

Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad



Diversidad cultural, medicina y políticas en salud basadas en la evidencia: sobre la cualidad de sus datos, pruebas e ideas

Mauricio López-Ruiz
Universidad de Costa Rica, Costa Rica
mauricio.lopez@ucr.ac.cr
<https://orcid.org/0000-0002-1695-4971>

Recepción: 5 de noviembre de 2020

Aprobación: 20 de febrero de 2021

Resumen: El presente ensayo examina el debate acerca de la necesidad de tener prácticas médicas y salubristas, sustentadas en *evidencia*. A partir del cuestionamiento a visiones predominantes que interpretan este concepto en términos cuantitativos (ligada al uso de datos estadísticos, efectuados en la epidemiología tradicional), se aboga por incorporar una visión cualitativa capaz de complementar la información requerida en el espacio clínico y el de la salud pública (especialmente, en contextos sociales signados por la diversidad cultural). El bienestar de la sociedad se encuentra condicionado por un mundo sociocultural, complejo, cuyo entendimiento requiere echar mano de un abanico de saberes propios de diversas disciplinas del conocimiento, así como metodologías que permitan generar y articular visiones que den cabida a métodos cualitativos y mixtos.

Palabras clave: Medicina; evidencia; sociología; salud pública; investigación cualitativa; métodos mixtos

Cultural diversity, medicine and evidence based health policies: on the quality of data, evidence and ideas

Abstract: This essay re-examined the debate about the relevance of having medical practices and health policies based on evidence. Beyond the traditional visions regarding the concept of evidence -in which this word is taken as an statistics data synonymous- it is proposed the importance of having access to qualitative visions of the information required by clinic and public health practitioners. In social contexts characterized by the cultural diversity, these visions will be more than welcome. Our



La Revista Estudios es editada por la [Universidad de Costa Rica](http://www.ucr.ac.cr) y se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Costa Rica](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/cr/). Para más información envíe un mensaje a revistaestudios.eeg@ucr.ac.cr.

Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad



wellbeing is part of a complex sociocultural world, that we need to understand based on different knowledges, including those based on qualitative research and mixed methods.

Key words: Medicine; evidence; sociology; public health; qualitative research; mixed methods

1. Introducción

Cabe preguntarse acerca de la atención médica a la cual se tiene acceso regularmente, sea esta pública o privada. ¿Realmente todos los procedimientos quirúrgicos dados en clínicas u hospitales, o los tratamientos ofrecidos por las personas profesionales en medicina, cuentan con el respaldo de investigaciones clínicas mayores? La fe depositada en la medicina contemporánea es tan ciega que tiende a pensarse que en efecto es así. Solo cuando aparecen casos de mala praxis, cuando se dan diagnósticos encontrados sobre un mismo padecimiento, o cuando una determinada prognosis no continúa un curso teóricamente esperado, dicha confianza resulta quebrantada.

Preguntas como la expuesta en el párrafo anterior, han sido sometidas a prueba en el ámbito clínico. En el año 2002, la revista norteamericana *New England Journal of Medicine* presentó los resultados de un interesante experimento clínico en el cual participaron un conjunto de pacientes con osteoartritis. Se les dividió en dos grupos. En el primero, se sometió a las personas a una operación de rodilla ampliamente recomendada en esa época, mientras que, en el segundo, únicamente se les sedó, y se les hizo creer que en efecto fueron operadas (Kolata, 2002). Al final del estudio, se concluye que quienes no fueron realmente operados, percibieron mejorías en sus articulaciones comparables a las de quienes sí lo fueron, dando lugar a un amplio debate público acerca de la efectividad de este tipo de operación (Felson y Buckwalter, 2002; Gerber y Patashnik, 2006).



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad



Este caso, no debe pensarse como una excepción. Existen estudios que plantean la necesidad de comprobar la efectividad de las prácticas médicas habituales (Dumont, K., 2019; Egger, 2015; Olsen, 2007; Patashnik, Gerber y Dowling, 2017). A raíz de lo anterior, en la pasada década de los años 1990, se formó un movimiento denominado *Evidence-Based Medicine*, traducido al español como *Medicina Basada en Evidencia* (MBE)¹ cuyos mandatos elementales fueron: a) que la praxis clínica individual debe vincularse a programas de ensayo clínico (capaz de establecer la eficacia de medicamentos, dispositivos, herramientas de diagnóstico, debidamente obtenidas de ensayos clínicos realizados con seres humanos, o materiales de origen humano); y b) que el cuidado de pacientes debe basarse en los mejores datos y pruebas, derivados tanto de este tipo de ensayos (Sackett, et al., 1996).

El movimiento MBE ha encontrado eco en el ámbito de la salud pública, en donde también se pregunta si las políticas en salud tienen un debido sustento en términos de sus posibles efectos en el desarrollo social. Hay quienes opinan que no, y hablan acerca de la importancia de formular *Políticas Basadas en Evidencia* (PBE) (Ericsson, 2000; Geenhalgh, 2017; Lum y Koper, 2017), sustentadas en datos y pruebas provenientes de la epidemiología tradicional, principalmente (disciplina sobre la cual hablaremos más adelante). Quienes defienden la PBE, consideran que, en la actualidad, se vive un divorcio entre formulación de políticas, por un lado, e investigación cuantitativa (basada en técnicas de investigación estadística), por el otro (Rutter et al. 2011, p. 5).

¹ Resulta importante señalar, junto con Bunge (2012: 44), una precisión de traducción. En inglés, *evidence* es una palabra que significa *elemento de prueba* (y todo elemento de prueba, se constituye a favor o en contra de alguna conjetura plausible). En español, por el contrario, *evidencia* se dice de un hecho que se percibe sin más (como cuando decimos que algo es evidente, es decir, que no requiere comprobación). Por ello, en este ensayo se hablará de prueba en lugar de evidencia (o bien, se entrecomillará dicho término para no confundirlo con el vocablo inglés *evidence*).



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

4

Esta separación, encuentra su origen de distintos factores, entre los cuales se cuentan: la inexistencia de información clara y precisa (que lleva al tema del tipo de recursos financieros y humanos de los cuales disponen los sistemas de salud); el lento desarrollo de programas de investigación fuera de las instituciones de salud pública y su respectiva generación de conocimiento (muchos de los cuales toman su forma en instituciones académicas privadas o públicas); o bien, el flaco favor que hacen quienes generan este saber, al comunicarlo mediante un argot técnico o teórico muy especializado, cuya comprensión está reservada para unos pocos (Oliver, et al., 2014).

Sin lugar a duda, este giro hacia la 'evidencia' promocionado en el ámbito de la salud pública, se inicia en el espacio clínico y epidemiológico, pero requiere ser apoyado. Asimismo, y este será el tema central del presente ensayo, requiere hacerse acompañar por una reflexión orientada no tanto al debate sobre la calidad de datos y pruebas en juego (asociada al uso de técnicas estadísticas), sino más bien a sus *cualidades* (especialmente, cuando se habla de contextos signados por la diversidad cultural). Nuestro bienestar se encuentra condicionado por un mundo sociocultural, complejo, cuyo debido entendimiento requiere echar mano de un abanico de saberes propios de diversas disciplinas del conocimiento, así como metodologías que incorporen estrategias de investigación cualitativas y mixtas. Las siguientes páginas se dedica a realizar dicha reflexión.

2. ¿De qué tipo de 'evidencia' se habla cuando de 'evidencias' se trata?

Siguiendo al sociólogo norteamericano Howard Becker, se dirá que el saber desde el cual se trabaja en salud pública consiste en tres elementos: datos, pruebas e ideas. Los datos incluyen *observaciones* hechas por las y los analistas, registradas en distintos escenarios sociales, y que han sido debidamente materializadas (por ejemplo, en la respuesta transcrita de alguna pregunta de un



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad



cuestionario, las marcas que hacen las personas al llenar un formulario, o bases de datos elaboradas por medio de algún software especializado). Las pruebas, serían aquel tipo de datos que se utilizan para sustentar *hipótesis y argumentos* (de las cuales se hablará en los apartados cuarto y sexto). Una buena prueba, es aquella que ha sido debidamente validada y legitimada por alguna audiencia determinada (medios de comunicación, gremios profesionales, círculos académicos, entre otros). Por último, las ideas, que usualmente se incluyen dentro de teorías en las cuales adquieren su sentido. Los datos y las pruebas, siempre se encuentran referidas a ideas, y en su conjunto, constituyen un tándem discursivo, que nos permite elaborar *representaciones* sobre las realidades que nos circundan (Becker, 2017, p. 4).

Usualmente, en salud pública se estarán manejando dos tipos de ‘evidencia’ de manera simultánea. Una referida a estados y estatus de salud, y la otra, a lo social (de la cual hablaremos en la siguiente sección). Con respecto a la primera, es necesario aclarar lo siguiente: mientras que los estados de salud se refieren a condiciones actuales de bienestar individual o colectivo, los estatus de salud constituyen condiciones que se van formando a largo plazo (Blaxter, 2010, p. 10). Los estados, nos dan un recuento sincrónico sobre el bienestar de individuos y colectividades, un momento detenido en el tiempo, mientras que los estatus nos dan recuentos diacrónicos, capaces de mostrar estos momentos de manera evolutiva, captando sus posibles cambios a lo largo del curso de una o varias vidas.

La distinción entre estados y el estatus de salud ahorra alguna que otra confusión de la cual no se está exento de caer. El que hoy una comunidad presente un mal estado de salud, por ejemplo debido a un brote de gripe aviar, no conlleva necesariamente que también tenga un mal estatus de salud (ese malestar captado en un instante a la postre podría ser pasajero o eventualmente controlado). Por el contrario, el que dicho brote haya sido controlado en un momento dado tampoco implica automáticamente que esas personas gozan de un buen estatus de salud



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

6

(puede ser que vivan en condiciones sociales que las hagan vulnerables en un futuro cercano).

Sea que se hable de estados o estatus de población, el tipo de datos y pruebas que se ha privilegiado es de orden epidemiológico. Y no es para su menos. Los aportes de esta disciplina han sido fundamentales en el ámbito de la salud pública. En su versión tradicional, ella se incluye dentro de tradiciones de conocimiento que reproducen un encuadre *biomédico*, en donde la idea de salud es sinónimo de *ausencia de enfermedades*, entendidas como anomalías de tipo genético, químico o fisiológico, a las cuales todo organismo puede estar expuesto.² Los datos que la nutren, son recolectadas a partir de expedientes clínicos, estadísticas vitales, u otros instrumentos de medición, tales como encuestas, mediante el desarrollo de *estudios observacionales*.³ En virtud del uso de herramientas de análisis estadístico, esta información se traduce en perfiles de morbilidad y mortalidad para distintos conjuntos poblacionales. La incidencia y prevalencia de diversas patologías, de su distribución geográfica e historia, así como sus posibles causas (entendidas según parámetros biomédicos), se incluyen dentro de las tareas que por varias décadas han desarrollado las y los especialistas en esta materia (Schneider, 2011). Los estudios observacionales se abocan al análisis de estados de salud, explorando temáticas especializadas tales como sexualidad y reproducción humana o salud mental, entre muchas otras. Los estatus de salud, por otra parte, se suscribe a un tipo de estudio observacional denominado *estudio de cohortes*, especializados en darle seguimiento a la evolución de ciertas

² Para una discusión sobre el surgimiento y significado del término biomedicina, véase Martínez (2008, capítulo 2), y Krieger (2012, capítulo 5).

³ A parte de los estudios observacionales, en epidemiología tradicional también se tienen los estudios de intervención y los experimentales, relacionados con el tratamiento y prevención de problemas específicos de salud (Trichopoulos, D., Olsen, J., Saracci, R., y Greene, N. 2015). Dado su costo, son menos difundidos que los observacionales, teniendo como meta el probar nuevas drogas, implementos, o tecnologías de uso médico (Olsen, et. Al. 2015).



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

7

enfermedades a mediano y largo plazo, en un mismo conjunto poblacional. También se les denomina estudios *prospectivos*, o bien estudios *longitudinales*, cuando las mismas mediciones son replicadas durante todas las fases de la investigación (Schneider, 2011).

3. Lo social como “evidencia” en los estudios observacionales:

Los estados y estatus de salud, al hablar de grupos y poblaciones humanas, utilizan ‘evidencias’ referidas a lo social. Ahora bien, este tema ha sido objeto de dos tratamientos analíticos: uno, vamos a denominar como *nominal*, y otro, de orden *descriptivo-explicativo*. El primero de ellos es propio de la epidemiología tradicional. En todos sus perfiles de morbilidad y mortalidad subyace, implícita o explícitamente, un trabajo previo de *categorización* de distintos tipos de grupos sociales, la cual servirá como base para la recolección y sistematización de observaciones sobre salud. Estos tipos de grupos se emparentan con teorías sociales, ya sea porque originalmente fueron directamente acuñados en ellas, o bien, porque ellas han servido de base para revisarlos. Entre estos destacan, por ejemplo, el término de clase social, desarrollado en sociología; el de quintiles o deciles poblacionales, utilizados por profesionales en economía para hacer referencia a distintos estratos de ingreso económico; o bien, los grupos etarios, distinguidos en una pirámide poblacional por cualquier especialista en demografía.

Sin embargo, en el tratamiento nominal estos términos son desvinculados de su linaje teórico. Sirven, únicamente, para diferenciar subpoblaciones según su morbilidad y mortalidad, convirtiéndose en meras etiquetas, perdiéndose así su potencial explicativo. En este sentido, el desarrollo de las enfermedades encuentra su origen en un plano orgánico o conductual (algo que se hereda del encuadre biomédico). Por ello, los datos y las pruebas que se rastrean nos remiten a factores tales como la herencia genética, la aparición de disfunciones en órganos y sistemas,



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

8

el ataque de agentes infecciosos, el riesgo que supone un hábito individual (como el consumo de alcohol), o los efectos nocivos de vivir en un medio ambiente inadecuado (como una urbe contaminada).

En cambio, cuando lo social es tratado desde un punto de vista descriptivo-explicativo las cosas cambian. Detrás de una determinada clase, un quintil socioeconómico, o un grupo etario, subyacen *estructuras* y formas de *acción* social capaces de incidir en el bienestar individual de manera positiva o negativa.⁴ De su desarrollo, dependerá el tipo de recursos y oportunidades que podrá tener a su haber cualquier persona. Existen arreglos institucionales signados por relaciones y prácticas altruistas, como por ejemplo los que establece el Estado por medio de políticas en salud, que pueden traer grandes beneficios a sectores vulnerables de la sociedad. Pero, también, existen escenarios estructurales perjudiciales para la salud. Lo anterior ha sido puesto de manifiesto, en trabajos seminales como los de Deaton (2015), donde se demuestra cómo sociedades pobres presentan menores expectativas de vida al nacer, o Wilkinson (2009) y Wilkinson y Pickett (2018), quienes han demostrado cómo aquellas sociedades con mayores concentraciones de riqueza desarrollan problemas relativos al estrés y la salud mental. Desde este punto de vista podemos hablar de una *etiología social* de las enfermedades, que trasciende aquellas descripciones y explicaciones enfocadas únicamente en la comprensión de disfunciones orgánicas, o la afectación individual de riesgos.

Para ilustrar este tratamiento diferenciado que recibe lo social en el ámbito de la salud pública, tomemos el tema de género. Desde un punto de vista nominal,

⁴ En términos formales, las estructuras sociales se definen como regímenes de interacción establecidos entre individuos concretos, mientras que la acción social, hace referencia a comportamientos establecidos en el marco de dichas estructuras, conscientemente desarrollados por una persona en relación con otra (Martin, 2009: 9), tanto en escenarios presenciales como virtuales. Cuando estas interacciones y comportamientos se mantienen relativamente estables a lo largo del tiempo, podríamos hablar del surgimiento de relaciones y prácticas sociales propias de instituciones y organizaciones sociales.



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

9

la mira está puesta en dividir a la población mediante dicotomías como la de femenino/masculino, señalando para cada grupo poblacional variaciones en cuanto a la prevalencia o incidencia de alguna dolencia, como, por ejemplo, el cáncer de pulmón. A la postre, esta dicotomía opera como un contenedor de observaciones, permitiendo conocer cuántos pacientes pertenecen a cada uno de estos géneros. La aparición y el posterior desarrollo de la enfermedad se entiende en términos orgánicos o conductuales que podrían ser incluso ser universalizables (ser adicto a la nicotina puede deteriorar los pulmones de cualquier persona, sin distinciones de género).

Desde un punto de vista descriptivo-explicativo, las posibles variaciones en salud registradas entre mujeres y hombres podrían ser explicadas en función de formas de acción y estructuras de interacción signados por las diferenciaciones de género que establecemos a diario. El cáncer, no siempre estaría asociado a una causa universal (quizá los hombres, a diferencia de las mujeres, hayan visto en el fumado una manera de afirmar sus identidades de género). Igualmente, su desarrollo podría diferenciarse según la persona o el grupo social de pertenencia, en aspectos tales como la manera de hacerle frente, el seguimiento de los cuidados médicos del caso, o bien, en las redes de cuidado a las cuales puede recurrirse.

El tratamiento descriptivo-explicativo dado a lo social no ha estado del todo ausente en el transcurso de la historia de la salud pública y la epidemiología (basta pensar en las figuras fundantes de Rudolf Virchow y John Snow, por ejemplo). Sin embargo, no es sino en décadas recientes, los debates acerca de los determinantes sociales de la salud, la medicina social, así como la epidemiología social, han logrado posicionar de manera más consistente este tipo de esfuerzos iniciales.⁵

⁵ Para muestra un botón. Por primera vez, el 21 de julio de 2018, la portada y el editorial de *The Lancet* hicieron suyo este llamado al criticar la concentración fondos de investigación en la llamada burbuja biomédica (Lancet, 2018).



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

10

4. El trabajo con variables en los estudios observacionales

Las representaciones que se hacen de la salud y de lo social en los estudios observacionales, se apoyan en el estudio de *variables* y sus respectivos *patrones de covariación* (Ragin y Amoroso, 2018). Grosso modo, las variables son categorías analíticas que se encuentran simultáneamente vinculadas a sistemas teóricos y diversos tipos de observaciones. Por ende, tienen un correlato conceptual y otro empírico (atributos concretos que las y los investigadores pueden registrar). A modo de ilustración, podría plantearse una teoría sobre la salud que incluya como variable central el encontrarse debidamente vacunado. Los datos pertinentes para esta variable pueden ser (o deberían ser) fácilmente encontrados en los registros médicos de cualquier clínica u hospital. Una vez encontrados, se les podría asignar un valor, con lo cual, podrían compararse sus valores con los de otras variables, estableciendo así patrones de covariación.

Por ejemplo, se ha demostrado que la pertenencia a un determinado grupo étnico (como una comunidad indígena), se encuentra asociado consistentemente con bajos niveles de vacunación (Castañeda, et.al., 2003). Al establecerse patrones de covariación, las variables se entienden en función de rol explicativo: variables dependientes (aquella característica que desea explicarse acerca de un fenómeno, como la vacunación), independientes (aquella característica que explica un fenómeno, como el ser indígena), o intervinientes (factores explicativos que podrían condicionar el efecto que tienen las variables independientes sobre las dependientes).

Quien trabaja a partir de variables, sobre todo en su vertiente explicativa se interesa por: establecer resultados que, si bien es cierto no son leyes, describen con un alto grado de certeza rasgos compartidos por las poblaciones en cuanto a formas de acción y estructuras de interacción; inferir relaciones de causalidad, a partir de las covariaciones encontradas; así como hacer predicciones capaces de ser



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

11

sometidas a comprobación mediante *hipótesis*, es decir, presunciones acerca de la posible asociación entre variables, que vienen deducidas de proposiciones teóricas generales (Ragin y Amoroso, 2011: 165-171).

La investigación cuantitativa se desarrolla por medio de métodos cuantitativos tales como el análisis bivariado (Marradi, 2018a), el análisis factorial (Marradi, 2018b); o los análisis multivariados (Martin, 2018). Dichos enfoques, permiten obtener 'evidencias' que se traducen en representaciones numéricas y gráficas, como razones, tablas de distribución de frecuencias, curvas de distribución normal, o coeficientes como la afamada r de Pearson. Todas ellas, y otras más, sirven de base para la inferencia de estados y estatus de salud, y su respectiva vinculación con lo social. En este punto, lo que nunca debe perderse de vista es que estos datos y pruebas se refieren al comportamiento de variables, más que a un recuento en profundidad de experiencias individuales y colectivas relativas al bienestar humano. Quizá lo anterior suene paradójico, dado que la información que las nutre proviene de personas comunes y corrientes, como usted o como yo. Sin embargo, en el plano metodológico así ocurre.

5. Las limitaciones del trabajo con variables

Como todo en la vida, el trabajo con variables tiene sus limitaciones. En este apartado, nos detendremos en dos de ellas: primero, la capacidad descriptiva inherente a las variables, en tanto categorías analíticas, y segundo, su capacidad explicativa (derivada del establecimiento de covariaciones). En tanto definiciones operativas, estas categorías sólo pueden referirse a pocos atributos empíricos. Ese es el precio que deben pagar, a efectos de poder referirse a una gran cantidad de individuos. Retomemos, la idea de género. Anteriormente (sección tercera) se expuso que, desde un punto de vista nominal, una población podría diferenciarse mediante la dicotomía femenino/masculino. En registros médicos, este sería un



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

12

abordaje usual del género: traducirlo en términos de una variable compuesta por este par de atributos. Lo anterior, sin duda alguna le facilita la vida a las y los prestadores de salud. Piénsese en llevar un registro de estadísticas vitales para todo un país, donde se manejan las respuestas de miles y miles de personas. Sería prácticamente imposible ahondar en sus distintas percepciones. Por ello, quienes diseñan los instrumentos de recolección de estos datos deben optar por introducir recortes descriptivos.

El uso de parsimonioso que se hace de atributos empíricos en el trabajo con variables constituye una limitante descriptiva que en investigaciones de corte cualitativo no se da (o, al menos, se da en menor grado). En realidad, ellas precisan generar un gran abanico de descripciones. Retomando el ejemplo del género, lo que verdaderamente interesaría a quien investiga, sería profundizar en los significados que podría tener para las personas, o bien, como esas mismas significaciones van modificándose en función de diversos escenarios sociales (por ejemplo, cómo la manera en que históricamente se entienden las diferencias de género, afectan a su vez nuestras concepciones sobre salud a lo largo del curso de vida).

En cuanto a la dimensión explicativa, la limitación consiste en asumir que toda covariación es una relación causal (confusión que es muy común). Para ahondar en este tipo de falacias, tomemos como ejemplo el popular estudio de los Malvaviscos de Standford, iniciado durante la década de los años sesenta por el psicólogo Walther Mitchell de la Universidad de Standford. En una habitación a solas se sentaba a una niña o a un niño (de entre 3 y 5 años) en una mesa donde había algún dulce, especialmente, malvaviscos. Si luego de 15 minutos, el mismo seguía intacto en la mesa, obtendrían una recompensa extra. Lo que se estaba midiendo era su capacidad de postergar la obtención de gratificaciones inmediatas. Años después, luego de darle seguimiento a las y los participantes del estudio, se



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

13

concluyó lo siguiente: quienes esperaron los 15 minutos obtuvieron un mejor puntaje en logro escolar, pruebas estandarizadas de ingreso a la universidad, así como mejores resultados en índices como el de masa corporal, entre otros rasgos físicos (Casey, et.al., 2001; Eigste, et.al., 2006; Mischel y Ebbesen, 1970).

A partir de esta información, podría asumirse una relación causal entre postergación de gratificación en la niñez y bienestar durante la adultez. Quien sucumbe a esta dulce tentación, tendría un futuro poco halagüeño. Sin embargo, no todo patrón de covariación equivale a uno de causalidad. Quizá los hábitos de crianza establecidos a lo interior de la familia, resulta ser un factor explicativo más fuerte. O bien, el logro escolar podría estar determinado por las estructuras familiares en donde se creció, o el tipo de escuelas y colegios a los cuales pudo haberse accedido. La postergación podría no ser más que una variable confusa.

El descubrimiento de cualquier patrón de covariación constituye sólo un primer paso. Apunta hacia una relación entre dos factores que vale la pena examinar. Esto implicaría descartar relaciones espurias o confusas, así como también identificar posibles variables intervinientes. Además, podrían echarse mano de estudios de tipo experimental capaces de realizar un control riguroso de variables independientes (algo que, trabajando con poblaciones humanas, puede resultar difícil de llevar a la práctica).

6. Las 'evidencias' cualitativas: el trabajo con individuos y el estudio de caso

Ni todas las lógicas de investigación pasan por el trabajo con variables, ni todo dato y prueba tiene una representación numérica o gráfica. Existe también la investigación cualitativa, que parte de "métodos interpretativos" (Ragin y Amoroso, 2011, p. 18) o "reflexivos" (Burawoy, 2009), abocados al análisis de experiencias personales y colectivas, que se contraponen a los ideales del método científico, así



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

14

como su manera de legitimar en qué consiste un dato o prueba relevante. Las 'evidencias' se compone de narraciones escritas y orales, extractos de documentos formales y normativas que resumen el quehacer de organizaciones e instituciones, al igual que registros sonoros, símbolos, o imágenes, que se transcriben o toman la forma de fotografías o documentales.

Esta información, utilizada ampliamente desde la antropología y la sociología de la salud, ha permitido explorar el tema de la salud no sólo en términos de ausencia de enfermedad (como suele hacerse desde la biomedicina), sino además aspectos positivos relativos al sentido que tiene para las personas y comunidades el bienestar, al igual que respuestas culturales e institucionales que se dan frente a determinadas enfermedades e ideales sobre el bienestar (Weiss y Lonquist 2017; Wiley y Allen, 2016).

Esta investigación, puede ser distinguida en dos vertientes principales (no excluyentes entre sí) dedicadas al trabajo con individuos o un determinado caso. Desde la primera, interesa examinar cómo las personas comprenden y llevan a la praxis determinadas formas de acción y estructuras de interacción capaces de afectar sus estados y estatus de salud. Este tema, se examina "a través de sus ojos" (Bryman, 2012, p. 399), mediante recuentos detallados acerca de sus experiencias de vida y los contextos donde ellas han tenido lugar. Quien se interesa por el trabajo con individuos, busca responder preguntas tales como: ¿de qué manera justifican las personas sus interacciones?; ¿cómo describen sus actividades habituales y cómo explican su desarrollo en el marco de prácticas y relaciones sociales, con diversos niveles de formalidad organizativa e institucional?; ¿qué retos estructurales deben afrontarse, y qué soluciones idean los individuos?; o bien, ¿por qué las personas se abocan a la tarea de reproducir, o tratar de modificar, ciertas formas de acción social?



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

15

Preocupaciones de esta naturaleza suelen resolverse por medio de métodos cualitativos, tales como la etnografía (Fife, 2005), la etnografía institucional (Smith, 2005), la teoría fundamentada (Birks y Mills, 2011), entre otras. A pesar de sus diferencias, comparten algunas técnicas de generación de datos, entre las cuales pueden mencionarse:

1. La observación-participante, en donde las y los investigadores, a partir de su convivencia prolongada con quienes participen en sus investigaciones, relatan en qué consiste el trabajo diario que supone para cualquier persona el ser parte de una estructura de interacción determinada. Además, estos relatos se acompañan de recuentos acerca de los escenarios materiales e institucionales en donde se desarrollan dichas interacciones (Fife, 2005).
2. Las entrevistas, donde las personas investigadoras recolectan por medio de audios y videos (así como sus respectivas transcripciones) conversaciones y narraciones que complementan de viva voz el tipo de información recolectada por medio de la observación-participante. Usualmente, las entrevistas se desarrollan por medio de cuestionarios semi-estructurados, con un listado de preguntas base que constituyen un punto de partida alrededor del cual girarán las pláticas. Además, pueden desarrollarse entrevistas abiertas, en donde el entrevistador cuenta como punto de partida temáticas generales sobre las cuales desea ahondar (Fife, 2005).
3. Grupos de discusión, consisten en dinámicas de entrevista que se desarrollan entre un número limitado de personas. A diferencia de las entrevistas, usualmente individuales, los grupos focales permiten explorar cómo las narraciones y conversaciones que entabla alguien, se ven también influidas por la presencia y opiniones de terceros (Barbour, 2013).



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

16

La investigación cualitativa, también puede echar mano a la reconstrucción de un determinado caso. Se habla de estudio de caso, cuando la unidad de análisis se convierte en el objeto de estudio (Archenti, 2018, p. 292).⁶ Estas unidades de análisis pueden incluir a una persona (como cuando se realiza una historia de vida), sin embargo, por lo general hacen referencia a entidades tales como: a) Estados-nacionales o figuras político administrativas similares, entre ellas, imperios, regiones, o municipios); b) organizaciones, tales como corporaciones, empresas, organismos no gubernamentales, partidos políticos, entre otras); c) comunidades o agrupaciones delimitadas por sus adscripciones de clase, género, raza o etnia); o d) e) eventos (como guerras o revoluciones) (Gerring, 2014).

En este sentido, el caso consiste en “un fenómeno delimitado espacial y temporalmente,” de interés para el desarrollo de alguna teoría social (Gerring, 2016, p. 27). En investigación cualitativa se trabaja con un caso de estudio a la vez, y en su construcción, se recurre a diverso tipo de observaciones, incluyendo las que se recolectan al trabajar con individuos, así como otras, como el análisis discurso, el análisis documental, el examen fuentes históricas y notas de prensa, capaces de dar cuenta de prácticas y relaciones cristalizadas en planes y políticas públicas, marcos normativos, o discursos institucionales.⁷

Para comprender el potencial que encierra la ‘evidencia’ cualitativa, conviene establecer algunos contrastes elementales respecto a lo dicho sobre el trabajo con variables. Haremos referencia a cuatro. Primero, tal y como sugieren autores como Ragin y Amoroso (2011) o Bryman (2012), conviene entender a las categorías analíticas centrales no en términos de variables, sino más bien, de *conceptos*

⁶ Diferencia entre unidad de análisis y objeto de estudio.

⁷ El trabajo simultáneo con varios casos corresponde a un tipo de análisis denominado Análisis Cualitativo Comparado (QCA, por sus siglas en inglés), suscrito a las metodologías de investigación comparativa, desarrollada desde las ciencias políticas. Véase, Goertz y Mahoney (2012) y Medina, et.al. (2017)



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

17

sensibilizadores. Ellos, al igual que sus contrapartes en el reino de lo cuantitativo, se enmarcan en teorías. Sin embargo, su definición (establecida inicialmente en los protocolos de investigación), puede modificarse conforme se avanza en el trabajo de campo. En palabras de Porta y Keating, son "conceptos orientadores" (2008, p. 43) y susceptibles de mejora durante la investigación. Su carácter relativamente abierto es vital, cuando se necesita echar mano a recursos analíticos capaces de (a partir del contacto con individuos y casos) captar las posibles maneras en que un mismo fenómeno puede ser interpretado.

Un estudio clásico del sociólogo norteamericano Howard Becker sobre aprendizaje social del consumo de marihuana, puede ayudar a explicar lo anterior. Aquella idea que fue eje central del análisis, el aprendizaje, fue tomando su forma definitiva conforme se condujeron entrevistas con distintos tipos de consumidores, y se fueron definiendo los distintos usos que daban a esta droga psicoactiva. Algunas personas, en realidad la utilizaban por aparentar, por moda. De sus experiencias poco pudo obtenerse acerca de los procesos de socialización y habituación a ella. En cambio, la mejor información fue obtenida por parte de quienes verdaderamente disfrutaban de su consumo. A la postre, el aprendizaje en tanto categoría analítica se terminó definiendo en términos del uso placentero de la marihuana (Becker, 1953).

Segundo, dada la apertura relativa que tienen los conceptos sensibilizadores, la lógica inferencial a la cual se suscriben es primordialmente inductiva. Lo anterior se nota en el hecho que el trabajo de campo no arranque con modelos o diccionarios de variables (con definiciones totalmente acabadas), y, además, que la verificación o falsación de hipótesis (entendidas según lo expuesto en el cuarto apartado) no se tome como la prueba por excelencia en investigación cualitativa. Este tipo de enunciados predictivos son reemplazados por lo que podríamos denominar *argumentaciones*, que funcionan a manera de respuestas tentativas de



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

18

investigación, teóricas, cuya capacidad explicativa va modificándose y afinándose conforme se avanza en el trabajo de campo. Por ello, conceptos sensibilizadores y argumentos son herramientas heurísticas que toman su forma final a posteriori, contribuyendo a enriquecer sistemas teóricos, e incluso, reformularlos de manera substancial (Ragin y Amoroso, 2011).

Tercero, en tanto el análisis cualitativo profundiza en el examen de atributos empíricos (permitiendo con ello dotar de significado a los conceptos sensibilizadores y argumentaciones) menor es su capacidad de incluir en sus estudios a grandes poblaciones (algo que no sería una preocupación en el trabajo con variables). Es el precio que debe pagarse por emprender dicha profundización. La investigación cualitativa supone la realización de un constante diálogo entre aseveraciones conceptuales preestablecidas, por un lado, y la información que aportan individuos o casos, por el otro (de la cual puede obtenerse una cantidad importante de observaciones, no sometida a los recortes analíticos típicos de toda variable).

Cuarto y último, la elección de dichos individuos o casos no obedece necesariamente a un muestreo de tipo probabilístico, puesto que la valía de los datos y pruebas generados no se establece en función de su generalización a poblaciones enteras. En su lugar, muchas veces su selección obedece a su importancia en la indagación teórica de un fenómeno, o bien, a la relevancia social o histórica que tiene un determinado individuo o caso. Recordemos, en el reino cualitativo no es requerido hablar de rasgos comunes a todo el mundo, sino reconocer que nuestra humanidad radica justamente en la *diversidad* y *particularidad* de las vivencias personales y sus escenarios sociales.⁸ Pueden darse situaciones en las cuales muy pocos individuos, o un solo caso, bastaría para la realización de una investigación, puesto que la representatividad de dichas observaciones se subordina a su contribución a la redefinición de sistemas teóricos.

⁸ Para revisar un listado de muestreos no aleatorios, véase Hernández, Fernández y Baptista (2014).



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

7. Articulando 'evidencias' mediante métodos mixtos

Resumiendo. En el ámbito de la salud pública, la 'evidencia' de la cual se habla se sustenta en el trabajo con variables hecho desde la epidemiología tradicional. A pesar de su relevancia, estos análisis sobre estados y estatus de salud tienen sus limitaciones descriptivas y explicativas, sobre todo, si pensamos en contextos signados por la diversidad cultural. Desde la investigación cualitativa, centrada en el trabajo con individuos y determinados casos, por otra parte, dichas limitaciones pueden ser compensadas. ¿Cómo sacar provecho de ambos tipos de métodos, en aras de contar con distintos tipos de datos y pruebas en el ámbito de la salud pública? Según se verá en este apartado, los métodos mixtos de investigación pueden ayudarnos en esta labor.

Son estrategias de recolección, sistematización y análisis de información que recurren a dos o más métodos de investigación, una vez que se ha establecido que la utilización de uno sólo de ellos por sí solo no sería suficiente para examinar un objeto de estudio (Morse y Niehaus, 2009). Debe tenerse claro que dichos métodos no son una especie de técnica evaluativa, como las evaluaciones formativas, ni tampoco un mero procedimiento de validación de pruebas obtenidas por medio de protocolos de investigación que no hayan sido parte de alguna estrategia global de análisis. Además, como bien nos recuerda Bryman (2012), per se, ellos no son superiores a otros métodos en donde no se realizan ejercicios de triangulación de datos y pruebas.

Al optar por la utilización de los métodos mixtos, debe reflexionarse sobre dos puntos primordiales. Primero, es importante establecer qué ingredientes analíticos serán mezclados. Además, se tendría, entre otros: a) datos, pruebas e ideas; b) herramientas y técnicas de investigación; c) estrategias para el desarrollo de procesos de investigación; f) consideraciones éticas; así como, g) la praxis de



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

profesionales provenientes distintas disciplinas de conocimiento. No necesariamente todos estos elementos tienen que ser triangulados en el marco de una investigación.

Segundo, y esto es lo central, su selección dependerá de los fines de investigación en torno a los cuales girarán. Siguiendo a Ragin y Amoroso (2011), en materia de triangulación de datos, pruebas e ideas relativos estados y estatus de salud, podrían identificarse los siguientes fines:

- Desarrollar interpretaciones culturales e históricas de fenómenos atípicos: muchas veces, existen fenómenos en salud pública que son relevantes por el hecho de salirse de las rutinas y normalidad de muchas de las prácticas y relaciones presentes en nuestra vida social. Esos valores atípicos (*outliers*, en inglés), tan incómodos para la investigación cuantitativa, pueden aportar información valiosa que puede recuperarse desde la investigación cualitativa. Por ejemplo, países de ingreso bajo y medio como Costa Rica o Cuba presentan indicadores en salud, propios de países con mayores niveles de riqueza. En estos casos, se puede reconstruir este resultado al convertir estos eventos en estudios de caso.
- Explorar la diversidad: el examen de valores atípicos, puede ser de utilidad para redimensionar (vía comparación) la relevancia que tiene la diferenciación en nuestras vidas. Por ejemplo, del trabajo con variables hemos aprendido que las mayores tasas de fecundidad adolescente suelen presentarse con mayor frecuencia en zonas rurales y en hogares cuyos integrantes tienen bajos niveles de escolaridad. Pero, no resulta extraño encontrar adolescentes que, aún bajo estas circunstancias, no quedan embarazadas ¿Qué hace la diferencia? Esta pregunta puede ser elaborada mediante el análisis detallado de vivencias individuales y colectivas. Sus



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

respuestas, nos podrán dar luz acerca de eventos 'raros' tanto como de aquello que permite la reproducción de eventos habituales.

- Reformular ideas y sistemas teóricos: tantos los conceptos sensibilizadores como las argumentaciones, se orientan por medio de una lógica inductiva que en el transcurso del trabajo de campo permite ir redefiniendo los fundamentos teóricos con los cuales se dio inicio al trabajo de análisis de estados y estatus de salud (algo que, desde la lógica hipotético-deductiva del trabajo con variables es imposible realizar).
- Dar voz: en relación con lo anterior, el trabajo con individuos y casos permite recuperar de viva voz experiencias individuales y colectivas, mediante las cuales pueden divisarse nuevas ideas y sistemas teóricos, al igual que nuevas problemáticas en salud pública que no habían sido advertidas por las y los investigadores.

Estas grandes finalidades, se emparentan con los usos que tendrías los tres tipos básicos de diseños sugeridos por John D. Cresswell, a saber, diseños convergentes, explicativo-secuenciales, o exploratorios-secuenciales. Estos diseños se distinguen por los siguientes aspectos: la existencia de un método que resulta central en el análisis global; si se ha designado o no un método que precede o antecede al otro; y los objetivos de la triangulación (Cresswell, 2014). Dichos objetivos, en palabras de Piovani, se desarrollan en términos de *convergencia*, *complementación* o *combinación*:

Existe convergencia cuando se utilizan ambos métodos para el estudio de un mismo aspecto de la realidad social. Por su parte, la complementación se produce cuando la investigación genera dos imágenes del objeto analizado -una derivada de métodos cuantitativos y otra de métodos cualitativos- que iluminan diferentes dimensiones o



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

aspectos. Finalmente, existe combinación cuando se trata de integrar de manera subsidiaria un método en el orto con el objeto de fortalecer su validez o compensar sus debilidades (Piovani, 2018, p. 443).

En el primer tipo de diseño mixto, el convergente, los datos del trabajo con variables, por un lado, y los datos de individuos o casos, por el otro, son recolectados, sistematizados y analizados de manera simultánea. Se busca comparar los hallazgos finales, con el fin de validar los hallazgos del método cuantitativo con los del cualitativo. La información cualitativa podría fortalecer la idoneidad del tipo de variables utilizadas y los resultados de las pruebas de hipótesis, o en su defecto, cuestionarlas y refutarlas. En este último escenario, la triangulación de datos conduce a un replanteamiento de la estrategia de análisis del objeto de estudio, que podrá ser puesta en marcha en futuras investigaciones. Usualmente, este tipo de diseño de resume bajo las siglas: CUAN=CUAL.

Si lo que se busca es complementar 'evidencias' podría recurrirse a los diseños de tipo explicativo-secuencial. Ellos se desarrollan en dos fases: en la primera se trabaja con variables, y en la segunda, con individuos y casos. Su propósito consiste en dotar de mayores atributos empíricos a las categorías analíticas centrales del estudio, con el fin de profundizar en el examen de los patrones de covariaciones y la inferencia de relaciones causales. En este sentido, la información obtenida mediante variables y pruebas de hipótesis, en un primer momento, se traduce en conceptos sensibilizadores y argumentaciones, en un segundo momento. A diferencia del tipo de diseño convergente, en este no se busca validar los hallazgos cuantitativos, sino más bien dotarles de un sentido vivencial, así como contextualizarlos en determinados contextos culturales e históricos.



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

23

Además, puede ser de gran utilidad para darle un sustento cualitativo a inferencias causales. Las siglas de este tipo de diseño serían: CUAN→CUAL.

Por último, tenemos un tipo de diseño dirigido a combinar 'evidencias' que se denomina secuencial-exploratorio. Se divide en dos fases, al igual que el tipo de diseño anterior, aunque siguiendo una lógica contraria. En un primer momento, se desarrolla la investigación cualitativa, y se utiliza cuando existe poca o nula información cuantitativa sobre el objeto de estudio. Conforme se va desarrollando el trabajo con individuos o casos, se espera ir compilando y analizando observaciones pertinentes para dar inicio a una segunda fase, centrada en el trabajo con variables. Los conceptos sensibilizadores darán pistas para definir conjuntos de variables e hipótesis. En este caso, este diseño se distingue por las siglas: CUAL→CUAN.

El siguiente gráfico, permite entender la articulación entre métodos que se desprende de estos tres tipos de diseños mixtos:

CUAN =	Evidencia	= CUAL	Diseño convergente
CUAN →	CUAL →	Evidencia	Diseño explicativo secuencial
CUAL →	CUAN →	Evidencia	Diseño secuencial exploratorio

Fuente: elaboración propia con base en Cresswell (2015).



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

8. Conclusiones

Volvamos al punto inicial. En salud pública se requiere pensar no solo en la calidad de la evidencia clínica y epidemiológica (asociada intrínsecamente al uso de técnicas de investigación estadística), sino también sobre las cualidades que tienen datos, pruebas e ideas. Esta reflexión es relevante para quienes prestan servicios en salud pública, sobre todo en contextos signados por la diversidad cultural. De ello depende tanto la atención inmediata que pueda brindarse a una población, frente a distintos escenarios de morbilidad, como, además, el diseño, implementación y evaluación de acciones de política a mediano y largo plazo.

Desde luego, el tipo de información que se maneja en el ámbito de la salud es de distinta naturaleza, abarcando desde el ámbito meramente biológico y orgánico, pasando por otros fenómenos medioambientales, y llegando a expresarse además a escala individual, social y cultural. El abordar temas de salud sólo tomando en cuenta uno de estos mencionados, hace que pasen a segundo plano dimensiones analíticas que tienen un nivel de impacto importante, y sobre los cuales también es necesario actuar desde el ámbito de las políticas. Más importante aún, requiere revisar aquellos ideales acerca de lo que es evidencia que no ven más allá del trabajo con variables. En contextos de diversidad cultural, el tratamiento de temas relativos a la salud pública resulta en sí complejo, razón por la cual debe ser abordada desde distintas aristas y disciplinas de las ciencias y las humanidades en general, con el respecto que cada formación académica y práctica merece.

Como parte de lo anterior, resultará clave sentar las bases de estrategias metodológicas que permitan sacarle provecho explicativo a las categorías analíticas que suelen utilizarse para fines descriptivos. Sin menoscabar en lo más mínimo la importancia del análisis que sustentan a la epidemiología tradicional, las desigualdades que se encuentran a la base de las diferencias registradas en



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

25

morbilidad y mortalidad en distintas poblaciones, debe abordarse desde distintas aristas, desde un punto de vista relacional capaz de situar gradientes sociales en distintas intersecciones de clase, género, ciudadanía, y etnia; así como también la utilización de métodos de investigación cualitativa y mixtos para explorar las experiencias de vida de quienes ocupan esos espacios, para de esta manera comprender desde su punto de vista las razones por las cuales han tenido o no la capacidad de acceder y movilizar recursos para mejorar su estado de salud.

9. Referencias bibliográficas

Archenti, N. (2018). *Estudio de caso/s. en Manual de Metodología de las Ciencias Sociales*. Editado por Alberto Marradi, Nélica Archenti y Juan Ignacio Piovani. Buenos Aires: Siglo Veintiuno editores.

Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.

Becker, H. (1953). Becoming a Marihuana User. *American journal of Sociology*, 59(3), 235-242.

Becker, H. (2017). *Evidence*. Chicago: University of Chicago Press.

Birks, M y Mills, J. (2011). *Grounded Theory. A Practical Guide*. London: Sage.

Blaxter, M. (2010). *Health. Second Edition*. New York: Polity.

Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford: Oxford University Press.

Burawoy, M. (2009). *The Extended Case Method: Four Countries, Four Decades, Four Great Transformations and One Theoretical Tradition*. Berkeley: University of California Press.



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

26

- Casey, B. J., et.al. (2011). Marshmallow Test Points to Biological Basis for Delayed Gratification: from the Cover: Behavioral and neural correlates of delay of gratification 40 years later. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 108 (36): 14998–15003.
- Castañeda, A. et. al. (2003). *Desarrollo y Salud de los Pueblos Indígenas en Costa Rica*. San José: OPS.
- Cresswell, J. (2014). *A Concise Introduction to Mixed Methods Research*. London: Sage.
- Deaton, A. (2015). *El gran escape. Salud, riqueza, y los orígenes de la desigualdad*. CDMX: Fondo de Cultura Económica.
- Dumont, K. (2019). *Reframing Evidence-Based Policy to Align with the Evidence*. New York: William T. Grant Foundation.
- Egger, M. (2015). *Evidence-Based Medicine*. En *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences, 2nd edition*. New York: Elsevier.
- Eigste, I. M, et.al. (2006). Predicting Cognitive Control From Preschool to Late Adolescence and Young Adulthood. *Psychological Science*. 17 (6): 478–484.
- Ericsson, C. (2000). Learning and Knowledge production for public health: A review of approaches in evidence-based public health. *Scandinavian Journal of Public Health*. 28 (4): 298-308.
- Felson, D y Buckwalter, J. (2002). Débridement and Lavage for Osteoarthritis of the Knee. *New England Journal of Medicine*, 347(2), 132-33.
- Fife, W. (2005). *Doing Fieldwork: Ethnographic Methods for Research in Developing Countries and Beyond*. New York: Palgrave Macmillan.



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

- Gerber, A y Patashnik, E. (2006). *Sham Surgery: The Problem of Inadequate Medical Evidence*. En *Promoting the General Welfare: New Perspectives on Government Performance*. Editado por Ala Gerber y Eric Patashnik, 43-73. Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Gerring, J. (2014). *Metodología de las ciencias sociales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gerring, J. (2016). *Case Research: Principles and Practices. Second Edition*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Greenhalgh, T. (2017). *How to Implement Evidence-Based Healthcare*. Oxford: Willey Blackwell.
- Hernández, R, Fernández, C y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. Sexta Edición. CDMX: McGraw Hill.
- Kolata, G. (2002). *Arthritis Surgery in Ailing Knee is Cited as Sham*. New York Times. [falta fecha de consulta y enlace del artículo]
- Krieger, N. (2012). *Epidemiology and the People's Health. Theory and Context*. Oxford: Oxford University Press.
- Lum, C. M., y Koper, C. S. (2017). *Evidence-based policing: Translating research into practice*. Oxford: Oxford University Press.
- Martin, J. (2018). *Thinking Through Statistics*. Chicago: University of Chicago Press
- Martínez, Á. (2008). *Antropología Médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Madrid: Anthropos.
- Mischel, W., y Ebbesen, E. B. (1970). Attention in delay of gratification. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16(2), 329-337.



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

Morse, J. y Niehaus, L. (2009). *Mixed Method Design: Principles and Procedures*. New York: Routledge.

Oliver, K., et al. (2014). A systematic review of barriers to and facilitators of the use of evidence by policymakers. *BMC Health Services Research*, 14 (2), 2-12.

Olsen, L. (2007). *The Learning Healthcare System: Workshop Summary*. Geneva: IOM.

Patashnik, E, Gerber, A y Dowling, C. (2017). *Unhealthy Politics. The Battle over Evidence-Based Medicine*. Oxford: Princeton University Press.

Porta, D y Keating, M. (2013). *Enfoques y metodologías de las ciencias sociales. Una perspectiva pluralista*. Madrid: AKAL.

Ragin, C, y Amoroso, L. (2011). *Constructing Social Research. The Unity and Diversity of Method. Second Edition*. London: Sage.

Rutter, H, et al., (2017). The need for a complex systems model of evidence for public health. *The Lancet*, 390 (10112), 2602-2604.

Sackett, et al., D. L. (1996). Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *BMJ Clinical Research*, 312(7023), 71-72.

Schneider, M. (2011). *Introduction to Public Health. Third Edition*. Jones and Bartlett Publishers: Ontario.

Smith, D. (2005). *Institutional Ethnography. A Sociology for People*. New York: Altamira.

The Lancet. (2018). The Lancet Newspaper. 21 July 2018. Volume 392, Issue 10143.



Dossier: Sede del Sur: humanismo en un contexto de multiculturalidad

29

Trichopoulos, D., Olsen, J., Saracci, R., y Greene, N. (2015). *Teaching epidemiology: A guide for teachers in epidemiology, public health and clinical medicine*. Oxford University Press.

Weiss, G. L., y Lonquist, L. E. (2000). *The Sociology of Health. Healing, and Illness. (3rd ed)* New Jersey: Prentice-Hall. (p. 2). Taylor and Francis. Edición de Kindle.

Wiley, A y Allen, J. (2016). *Medical Anthropology: A Biocultural Approach*. Third Edition. Oxford: Oxford University Press.

Wilkinson, R. (2009). *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone*. New York: Bloomsbury Press.

Wilkinson, R y Pickett, K. (2018). *The Inner Level*. New York: Penguin Press.

