

Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria

Paul Hersch-Martínez, D en CS y S.⁽¹⁾

Hersch-Martínez P.
Epidemiología sociocultural: una perspectiva necesaria.
Salud Publica Mex 2013;55:512-518.

Resumen

Se analiza la necesidad de una perspectiva epidemiológica incluyente que atienda las diversas dimensiones del daño a la salud como fenómeno reflejo de la sociedad. Ello demanda una diversificación metodológica y operativa ante realidades sanitarias donde opera sistemáticamente la cultura y la organización social. Se postulan algunos elementos definitorios y operativos de la epidemiología sociocultural como referente para dinamizar la relación entre disciplinas y sectores a partir de problemas específicos relevantes para la salud pública.

Palabras clave: bioepidemiología; epidemiología sociocultural; salud pública; antropología médica; México

Hersch-Martínez P.
Sociocultural epidemiology: an essential approach.
Salud Publica Mex 2013;55:512-518.

Abstract

The necessity of an inclusive epidemiological approach, capable to attend the diverse dimensions involved in health damage as a reflective phenomenon of society is analyzed. The range of perspectives involved requires an inclusive methodological scope and applicative channels, in order to deal with sanitary realities systematically related to culture and social organization. Some constitutive elements of sociocultural epidemiology are underlined, shaping an operative proposal that can enhance the relationship between disciplines and sectors regarding specific outstanding public health problems.

Key words: bioepidemiology; sociocultural epidemiology; public health; medical anthropology; Mexico

"La idea de un método fijo, de una racionalidad fija, surge de una visión del hombre y de su contorno social demasiado ingenua".

Paul Feyerabend,

Contra el método. Esquema de una teoría anarquista del conocimiento.

"En la medida en que el ambiente físico y social, así como los comportamientos y las actitudes que lo sustentan se encuentran profundamente condicionados por la organización social y anclados en la cultura, la epidemiología será socio-cultural o no será epidemiología".

Raymond Massé,

Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie: le cas du rôle étiologique de l'isolement social. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé.

En años recientes se ha expuesto la necesidad de expandir la perspectiva epidemiológica ante las diversas dimensiones colectivas del daño sanitario, considerando sus múltiples orígenes e implicaciones.¹⁻⁶ Ante este reto, diversas son las propuestas y términos utilizados para matizar o complementar al de "epide-

miología", como epidemiología crítica,⁷ epidemiología social,^{8,9} epidemiología cultural,¹⁰ etnoepidemiología,^{11,12} ecoepidemiología,¹³ epidemiología popular¹⁴ y los planteamientos de salud colectiva.¹⁵ La literatura respectiva es abundante y de larga data, pero los problemas multidimensionales de índole sanitaria siguen ahí,

(1) Instituto Nacional de Antropología e Historia. Cuernavaca, Morelos, México.

Fecha de recibido: 13 de febrero de 2013 • **Fecha de aceptado:** 12 de julio de 2013

Autor de correspondencia: Dr. Paul Hersch-Martínez. Matamoros 14 Acapantzingo. 62440, Cuernavaca, Morelos, México.

Correo electrónico: osemos@gmail.com

recordándonos la necesidad de enfoques aplicativos y vinculantes. Este ensayo pretende destacar una perspectiva epidemiológica incluyente derivada de la diversidad de propuestas de expansión teórico-metodológica disponibles, con elementos definitorios y aplicativos.

¿Epidemiología sociocultural?

El planteamiento de una epidemiología sociocultural (ES) emana de diversas reformulaciones propuestas ante la necesidad de ampliar y profundizar la mirada epidemiológica, destacando la multiplicidad de escenarios y voces relativos al proceso salud-enfermedad y sus formas inherentes de atención-desatención. Un señalamiento es que la bioepidemiología se ha dedicado más a preguntas como ¿por qué se enferman los individuos?, que a inquirir por qué las poblaciones tienen un determinado perfil de salud o por qué determinados problemas predominan en determinadas poblaciones.^{4,5} Si bien etimológicamente el término "epidemiología" implica una perspectiva de globalidad, en la reflexión y la práctica esa amplitud identitaria ideal es constreñida precisamente por las condiciones sociopolíticas que determinan la construcción de disciplinas y campos de acción. A su vez, desde la antropología médica, resulta necesario un referente operativo y vinculante que oriente, articule y optimice sus aportes a la salud pública.¹⁶

Una somera revisión de lo que se entiende por "sociocultural" en la literatura biomédica denota su carácter polisémico e impreciso, reflejando su marginalidad en el paradigma epidemiológico actual, aunque la alusión al término en ese ámbito se ha incrementado consistentemente en los últimos 30 años.¹⁷ Al contrario de variables o indicadores unívocos, como la edad o la glicemia, "lo sociocultural" implica ámbitos y alcances diversos, y no existe acuerdo sobre qué factores lo conforman ni una definición epidemiológica operativa. Dicho término ha sido aplicado a factores que sin ser biológicos ni físicos inciden en la causalidad y diagnóstico de diversos padecimientos, o en el acceso, calidad y eficacia de los servicios asistenciales,¹⁷ lo que refleja la insuficiencia de abordajes disciplinarios convencionales al fragmentar la realidad social, a pesar de su naturaleza dinámica y sinérgica.^{18,19}

El término de epidemiología sociocultural empezó a utilizarse como tal o inferido en la descripción de factores socioculturales hace medio siglo en el ámbito psiquiátrico²⁰ y luego en el cardiovascular y oncológico.^{21,22} También fue propuesto inicialmente por Bibeau,²³ para integrar su estudio a la mirada epidemiológica, conjugando paradigmas y herramientas de las ciencias sociales y sanitarias, a lo que se han sumado luego otros autores.^{24,25} Esta propuesta ha tenido diversas lecturas,

desde las biomédicas que proponen el estudio de "lo sociocultural" para *complementar* la mirada epidemiológica con *perspectivas locales*, hasta la de que toda ES supone una revolución semántica cuando se plantea una definición de la enfermedad fundada en normas, valores, concepciones e ideologías propias de cada grupo étnico o social, incidentes en las representaciones de lo normal y lo anormal, lo tolerable y lo intolerable.²⁶

La ES constituye un referente operativo y analítico integrador, cuyo objetivo primordial es aplicar diversos métodos y aproximaciones en función de la dimensión multifactorial y colectiva de las enfermedades, tomando como uno de sus ejes la categoría del *daño evitable*, lo que implica su estudio, pero también la generación de medidas para enfrentarlo.¹⁶ Así, no se plantea aquí a la ES como una "nueva" disciplina, ni como referente que "supere" otras propuestas críticas, sino como herramienta conceptual y aplicativa basada en diversos medios descriptivos y analíticos, elegidos en función de la naturaleza de los problemas sanitarios. Como aproximación dialógica al fenómeno de la enfermedad como proceso colectivo, se nutre de saberes y recursos reconocidos y no reconocidos como científicos. En este marco, la salud constituye una expresión eminentemente relacional, sintetizando diversas esferas de la calidad de vida.

Centrar la atención en el daño evitable supone derivar en intervenciones de control de riesgo o limitación de daño, pero también reflexionar sobre cómo las percepciones populares sobre la vulnerabilidad se relacionan con la producción de saberes respecto al riesgo y el diseño de políticas integrales destinadas a su reducción.²⁷ En el plano práctico, la epidemiología, además de su consagrado arsenal cuantitativo, ha de beneficiarse de métodos y técnicas cualitativas. Sin embargo, su uso fragmentado y superficial, patente en la insuficiente descripción y análisis de los procesos socioculturales subyacentes a los problemas sanitarios, implica desaprovechar sus posibilidades inductivas. Fiel al principio de que son los métodos y técnicas los que deben adecuarse al problema en estudio y no a la inversa, la combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas, y la inclusión de propuestas que diversifican la vertiente cuantitativa, como el análisis de redes sociales,²⁸ el análisis cualitativo comparativo²⁹ y el planteamiento actual de la ciencia de las intervenciones en el ámbito comunitario³⁰ responderá a las condiciones específicas derivadas del análisis situacional del problema de investigación; es decir, ellas emergen como estrategia, no como receta para la indagación.^{31,32}

Diversos trabajos apuntan en México a una ES en construcción.³³⁻³⁷ En ella, lo "intercultural" no se aplica sólo a "realidades alternas" a la del investigador, ni está al margen de las dinámicas de clase, territorio y género. En los enfoques de género, no sólo rescata la voz de las

mujeres; en lo indígena, no excluye la situación de la población mestiza circundante. Es decir, atiende el contexto y el carácter intrínsecamente relacional en que se generan o potencializan procesos patogénicos de alcance colectivo.

La necesidad de una nueva práctica epidemiológica atañe a un reposicionamiento del quehacer científico ante la multiplicidad de aproximaciones a la realidad, no solamente en una actualización que cuestiona límites disciplinarios tradicionales, sino su marco epistemológico externalista y objetivista. Ello implica la inclusión de miradas "profanas" en la ciencia formal, pues la salud es un ámbito donde también se manifiestan reclamos de inclusión y pertinencia.

Así, la ES como propuesta interdisciplinaria de carácter dialógico, pretende contribuir al análisis de los problemas de salud mediante el concurso de diversos actores sociales y herramientas teóricas y prácticas, desarrolladas en las ciencias sociales, las biomédicas, las humanidades y las artes.

La ES incluye la alteridad de los saberes de *médicos clínicos aplicativos*, de *terapeutas no biomédicos* y de los *conjuntos sociales* con su propia experiencia respecto a la dimensión colectiva de la salud y la enfermedad, lo que es clave para el análisis sanitario en territorios específicos (figura 1). Sin ignorar la pertinencia de una Clasificación Internacional de Enfermedades, su papel referencial introduce un sesgo, al sólo considerar entidades nosológicas reconocidas en ese paradigma. Dicho sesgo bioepidemiológico se incrementa en comunidades rurales e indígenas ante problemas de salud que, aunque percibidos como tales por la población, no son detectados en la nosotaxonomía oficial. De ello resultan

situaciones de susceptibilidad, riesgo y enfermedad no caracterizadas epidemiológicamente como necesidades de atención,^{38,39} soslayando categorías significantes como el *padecimiento* y el *malestar*,⁴⁰ o perfiles fisiológicos y fisiopatológicos predisponentes, como la sobrecarga cortico-suprarrenal o pancreática en estados de estrés o de malnutrición hipercalórica, respectivamente,⁴¹ con distribución social diferencial.

A su vez, la ES pretende el estudio de los factores de riesgo en una clave preventiva estructural, considerando a la realidad biológica y ambiental en su íntima relación con la cultura y las relaciones socioeconómicas y políticas. Su eje teórico asume como objeto de estudio un proceso dinámico que nunca se expresa como una "historia natural de la enfermedad" ajena a las relaciones sociales; de ahí que el eje *atención-desatención* ha de ser también analizado explícitamente como tal. En este sentido, los procesos de salud-enfermedad y de atención-desatención están siempre mediados simbólicamente, manteniendo connotaciones tan trascendentes como las emanadas de los factores biológicos, pues expresan y motivan relaciones, conflictos, intereses y valores de raigambre política y cultural.⁴² La ES pretende reconocer además el papel que juegan la teoría y los valores de los diversos actores –investigadores incluidos– en la evaluación de problemas sanitarios y aspectos estructurales que definen el perfil epidemiológico más allá de su significación estadística, con el fin explícito de incidir propositivamente en ellos. Ello no supone soslayar la dimensión individual de los procesos articulados de salud-enfermedad y atención-desatención ni su expresión cuantitativa, sino integrar

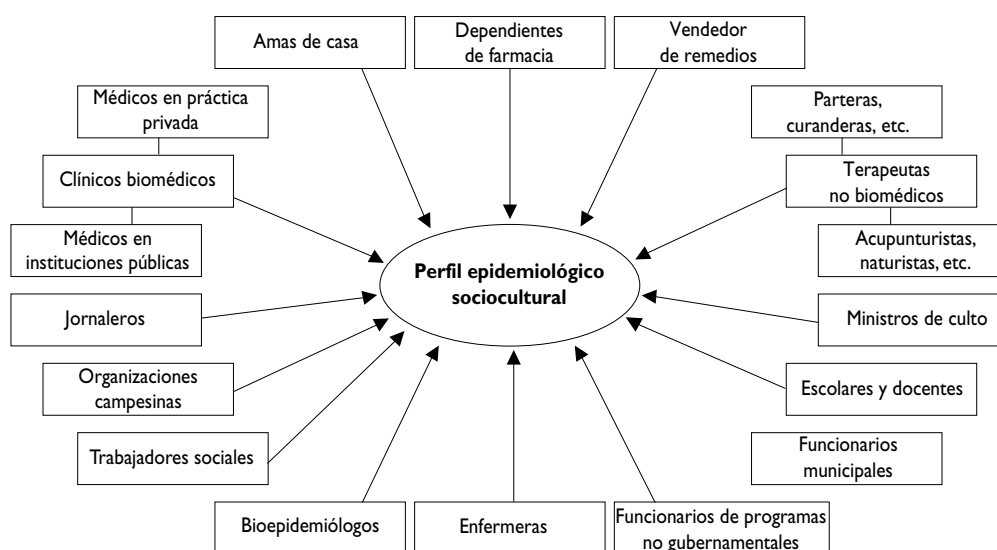


FIGURA 1. ALGUNAS FUENTES REFERENCIALES EN EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO SOCIOCULTURAL

tal dimensión con sus determinantes socioculturales (figura 2). En síntesis, toda esa articulación constituye la tarea de una ES, entre cuyas categorías obligadas está la de sinergia, al relacionar la concatenación de varios factores causales de enfermedad con el modo y curso de vida, enfatizando la *susceptibilidad general*⁴³ como referente cercano al concepto de *sindemia*, utilizado para explicar la comorbilidad por la influencia de múltiples factores.⁴⁴ Aparecen así lazos con propuestas incluyentes y relacionales, como los sistemas locales de salud,⁴⁵ la psico-neuroinmunología,⁴⁶ la endobiogenia –relativa a la particularidad fisiológica dinámica de cada individuo–⁴¹ y las nuevas reformulaciones de la geografía médica.⁴⁷

Aplicabilidad

En cuanto a los requerimientos aplicativos de la ES, recordando el papel de la epidemiología como herramienta formativa y emancipadora, resulta determinante su articulación con procesos y escenarios sociales concretos y localizados. Aquí emerge la tradición de prácticas sanitarias participativas en América Latina, en tareas de diagnóstico situacional, gestión de recursos, diseño de intervenciones, prestación de servicios, análisis de riesgos y evaluación de resultados.⁴⁸⁻⁵¹

La fundamentación de una nueva teoría y práctica epidemiológicas requiere ampliar y profundizar su ámbito sin distanciarse de los aportes de las investigaciones biomédicas, integrándolos con los resultados de las ciencias sociales en el mismo campo de conocimiento para generar una visión sintética de los fenómenos sanitarios. En el plano metodológico, ello no sólo implica cambios sustantivos en la formación de recursos, sino un diálogo de saberes cuyo foco son los problemas, más que las disciplinas.

En diversos niveles, la ES supone no sólo una reflexión crítica sobre las consecuencias de las investigaciones epidemiológicas y sociosanitarias, sino su

articulación en procesos de reivindicación, organización y gobierno local y regional. Aunque esta vinculación es reconocida como eje en el área aplicativa sanitaria, aún son muchos los obstáculos que impiden una interlocución fructífera, dadas las divergencias entre epidemiólogos y científicos sociales, con lenguajes y concepciones disímiles sobre el objeto "salud" y su desvinculación con procesos de base, como si el problema fuese estrictamente disciplinario y no de participación social. De ahí que resulta fundamental generar materiales y propuestas de convergencia en espacios diversos, involucrando no solamente al sector académico –formación, investigación– y de servicios, sino particularmente procesos organizativos con la población y con ámbitos de deliberación política local, municipal y regional.

El mismo esquema estratificado puede proponerse respecto a los saberes locales, propiciando que los actores significantes se expresen en las investigaciones y en la gestión de servicios, incorporando sus competencias y perspectivas en la aplicación de instrumentos –encuestas, entrevistas, historias de vida– o en formatos de participación, destacando el diseño de instrumentos, la evaluación de resultados y recomendaciones, y en particular, la atención o construcción de instancias y *plataformas de interlocución* (comisiones de salud, regidurías, comisariados comunales y ejidales).

En este sentido, una perspectiva epidemiológica incluyente –la epidemiología que reclama el campo de la salud colectiva– propicia la construcción de una interfase de saberes y prácticas en salud, mas que una incorporación mecánica de métodos cualitativos complementarios a la estadística, reconociendo la relación entre los hallazgos etnográficos y los determinantes que cada problema sanitario muestra y por tanto, la correspondiente estructura y dinámica social que los sustenta. Aquí resulta determinante el abordaje metodológico propuesto por Bibeau, centrado en las narrativas locales complementadas y su correlato con los dispositivos patogénicos estructurales,⁵² a lo cual cabe añadir el estudio de los *itinerarios de desatención*. Ante la complejidad de los problemas sanitarios, los saberes locales y los procesos de participación, como realidades interdependientes, resultan imprescindibles para comprender y abordar las interrelaciones causales de la enfermedad. Aunque ello se enfrenta a la tradición monológica de las disciplinas académicas, en América Latina las experiencias participativas y de investigación-acción constituyen una veta relevante.⁵³

Discusión

Cabe entonces reformular las preguntas sobre el quehacer epidemiológico surgidas desde la perspectiva académica,

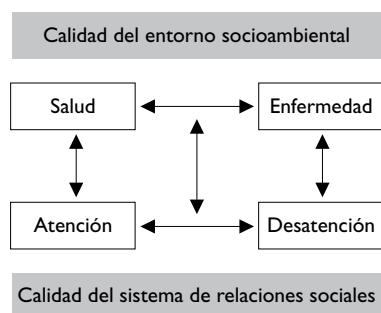


FIGURA 2. ARTICULACIÓN ENTRE EJES SALUD-ENFERMEDAD Y ATENCIÓN-DESATENCIÓN

cotejadas con la visión de actores significantes, definidos en función del problema específico de salud y de sus contextos locales y regionales. Ello no implica solamente preguntarnos en qué medida lo que la bioepidemiología identifica como *factor individual de riesgo* es de matriz social o cultural, sino focalizar los *escenarios de riesgo* de donde emanan ese y otros factores; no sólo inquiriere cómo se traduce en el análisis de situaciones locales la noción de *estilo de vida*, sino su dimensión política y subjetiva; tampoco indaga solamente qué utilidad tendría para la epidemiología conocer los modelos explicativos de las enfermedades generados fuera del paradigma biomédico,³⁹ sino su trascendencia epidemiológica en términos de daño evitable; no sólo explora las prioridades en prevención y atención, sino quiénes son sus actores sociales imprescindibles; no sólo averigua quién debe formular las categorías de *medición de impacto*, sino en qué tipo y calidad de escenarios sociales se plantea ese impacto, ni qué desafíos supone impulsar acciones sanitarias a partir de especificidades y perspectivas locales, sino cuáles son los obstáculos políticos inherentes a ese impulso. Las respuestas a ello no sólo pueden ser generadas desde análisis situacionales específicos, sino desde experiencias y procesos aplicativos territorialmente delimitados.^{54,55}

Dada la necesidad de atender eficazmente el daño evitable en poblaciones vulnerables, las definiciones mismas de evitabilidad y vulnerabilidad han de ser reformuladas a partir de una expansión conceptual y en particular aplicativa. El cuadro I sintetiza así elementos

definitorios y potenciales para una ES, agrupados en términos de su *objeto*, *método* y *proyección*. Es evidente en algunos rubros su carácter exploratorio mayor.

Conclusiones

¿Cómo puede operar entonces una epidemiología incluyente? Su aplicación remite a elementos referenciales (cuadro I), donde la ES:

- Estudia procesos y no sólo cortes (enfermedades, muertes): más que centrarse en la muerte o la enfermedad en sí, atiende el contexto social y cultural de la vida de la persona que enferma, es desatendida en alguna dimensión o muere.
- Incluye como categoría central una definición operativa del daño evitable en diversas situaciones y escenarios patogénicos de alcance colectivo.
- Indaga cómo operan los modelos médicos en la patología de alcance colectivo.
- Explora no sólo el contexto múltiple del daño, sino cómo opera ese daño en diversos escenarios sociales: analiza por su relevancia epidemiológica sus efectos en los colectivos humanos y sus territorios de referencia (como los alcances cuali-cuantitativos del alcoholismo, la migración, la violencia o la enfermedad crónica en el colectivo del enfermo, o los de la muerte infantil o materna en el colectivo de ese infante o de esa madre fallecidos).

Cuadro I

ELEMENTOS DEFINITORIOS Y POTENCIALES PARA UNA EPIDEMIOLOGÍA SOCIOCULTURAL

De objeto

- parte de una definición eminentemente relacional y por lo tanto también política de la salud
- se nutre de saberes (representaciones y prácticas) y recursos reconocidos como científicos, pero también de saberes y recursos locales y/o no reconocidos como tales
- reconoce como referente la articulación procesal de los ejes salud-enfermedad y atención-desatención
- reconoce y explora los elementos simbólicos como origen de hechos de relevancia epidemiológica
- reconoce dimensiones complementarias e inherentes en la morbilidad: enfermedad, padecimiento, malestar; incorporando en su horizonte la dimensión sanitaria de las emociones y los afectos, además de las alteraciones propiamente físicas y reconociendo la articulación posible entre ellas
- focaliza y destaca expresiones concretas de la *no existencia* sanitaria generada desde la biomedicina
- aborda como uno de sus ejes de referencia a la figura del daño evitable
- explora como categorías epidemiológicas básicas las de *contexto* y *sinergia*
- explora la relevancia de los valores en la evaluación de los problemas de salud
- más que enfocarse en factores de riesgo, focaliza sistemáticamente *escenarios de riesgo*

De método

- define las herramientas en función de los problemas de salud y no de disciplinas determinadas. En ello tienen cabida recursos teóricos y prácticos de las ciencias sociales y las biológicas, de las etnociencias y también de las humanidades y las artes
- incorpora sistemáticamente las perspectivas y experiencias de diversos actores sociales
- integra y/o articula aproximaciones cuantitativas y cualitativas
- implica el estudio de los fenómenos, pero también la generación de medidas para enfrentarlos

De proyección

- orienta los estudios de antropología médica y de ciencias sociales en salud en una dirección aplicativa
- se vincula con propuestas y campos sanitarios incluyentes: sistemas locales de salud, geografía médica, psiconeuroinmunología, endobiogenia, etcétera
- se articula con procesos políticos implícita y explícitamente
- reconoce al territorio redimensionado como elemento referencial fundamental

- Clasifica los diversos daños evitables en términos de su causalidad, profundizando la noción de evitabilidad. En ello destacan las *auditorías de daño evitable* aplicadas por Serra a la mortalidad materno-infantil, integrando la investigación con la reflexión comunitaria.⁵⁴ Reconoce a la *desigualdad* y la *exclusión* como referentes en sus diversas manifestaciones y matices. Por ejemplo, cómo un ser humano y no otro es orillado a entrar en circuitos y eslabones críticos de vulnerabilidad⁵⁶ en función de escenarios de riesgo y desatención que generen vulnerabilidad artificial. Ello supone indagar específicamente cómo se distribuye diferencial y explícitamente la desatención en sus diversos matices y alcances. En casos extremos, el fallecimiento de un migrante, un policía, un narcodistribuidor, o una madre desangrada por abandono o impericia, ejemplifican categóricamente escenarios de riesgo y vulnerabilidades contruidos socialmente.
- Desagrega variables siguiendo el contexto multidimensional de los escenarios de riesgo, incluido el riesgo determinante de desatención, para no encubrir con promedios distribuciones diferenciales: perfiles epidemiológicos por asentamiento, región, etnia, clase, género, entorno ambiental, rompiendo la falacia del "perfil epidemiológico de un país", un grupo etario o una entidad federativa, al evidenciar la diversidad sistemática de variantes y escenarios de riesgo. La epidemiología, fiel a su cometido, será una ciencia que revele los muchos perfiles epidemiológicos, y en la realidad nacional y latinoamericana, una herramienta fundamental. Esto no es un hecho hoy: recordemos, por ejemplo, el soslayo de la morbilidad laboral o la inexistencia contruida de desagregación por etnia en las defunciones.

¿Qué estrategias inmediatas demanda para su concreción una epidemiología incluyente? Podemos aventurar dos: a) constituir grupos de trabajo apoyados en *habilidades, sensibilidades y competencias dialógicas*, y b) vincularlos con movimientos regionales, procesos reivindicativos por género, etnia, condición laboral o clase, o colectivos cohesionados ante problemas sociosanitarios específicos. De acuerdo con la realidad latinoamericana, la ES –que incorpora necesariamente herramientas de la bioepidemiología– tiene un papel fundamental en el abordaje de problemas sanitarios actuales, como los relativos a la salud mental, la violencia endémica, el racismo o la migración, las diversas adicciones o el VIH sida, los daños por condiciones laborales o por la preeminencia de intereses económicos en la industria alimentaria o farmacéutica, o por las agresiones ambientales en incremento, y también en aquellos donde resulta determinante

la dinámica de los afectos y las emociones, permeada también por la organización social y la cultura.

Por su abierto carácter político, la ES enfatiza la intervención, recordando que los problemas epidemiológicos se estudian para su resolución, lo que define el proceso mismo de estudio; es decir, se articula con un redimensionamiento reflejo de la salud pública. El reconocimiento de escenarios de riesgo específicos tiene una derivación participativa, al incluir las percepciones de la población y al convocarla en el diagnóstico y resolución de los problemas sanitarios, si se propician condiciones para que los colectivos organizados recurran a sus herramientas. Ello diversifica la información de relevancia epidemiológica, focaliza la dinámica entre información y desinformación contruida como factor crítico para la salud pública y explora la causalidad política del subregistro de los daños.

Agradecimientos

Trabajo apoyado por Conacyt (proyecto clave 101990). Agradezco los comentarios esenciales formulados por Jaime Serra (qepd), las discusiones con Cristina Larrea y Armando Haro y las pertinentes observaciones de los revisores.

Declaración de conflicto de intereses: El autor declaró no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Breilh J. Latin American critical ('Social') epidemiology: new settings for an old dream. *Int J Epidemiol* 2008;37(4):745-750.
2. Almeida-Filho N. La ciencia tímida. Ensayos de deconstrucción de la epidemiología. Buenos Aires: Lugar, 2000.
3. Krieger N. Questioning epidemiology: objectivity, advocacy and socially responsible science. *Am J Public Health* 1999;89(8):1151-3.
4. Barreto MI, Alves PC. O coletivo versus o individual na epidemiologia: contradição o síntese? En: *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Belo Horizonte-Rio de Janeiro, 1994:129-135.
5. Castellanos PL. Epidemiologia, Saúde Publica, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. En: Barata RB (org). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, 1997.
6. Taubes G. Epidemiology faces its limits. *Science* 1995;269:164-9.
7. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar, 2003.
8. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health* 2001;44:693-700.
9. Barata RB. Epidemiologia social. *Rev Bras Epidemiol* 2005;8(1):7-17.
10. Weiss MG. Cultural epidemiology: an introduction and overview. *Anthropol Med* 2001;8:5-29.
11. Almeida-Filho N. Por una etnoepidemiología (Esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico). *Cuad Med Soc* 1992;61:43-47.
12. Fernandes RCP. Uma leitura sobre a perspectiva etnoepidemiológica. *Ciência & Saúde Coletiva* 2003;8(3):765-774.
13. Susser M, Susser E. Choosing a Future for Epidemiology: II. From Black Box to Chinese Boxes and Eco-Epidemiology. *Am J Public Health* 1996;86(5):674-677.

14. Martínez Alier J. El ecologismo de los pobres. Barcelona: Icaria/Antrazyt/Flacso, 2004.
15. Granda E. La salud pública y las metáforas sobre la vida. *Rev Fac Nac Salud Publica* 2000;18(2):83-100.
16. Hersch-Martínez P, Haro JA. ¿Epidemiología sociocultural o antropología médica? Algunos ejes para un debate disciplinar. VII Coloquio REDAM, Tarragona, 2007 [consultado 2013 febrero 4] Disponible en: <http://www.colson.edu.mx:8080/portales/portales218/epidemiologia%20sociocultural.pdf>
17. Hersch-Martínez P. La representación de lo sociocultural desde la perspectiva biomédica. Una revisión de publicaciones en torno al tema. *Región y Sociedad* 2008; núm. esp. 2,20(2):163-264.
18. Wallerstein I. Impensar las ciencias sociales. Límites de los paradigmas decimonónicos. México: Siglo XXI, 1998.
19. González-Casanova P. Reestructuración de las ciencias sociales: hacia un nuevo paradigma. En: Ciencias sociales: algunos conceptos básicos. México: Siglo XXI, 1999, 3-25.
20. Hoch P, Zubin J (eds). *Comparative Epidemiology of Mental Disorders*. Nueva York: Grune & Stratton, 1961.
21. Smith T. Social Stress and Cardiovascular Disease. Factors Involving Sociocultural Incongruity and Change. A Review of Empirical Findings. *Milbank Mem Fund Q* 1967;45(2):suppl:23-39.
22. Breslow L, Hochstim JR. Sociocultural Aspects of Cervical Cytology in Alameda County, California. *Public Health Reports* 1964;79:107-112.
23. Bibeau G. Préalables à une épidémiologie anthropologique de la dépression. *Psychopathologie Africaine* 1981;18(1-3):96-112.
24. Massé R. Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie: le cas du rôle étiologique de l'isolement social. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé* 1995;2(1):102-117.
25. Menéndez E. Antropología médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural. En: *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS, 1990, 24-49.
26. Bibeau G, Corin E. Culturaliser l'épidémiologie psychiatrique: les systèmes de signes, de sens et d'actions en santé mentale. En: Trudel F, P Charest P, Breton Y (eds). *La construction de l'anthropologie québécoise, Eluges offerts à Marc-Adéland Tremblay*. Sainte-Foy: Les Presses de l'Université Laval, 1995, 105-148.
27. Nichter M. Reducción del daño. Una preocupación central para la antropología médica. *Desacatos* 2006;20:109-132.
28. Christakis NA, Fowler JH. Social network visualization in epidemiology. *Norsk Epidemiologi* 2009;19(1):5-16.
29. Warren J, Wistow J, Bambra C. Applying qualitative comparative analysis (QCA) in public health: a case study of a health improvement service for long-term incapacity benefit recipients. *J Public Health (Oxf)* 2013 mayo 3.
30. Trickett EJ, Beehler S, Deutsch C, Green L, Hawe P, Mcleeroy K, et al. Advancing the science of community-level interventions. *Am J Public Health* 2011;101(8):1410-9.
31. Muntaner C, Gómez MB. Qualitative and quantitative research in social epidemiology: is complementarity the only issue? *Gac Sanit* 2003;17 supl. 3:53-57.
32. Minayo MC de S. A complex social approach on methodology. En: *Health challenges on the third millennium*. Gürsoy A (ed), Estambul: Yeditepe University, 2005, 253-263.
33. González-Chávez L, Hersch-Martínez P. Aportes para la construcción del perfil epidemiológico sociocultural de una comunidad rural. *Salud Publica Mex* 1993;35:393-402.
34. Freyermuth G. Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y generación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad. México: CIESAS/INM/Comité por una Maternidad Voluntaria y Sin Riesgos en Chiapas: Porrúa, 2003.
35. Sesia P, Hernández R, Zentella A. Salud Materna en el Programa Oportunidades: Alcances y Limitaciones del Programa en Municipios Indígenas de Oaxaca. México: Instituto Nacional de Desarrollo Social, 2007.
36. Menéndez E. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad* 2008;20 núm. esp. 2:5-50.
37. Haro JA (org). *Epidemiología Sociocultural. Un diálogo en torno a su sentido, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar, 2010.
38. Rubel AJ. The Epidemiology of a Folk Illness: Susto in Hispanic America. *Ethnology* 1964;3:268-283.
39. Hersch P, González L. Enfermar sin permiso. Un ensayo de epidemiología sociocultural a propósito de seis entidades nosológicas de raigambrenahua en la colindancia de Guerrero, Morelos y Puebla. México: INAH, 2011.
40. Kleinman A. *Writing at the Margin. Discourse Between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press, 1995.
41. Duraffourd C, Lapraz JC. *Traité de Phytothérapie Clinique. Médecine et Endobiogénie*. Paris: Masson, 2002.
42. Samaja J. *Epistemología de la salud. Reproducción social, subjetividad y transdisciplina*. Buenos Aires: Lugar, 2004.
43. Najman JM. Theories of disease causation and the concept of a general susceptibility: a review. *Soc Sci Med* 1980;14A:231-237.
44. Singer M, Clair S. Syndemics and Public Health. Reconceptualizing Disease in Bio-Social Context. *Med Anthropol Q* 2003;17(4):423-441.
45. De Roux G, Pedersen D, Pons P, Pracilio H. Participación social y sistemas locales de salud. En: Paganini JM, Capote R (eds). *Los sistemas locales de salud*. Publ. Cient. 519. Washington: OPS, 1990, 28-49.
46. Ader R. On the development of psychoneuroimmunology. *Eur J Pharmacol* 2000;405:167-176.
47. Cutchin MP. The Need for the 'New Health Geography' in Epidemiologic Studies of Environment and Health. *Health Place* 2007;13(3):725-742.
48. Laurell AC. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuad Med Soc* 1986;37:3-18.
49. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social Medicine Then and Now: Lessons from Latin America. *Am J Public Health* 2001;91(10):1592-1601.
50. Krieger N. Latin American Social Medicine: The Quest for Social Justice and Public Health. *Am J Public Health* 2001;93(12):1989-1991.
51. Barreto ML. The globalization of epidemiology: critical thoughts from Latin America. *Int J Epidemiol* 2004;33:1132-1137.
52. Bibeau G. ¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. En: Pinzón CE y cols (eds) *Cultura y salud en la construcción de las Américas. Reflexiones sobre el sujeto social*. Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura, 1992, 41-69.
53. Barreto ML, Almeida-Filho N, Breihl J. 2001. Epidemiology is more than discourse: critical thoughts from Latin America. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:158-159.
54. Serra J, Brenes C. Recuperación crítica de indicadores socioeconómicos. La experiencia del Programa de Salud Comunitaria Hospital sin paredes. En: *Centroamérica. Indicadores socioeconómicos para el desarrollo*, San José: Flacso, 1983, 269-303.
55. Serra J. Centros interdisciplinarios para el desarrollo local, Programa Internado Rural. En: *Educando para la responsabilidad social*, Santiago: Programa Universidad Construye País, 2003, 134-146.
56. Núñez-Urquiza RM. Using critical link methodology in health-care systems to prevent maternal deaths. *The State of the World's Children 2009*. Nueva York: UNICEF, 2008, 73.