthy EE. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos. *Rev Panam Salud Pública*. 2002;12 (2): 128-36.
 29. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. *Salud Colectiva*. 2010; 6(1):83-101.
 30. Breilh J. Epidemiología crítica latinoamericana: raíces, desarrollos recientes y ruptura metodológica (La determinación social de la salud como herramienta de ruptura hacia la nueva salud pública – salud colectiva). En: Morales C, Eslava J. Tras las huellas de la determinación: Memorias del Seminario InterUniversitario de Determinación Social de la Salud. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. 2014.
 31. Pérez H, Gómez L. Acerca de algunas fuentes de la teoría elisiana en su período de gestación: 1920-1933. Norbert Elias. Aproximación a su propuesta metodológica. En: Pérez H. Norbert Elias un sociólogo contemporáneo: teoría y método. Bogotá: La carreta Editores E.U. 2010.
 32. Portes A, Hoffman K. Las estructuras de clase en América Latina: composición y cambios durante la época neoliberal. Santiago de Chile: Naciones Unidas. 2003.
 33. Escobar F. Aspectos conceptuales para comprender la relación entre clase social y salud. En: Observatorio Nacional de Salud, Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Protección Social, República de Colombia. Clase social y salud. Bogotá: Observatorio Nacional de Salud. 2016.
 34. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva: World Health Organization. 2010.
 35. Bourdieu P. El oficio del científico. Ciencia de la ciencia y la reflexividad. Barcelona: Anagrama. 2003.
 36. Pieper A. Ética y Moral. Una introducción a la filosofía práctica. Editorial Crítica, Barcelona. 1991.
 37. Luna F, Salles A. bioética: nuevas reflexiones sobre debates clásicos. Argentina: Fondo de Cultura Económica. 2008.
 38. Diez Roux AV. Ecological variables, ecological studies, and multilevel studies in public health research. En: The Oxford Textbook of Public Health, editado por R. Detels, J. McEwen, R. Beaglehole y H. Tanaka, 493-508. Londres: Oxford University Press. 2015.
 39. Morgenstern H. Ecologic studies in epidemiology: Concepts, principles, and methods. *Annu. Rev. Public Health*. 1995. 16:611.
 40. Susser M. The logic in ecological: ii. the logic of design. *Am J Public Health*. 1994;84(5): 830-835.
 41. Diez Roux AV. A glossary for multilevel analysis. *J Epidemiol Community Health*. 2002; 56:588–594
 42. Diez Roux AV. Multilevel analysis in public health research. *Annu. Rev. Public Health*. 2000. 21:171–92.
 43. Muntaner C, Rocha K, Borrell C, Vallebuona C, Ibáñez C, Benach J, *et al*. Clase social y salud en América Latina. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;31(2):166-75.
 44. Chiara M. Territorio, políticas públicas y salud. Hacia la construcción de un enfoque multidimensional para la investigación. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2016;15(30): 10-22.
 45. Estrada J. La articulación de las categorías género y salud: un desafío inaplazable. *Rev. Gerenc. Polít. Salud*. 2009;8(17):106-22.
 46. Torres C, Bolis M. Evolución del concepto etnia/raza y su impacto en la formulación de políticas para la equidad. *Rev Panam Salud Publica*. 2007;22(6):405-16.
 47. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*. 2011;5(8):5-31.

Recibido: 08 de mayo de 2019.

Aceptado: 10 de diciembre de 2020.

Conflicto de intereses: ninguno.



Medicina Social

Salud Para Todos