

## **Investigación Cualitativa y Epidemiología de las Enfermedades Infecciosas en América Latina**

Carlos Julio González Colonia.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Departamento de Medicina Comunitaria, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia.*

*Rev Panam Enf Inf* 2018; 1(1):4-7.

Recibido 8 Septiembre 2018 – Aceptado 9 Septiembre 2018.

Copyright © 2018 González Colonia. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Bien conocida es la relación entre las enfermedades infecciosas y los procesos de colonización que sucedieron a partir de la llegada de habitantes del viejo mundo a las entonces llamadas Indias Occidentales en 1492, y que al parecer coadyuvaron en la debacle poblacional de innumerables grupos étnicos que tan solo 100 años después del contacto habían disminuido su población en un 90% [1-6]. Hasta tiempos muy recientes se vienen haciendo investigaciones que, en clave epidemiológica, pretenden demostrar el papel que este tipo de enfermedades jugó en la debacle poblacional indígena, concentrándose, por ejemplo, en el contacto directo entre misioneros españoles y pobladores originarios [3-16].

No obstante olvidamos con inexplicable facilidad que la totalidad de las poblaciones que sufren de marginación socioeconómica en los actuales países latinoamericanos, y en muchos otros países del etnocéntricamente llamado “primer mundo”, poseen un vínculo genético e histórico con aquellas poblaciones aborígenes americanas que desde hace 500 años iniciaron el proceso de formación de su actual condición marginal, que ubica a sus descendientes mestizos (sumémosle a este proceso histórico el mestizaje biológico y social resultante de la convivencia con africanos esclavizados) en los cinturones de miseria de las grandes ciudades latinoamericanas. Esto no quiere decir que los indígenas americanos ya no existan como tales debido a que se han convertido en los pobres de las grandes ciudades del globalizado mundo actual.

De hecho, existen miles de poblaciones indígenas, pequeñas y aisladas, que viven hoy en territorios selváticos, y que siguen experimentando los rigores de

las enfermedades infecciosas que no han cesado de manifestarse, a través del tiempo histórico, desde los primeros contactos con los europeos [8].

A pesar lo anterior, no es común que la epidemiología de las enfermedades infecciosas incorpore en sus investigaciones el problema del sufrimiento humano creado por las desigualdades sociales. De hecho, algunos investigadores señalan “[...] que los estudios epidemiológicos no documentan ni analizan información sobre enfermedad en términos de sufrimiento humano” [12], desconociendo la clara relación que las enfermedades infecciosas tienen con la pobreza. Esta dupla correlativa ha sido ampliamente reconocida por las ciencias sociales [17]. Y esto es importante porque, como lo dijimos arriba, buena parte de los pobres actuales en muchos países del mundo, son producto social de un largo proceso histórico de formación de estructuras planetarias de desigualdad económica y política.

En este orden de ideas considero que algunos autores señalan, a mi juicio de manera errónea, que la necesidad del uso de métodos cualitativos en epidemiología, apareció cuando se practicó un cambio de paradigma en la morbimortalidad de los países desarrollados después de concluida la segunda guerra mundial [14]. Según este argumento, debido al avance científico médico en estos países, se habría pasado de un contexto social signado por las enfermedades infecciosas, a otro en el que comenzaron a emerger las enfermedades crónicas y degenerativas, lo que a su vez habría obligado a pasar de modelos de explicación unicausal de las enfermedades epidémicas a modelos multicausales que implicaron el reconocimiento de factores de riesgo, más allá de la simple relación entre el agente patógeno y el huésped,

reconociendo así, por primera vez, el papel jugado por la conducta individual, socialmente orientada, en la adquisición de este tipo de enfermedades [14].

Pero, muy al contrario, lo que vemos en la realidad actual de la vida social de nuestros países latinoamericanos, es que hay una relación directa entre los procesos sociales, históricos, culturales, económicos y políticos, y la prevalencia de enfermedades infecciosas en poblaciones signadas por múltiples formas de exclusión social. Y esto poco tiene que ver con la conducta individual autónoma de las personas. Se dirá que la razón de la prevalencia de enfermedades infecciosas en las capas más pobres de las poblaciones de las actuales ciudades latinoamericanas, no tiene que ver con procesos sociales como los por mí señalados, sino con el “hecho” de que nuestra región no ha llegado aún al “nivel de desarrollo” de los países del “primer mundo”, como si el problema se solucionara mediante la evolución de las sociedades que deben orientarse inexorablemente hacia el modelo de desarrollo económico de esos países.

El problema de este último argumento consiste en que naturaliza lo que en realidad son procesos históricos diversos que no necesariamente tendrían que imitar el proceso histórico de formación de las actuales sociedades europeas y estadounidenses. Cada sociedad ha tenido y seguirá teniendo su particular proceso histórico de formación, y en todo caso nada indica que exista una única dirección en la que ese proceso debería suceder para poder erradicar las enfermedades infecciosas. De hecho, es en las sociedades europeas y estadounidenses actuales donde mejor se ven los procesos sociales de segregación racial y económica en relación a la presencia de enfermedades que la medicina moderna está en condiciones de erradicar. Tal es el caso de los afroamericanos habitantes de barrios desfavorecidos en los estados unidos descritos en un interesante artículo de Muntaner y Gómez [13].

Creo que un involucramiento serio de los métodos cualitativos de investigación al interior de la epidemiología de las enfermedades infecciosas, la desembrujaría de su tradicional visión naturalista de la sociedad como evolucionando hacia un desarrollo económico liberador de las patologías de la pobreza, y más bien la capacitaría para ver las causas sociales de esas patologías en el centro mismo del desarrollo económico. Al fin y al cabo, la epidemiología podría compartir con las ciencias sociales el propósito de entender cómo se distribuyen las enfermedades en la sociedad. Sólo le hace falta ser capaz de ir más allá del señalamiento estadístico de la prevalencia o de la

incidencia, quedándose satisfecha con la simple respuesta sobre en qué medida o con qué intensidad ocurre determinada enfermedad en una población dada [5], para ir más lejos a explorar las condiciones sociales en las que se produce dicha prevalencia o incidencia.

Para la antropóloga médica Marcia Inhorn, especialista en enfermedades infecciosas, tanto la epidemiología como la antropología son disciplinas observacionales y no experimentales, para las cuales la palabra del encuestado o del informante (el nativo de la condición específica estudiada) es la principal fuente de información [10]. En este sentido sería interesante colocar en el centro de una epidemiología de las enfermedades infecciosas, el desafío de superar el hecho de que los métodos estadísticos eliminan los significados personales que los entrevistados tienen respecto de los datos que los encuestadores les solicitan.

Las relaciones sociales que explican estos significados personales, no son aleatorias, es decir, las personas no se relacionan entre sí por azar estadístico, y esto es lo que presuponen los epidemiólogos cuando confían en sus bases de datos basadas en encuestas [12]. Pero resulta que una de las propiedades específicas de la vida social consiste en que las personas se relacionan al interior de redes de significados comunes [9]. Así que una epidemiología que sólo se oriente por metodologías cuantitativas, claramente basadas en el modo de conocimiento de las ciencias naturales, hacen que categorías como estrato socioeconómico, nivel de ingreso, grupo étnico, grupo de edad, vivienda rural, vivienda urbana, sexo o género, todas ellas y muchas otras, producto de procesos socio históricos y culturales, aparezcan como categorías científicas universales, es decir, sin cultura y sin historia.

Dicho sea de paso, que tratar categorías sociales como si fueran variables que pueden ser correlacionadas estadísticamente, no significa estar produciendo información sobre los aspectos económico-políticos, culturales y sociales que constituyen el contexto de ocurrencia, y por ello la causa social, de los problemas epidemiológicos investigados. Una epidemiología que tome en serio la posibilidad de dialogar con los métodos cualitativos, debe problematizar los supuestos teóricos del epidemiólogo, de tal suerte que los aspectos sociales, culturales, económicos, políticos, biológicos y ecológicos del fenómeno que desee estudiar, no aparezcan a su entendimiento como variables realmente recortadas de lo real, sino como procesos sociales integrados [12], lo cual implicaría dejar de tratar a la información estadística como si esta señalara aspectos inconexos de una realidad objetiva [12].

Otro aspecto en el que se puede observar la inconveniencia de hacer una epidemiología de las enfermedades infecciosas solamente basada en datos estadísticos, es la no reflexión metodológica acostumbrada entre los epidemiólogos, sobre los supuestos profesionales que orientaron las preguntas de las encuestas diseñadas y aplicadas, o sobre las condiciones sociales en que fueron diligenciadas las historias clínicas a partir de las cuales se produjeron las bases de datos en las que se fundamentaron sus investigaciones. Una excelente investigación que muestra las condiciones sociales en las que es construido el dato epidemiológico y que nos alerta sobre lo poco confiables que pueden ser estos datos, es la de Ramírez [15].

Otra consecuencia evidente de la no utilización de métodos cualitativos en este tipo de epidemiología, es la omisión de la conexión histórica y presente que este tipo de enfermedades sostiene con fenómenos como el racismo y el clasismo, los cuales siempre operan juntos en procesos socio históricos de empobrecimiento de grupos de personas que hoy son incapaces de proveerse de los recursos económico-culturales necesarios para vivir bien. De allí que no se resuelvan interrogantes acerca del por qué son precisamente las personas que pertenecen a grupos socialmente marginados, claramente conectados históricamente con los pueblos indígenas o afrodescendientes subalternizados desde tiempos coloniales en muchos lugares del mundo, las que más padecen este tipo de enfermedades en la actualidad. Un artículo que logra colocar en el centro de su análisis el problema del racismo en la epidemiología de la infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y de la Tuberculosis en Haití y en algunos países africanos, es el de Castro y Farmer [4]. Otro artículo que muestra el papel que juega el clasismo en la causa de una epidemia de Cólera en el archipiélago de Micronesia es el de Yamada y Palmer [18]. Y en general artículos que muestran el papel de la violencia estructural creadora de desigualdades sociales, o el de los procesos de globalización, en la epidemiología de las enfermedades infecciosas emergentes en países de América latina y el Caribe, son el de Carmona y Correa [2], el de Farmer [7] y el de Llambías [11].

Todo esto nos alerta sobre la utilidad práctica de aproximar a la epidemiología de las enfermedades infecciosas con los métodos cualitativos de investigación. Es por ello que para finalizar me referiré brevemente a las características metodológicas de una epidemiología que desde hace algunos años viene reflexionando sobre cómo integrar los conocimientos de

las ciencias sociales a su quehacer investigativo. Se trata de la denominada epidemiología intercultural o culturalmente segura. La siguiente lista, inspirada en las reflexiones contenidas en el artículo de Cameron *et al* [1], se puede considerar un resumen de las cuestiones que considero deberán ser resueltas para lograr realizar una investigación epidemiológica cualitativa.

1- No es útil suponer que el método científico sea superior a los “otros” modos de conocer ostentados por los sujetos de un estudio epidemiológico. Quizás esos modos “otros” de conocimiento nos provean de las claves para entender mejor los problemas de salud a los que se enfrentan dichos sujetos.

2- Un grupo de individuos sujetos a una sociedad determinada no se encuentran esperando que los científicos los ayuden a encarrilarse en una línea ideal de desarrollo económico, político y cultural, en el que la ciencia resolverá los problemas que causan su actual padecimiento. Por el contrario, es la persecución irreflexiva de esa línea ideal de desarrollo económico, político y cultural, la que explica el origen de las circunstancias al interior de las cuales surgen esos padecimientos.

3- Cada sociedad es el producto de un proceso histórico de formación diferente, y es en ese proceso histórico donde se pueden rastrear las condiciones de producción de sus enfermedades actuales.

4- Describir grupos de individuos pobres actuales, descendientes de grupos culturales diversos subalternizados en pasados históricos coloniales, como culpables conductuales de las enfermedades que padecen, es una forma de estereotipo discriminatorio.

5- Las sociedades son diversas en su interior y por ello no se pueden pensar como gobernadas por costumbres o creencias culturales homogéneas, invariables y eternas. Esto es un esencialismo que suele hacer que el epidemiólogo cometa el error de culpabilizar a la cultura o a los estilos de vida derivados de ella, de la prevalencia o incidencia de tal o cual enfermedad en un contexto particular.

6- Es fundamental valorar la perspectiva de las personas que van a ser sujetos de una investigación epidemiológica, sobre las circunstancias en las que emerge su propio padecimiento. Esto incrementaría la conciencia del investigador sobre las condiciones sociales en las que viven sus informantes.

7- Es necesario que el investigador sea capaz de reconocer la posición social y política del grupo sujeto de investigación epidemiológica, al interior de la sociedad a la que pertenece. Pero también debe ser capaz de reconocer el desequilibrio de poder existente entre el

investigador y sus sujetos de investigación, respecto de, por ejemplo, el control que el grupo tiene de los objetivos de la investigación.

8- Tomar en cuenta la experiencia que los grupos sujetos de investigación tienen de la vida en sus propios contextos sociales, le permite al investigador reflexionar sobre los límites y alcances de sus propias prácticas de investigación, y sobre el impacto de su posición teórica sobre el conocimiento que genera.

9- La investigación epidemiológica cualitativa puede involucrar a los sujetos de estudio en la construcción de los objetivos de la investigación, de tal manera que ellos mismos se interesen en la superación colectiva del problema a partir del nuevo conocimiento obtenido.

10- Cambiar la dirección de la mirada del investigador de los factores de riesgo, hacia la forma como los sujetos de investigación intentan resolver los problemas de salud que los aquejan, puede mejorar la participación activa de los informantes y su deseo de encontrar conjuntamente con los investigadores soluciones para mejorar su condición.

## Referencias

1. Cameron, M., N. Andersson, I. McDowell y R. J. Ledogar. 2010. Culturally safe epidemiology: ¿oxymoron or scientific imperative?" *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health* 8(2): 89-116
2. Carmona, J. y A. M. Correa. 2013. La determinación social de la salud-enfermedad: El caso de los parásitos intestinales y la desnutrición en niños y familias en Urabá, Colombia. *Medicina Social* 8 (1): 73-84
3. Casali, R., M. H. Fugassa y R. Guichón. 2006. Aproximación epidemiológica al proceso de contacto interétnico en el norte de Tierra de Fuego. *Magallania* 34 (1): 87-101
4. Castro, A. y P. Farmer. 2003. El sida y la violencia estructural: la culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social* (17): 29-47
5. De Almeida, N. 1992. Epidemiología sin Números. Una introducción crítica a la ciencia epidemiológica. Whashington: OPS (Serie Paltex 28)
6. Denevan, W. 1992. The pristine myth: the landscape of the Americas in 1492. *Annals of the Association of American Geographers* 82: 369-385
7. Farmer, P. Desigualdades sociales y enfermedades infecciosas emergentes. *Papeles de Población* 23: 181-201
8. Freyre, G. (ed.). 2011. *Perspectivas en Salud Indígena*. Cosmovisión, Enfermedad y Políticas Públicas. Quito: Abya-Yala
9. Geertz, C. 2003. *La interpretación de las Culturas*. Barcelona: Gedisa
10. Inhorn, M. 1995. Medical Anthropology and Epidemiology: ¿Divergences or Convergences? *Social Science & Medicine* 40 (3): 285-290
11. LLambías, J. 1998. Globalización y nuevas epidemias. *Salud Problema (Nueva época)* 3 (4): 51-56
12. Menéndez, E. 2008. Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades. *Región y Sociedad* 20 (Número Especial 2): 5-50
13. Muntaner, C. y M.B. Gómez. 2003. Investigación cualitativa y cuantitativa en epidemiología social: ¿es simplemente una cuestión de complementariedad? *Gaceta Sanitaria* 17 (suppl.3): 53-57
14. Oliver, J. G. 2014. *Técnicas Cualitativas y Epidemiología*". En: *Etnografía, metodologías cualitativas e investigación en salud: un debate abierto*. Tarragona: Publicaciones URV: 65-75
15. Ramírez, S. 2009. La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena Quechua de la ciudad de Potosí*. *Salud Colectiva* 5 (1): 63-85
16. Scaramelli, F. y K. Tarble. 2011. "El Impacto de las enfermedades del Viejo Mundo en el Orinoco medio: evidencia documental y arqueológica". En: *Perspectivas en Salud Indígena*. Cosmovisión, Enfermedad y Políticas Públicas. Quito: Abya-Yala: 43-74
17. Sy, A. 2009. Una revisión de los estudios en torno a las enfermedades gastrointestinales. En busca de nuevas alternativas para el análisis de los procesos salud-enfermedad. *Salud Colectiva* 5 (1): 49-62
18. Yamada, S. y W. Palmer. 2007. Una aproximación eco social a la epidemia de cólera en las Islas Marshall. *Medicina Social* 2 (2): 90-98.

**Autor Corresponsal:** Carlos Julio González Colonia. Departamento de Medicina Comunitaria, Programa de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia. Email: carloscolonia@utp.edu.co

**Conflicto de interés:** Ninguno declarado.