

Calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud y la enfermedad. Una propuesta para la antropología médica

Quality and living conditions as determinants of health-disease. A proposal for medical anthropology

José Carlos Benítez Ampudia

Coordinador de la Red de Ciencia, Tecnología, Salud y Sociedad, Alames, México.
carbenam@yahoo.com.mx

RESUMEN

En este trabajo presento brevemente las categorías analíticas de calidad y condiciones de vida utilizadas por otras disciplinas científicas como la salud pública, la epidemiología, la psicología, la sociología y la medicina social entre otras, para el estudio del proceso colectivo de salud/enfermedad y que pueden de ser de utilidad también a la antropología médica reforzando así su propia metodología.

ABSTRACT

In this paper, I present brief analytical categories of quality and living conditions used by other scientific disciplines such as the Public Health, Epidemiology, Psychology, Sociology and Social Medicine for the study of the collective process of health-disease and that can be of usefulness also to Medical Anthropology, thus reinforcing its own methodology.

PALABRAS CLAVE | KEYWORDS

calidad de vida | condiciones de vida | determinismo biológico | determinismo social | antropología médica | quality of life | living conditions | biological determinism | social determinism | medical anthropology

Del determinismo biológico al social, una breve consideración

Históricamente, después de Descartes, el modelo conocido como mecanicista, ha considerado al cuerpo humano como una máquina, la enfermedad como consecuencia de la avería de la máquina, y a la tarea del médico como la actividad reparadora de ésta máquina, así, la biología y la medicina han desarrollado más vínculos y los avances científicos han permitido comprender cada día más el proceso de salud/enfermedad sobre todo con énfasis biológico con un enfoque reduccionista. Algunos científicos que han contribuido al desarrollo de la medicina como Pasteur, Koch, Bernard entre otros más, introdujeron nuevos conceptos, ideas y descubrimientos que dieron mayor énfasis a las teorías biológicas en la medicina, partiendo desde los niveles de la microbiología hasta la invención de los instrumentos de diagnóstico para el avance de la cirugía. Sin embargo, por otro lado se ha favorecido el desplazamiento de la relación del médico con el paciente, es decir, lo ha alejado de éste concentrándose más en la enfermedad, en lugar de prestar mayor atención al proceso del mantenimiento de la salud. Amén de ésta situación, es necesario considerar que la enfermedad no sólo tiene bases biológicas, sino que en ella influyen los factores del medio ambiente, así como los psicológicos y sociales para potenciarla o disminuirla.

Según Hobbes (1995), la condición humana se deriva de la comprensión de la biología humana, que la enmarca en las posturas filosóficas siguientes: el *reduccionismo*, que es el conjunto de métodos y modos de explicación general del mundo de los objetos y de las sociedades humanas. En este sentido los reduccionistas intentan explicar las propiedades de conjuntos complejos en los términos de las unidades

de que están compuestas estas moléculas o sociedades. El *determinismo biológico* afirma que la naturaleza humana está determinada por nuestros genes, implicando que las causas de los fenómenos sociales se hallan en la biología como los actores individuales en una escena social, es más, la herencia genética, es siempre invocada como expresión de la inevitabilidad; lo que es biológico lo es por naturaleza y por lo tanto es demostrado por la ciencia como inmodificable. Un enunciado básico reduccionista y determinista biológico es que los fenómenos sociales son la suma de los comportamientos de los individuos. El determinismo biológico o biologicismo ha sido un poderoso medio para explicar las desigualdades de estatus, riqueza y poder que ahondan aún más la de salud.

Este determinismo biológico, ha tenido impacto en cada disciplina de la ciencias biomédicas prácticamente desde sus inicios, por ejemplo, desde el surgimiento de la salud pública, se argumenta que ha permitido la disminución (hasta cierto punto) de las enfermedades infecciosas causantes de muchas muertes pues durante el siglo XIX se creía en la teoría de los gérmenes, pero no se aceptaba tanto que la enfermedad tuviera su origen en la pobreza, la desnutrición y la falta de higiene, pues en la actualidad se consideran estos factores como propiciatorios de la enfermedad o por lo menos como condicionantes para que ésta se presente, al respecto sabemos que además de éstos, que los factores sociales, económicos, políticos y culturales en general inciden en la salud de los pueblos.

Por su parte, Rosen (1986) refiere que en el siglo XIX los médicos alemanes ligados a las luchas populares, hicieron muchas propuestas para la explicación de la distribución y determinación de la enfermedad; en esa época se planteaba que la salud del pueblo concierne a la sociedad entera, y que las condiciones económicas y sociales tienen un importante efecto sobre la salud y la enfermedad, por lo que esas relaciones deben ser investigadas. Las ideas de Virchow, por ejemplo, fueron retomadas considerando y reconociendo que existe una estrecha relación entre los problemas de pobreza y la enfermedad; así nació un movimiento político social que propone modificar las condiciones de salud de los individuos resolviendo los fenómenos de la desigualdad social.

Por otra parte el *determinismo social*, según Hobbes (1995), niega la libertad en virtud de la convivencia social. La sociedad impone sus reglas o leyes necesarias para equilibrar los intereses y deseos individuales, pues en caso de faltar dicha reglamentación el hombre se desembocaría en un caos generalizado que atentaría contra todos y cada uno de los individuos. Muchas ciencias sociales hacen uso indiscriminado en el determinismo social, negando o excluyendo otros *determinismos* como el psicológico, el económico, el tecnológico entre tantos más; lo que tal vez caiga en ese reduccionismo que tanto se critica de las ciencias biomédicas principalmente. Por ejemplo, la antropología médica una de las más recientes especializaciones dentro de la antropología cultural, se vale del determinismo cultural (social) o factores socioculturales para el análisis de los conjuntos sociales humanos básicamente en dos áreas según Kenny (1980); en primer lugar, se dedica al estudio comparativo, transcultural, de los conceptos de salud y enfermedad en distintas sociedades. En segundo término, se interesa por las formas no occidentales del tratamiento de las enfermedades, muchas de ellas en vías de desaparición como resultado de la expansión de la medicina occidental o bien por la desaparición física de los portadores de esos conocimientos.

Otro ejemplo del determinismo social, que incluso podría considerarse como *oficial*, es aquel que la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS (2005), apunta que las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los recursos sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto. Es así como enferman y mueren con mayor frecuencia que aquéllas que pertenecen a grupos que ocupan posiciones sociales más privilegiadas. Paradójicamente, existe suficiente evidencia, particularmente proveniente de países desarrollados, de acciones posibles para disminuir dichas inequidades, principalmente a través de la implementación de políticas e intervenciones de salud que actúen sobre los *determinantes sociales*. En consecuencia, los problemas sanitarios se han mantenido, las inequidades en salud y atención sanitaria han aumentado, y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo han sido insuficientes.

Finalmente, no es objetivo de éste trabajo hacer una descripción exhaustiva de las finalidades y objetivos de la antropología médica y de los aportes que esta ha realizado al estudio de los procesos colectivos de salud/enfermedad; sino baste decir que hoy día la antropología médica, como otras disciplinas (medicina social, antropología médica crítica, salud pública crítica) se presenta como una corriente de pensamiento alternativa (¿determinismo socio-cultural?) (1) que estructura un método distinto al de las ciencias biológicas o del modelo biomédico para el estudio del proceso de salud/enfermedad colectivo, ya que se plantean teorías diferentes a la salud pública o a la epidemiología por ejemplo.

El carácter específico de la antropología médica radica en el reconocimiento de que la salud/enfermedad para su estudio, utiliza marcos analíticos de las ciencias sociales, interpretando a la sociedad y a su historia, es decir, deja claro que el enfoque interpretativo histórico-social es indispensable. La antropología médica generalmente, pero no necesariamente, parte de los conceptos centrales del materialismo histórico para explicar el carácter social de la realidad sanitaria, reflexionando sobre los retos necesarios para la construcción de una sociedad más equitativa en materia de salud. Sin embargo, la antropología médica no representa una contradicción absoluta ante las ciencias médicas; ya que la crítica, por ejemplo a la salud pública ha permitido a la antropología médica (y viceversa) definir claramente algunos objetos de estudio como los determinantes de la salud/enfermedad, el saber médico y la práctica médica; por lo que existe entonces, planteamientos alternativos o complementarios que explican el proceso de salud/enfermedad, sus determinantes y su distribución. Por otro lado, desde la epidemiología se ha consolidado la idea de la determinación social del proceso salud/enfermedad y se ha mostrado la desigualdad de su distribución.

Dado lo anterior pasemos al punto central del tema, de cómo la calidad y condiciones de vida como categorías analíticas son consideradas como *determinantes* en el proceso de salud/enfermedad colectivo humano y que éstas pueden servir de apoyo a la antropología médica para sus investigaciones en dicho campo.

Breve revisión de los conceptos analíticos de calidad y condición de vida vistos desde diferentes disciplinas científicas

En este apartado, a reserva tal vez de quedarme corto, se da una visión general de algunas consideraciones que al respecto de la *calidad y condición de vida* se tienen desde diferentes ciencias. Con el fin de tener una idea de estos conceptos, planteamos la pregunta de ¿Cuáles son los conceptos analíticos para determinar la salud/enfermedad colectiva que sean más adecuados para que, desde una perspectiva teórica nos permita construir un puente entre los procesos sociales y los procesos biológicos?

Resulta un reto definir los conceptos analíticos más útiles que correspondan a la especificidad del objeto de estudio, que en este caso son los determinantes de la salud/enfermedad. Cabe señalar que en el nivel más teórico general, los conceptos de *calidad y condición de vida* permiten derivar otros conceptos y categorías para explicar el proceso de salud/enfermedad colectiva.

En la sociología, la psicología, la medicina (y sus disciplinas como la epidemiología y la salud pública), o desde otras ciencias como la antropología, así como, la medicina social; existe la diferencia conceptual entre calidad y condición de vida, inclusive, cómo evaluar cada una.

Las acepciones de: término, noción, concepto y categoría de *calidad y condición de vida*, se mencionan indistintamente por varios autores desde 1960 aproximadamente y hasta la actualidad, durante este periodo los científicos sociales y otros han recolectado datos sobre los aspectos socioeconómicos, educación y vivienda como una alternativa para evaluar la *calidad de vida*. Algunos investigadores han sugerido que se debe realizar una diferenciación respecto a la *calidad de vida* relacionada con la salud, que tiene que ver con el valor de los aspectos mismos de la vida y que no son considerados habitualmente, tales como: el ingreso, la libertad y la calidad del medio ambiente, entendiendo que éste

concepto es una preocupación encaminada de los individuos por su enfermedad que padecen, más que por la ausencia de su salud, es decir, se relaciona con un sentimiento de valor, veamos a algunos autores que han abordado el tema.

Por ejemplo, los psicólogos Day y Jankey (1996), han sugerido mediciones subjetivas para evaluar de forma individual la *calidad de vida*, a través de indicadores como la satisfacción individual respecto de la vida. Meeberg (1993), considera que generalmente la *calidad de vida* se ha relacionado con la interpretación subjetiva donde intervienen factores psíquicos y somáticos de los individuos, utiliza al menos cuatro conceptos para el análisis de la *calidad de vida*:

- a) Sentimiento de satisfacción de la vida en general.
- b) Capacidad mental para evaluar cada uno de nuestras satisfacciones.
- c) Un estado *aceptable* físico, mental, social y emocional como determinante de la salud del individuo.
- d) Una evaluación objetiva de otra persona que ha vivido condiciones similares.

Por su parte, Leidy (1994), ha sugerido que el estado funcional óptimo, consiste en el entero dominio de las funciones vitales y como un concepto multidimensional caracterizado por la capacidad de proveerse de las necesidades para la vida, esto es, lo que la gente reúne para sus necesidades básicas en el curso normal de su vida, que cumple con sus funciones y mantiene su salud y bienestar.

El dominio de las funciones a las que Leidy hace referencia, no está solamente confinado al funcionamiento físico, incluye también el funcionamiento psicológico, social y espiritual. Sin embargo, la tendencia ha sido considerar el valor relativo de las funciones solamente en el plano físico. Evidencia de ello, es la utilización de la escala de Karnofsky diseñada en 1947, que evalúa o mide la habilidad personal para cumplir con las *actividades de la vida diaria*, como sería bañarse o alimentarse uno mismo. Esta escala contempla una gradación de 0 a 100. Para Leidy el estado funcional no es coincidente con el concepto de *calidad de vida* por dos razones. La primera, es que para evaluar tan sólo se utiliza la escala funcional de Karnofsky y segundo, porque siendo medido el estado funcional de forma objetiva no se consideran los aspectos subjetivos para su interpretación de la *calidad de vida*.

Por otro lado, Ebrahim (1995) relacionando la salud con la *calidad de vida* ve a esta como el valor asignado a la duración de la vida como modificación del estado funcional, percepciones y oportunidades sociales que han sido influenciadas por la enfermedad, daño, tratamiento o las políticas. El estado de salud como ya es conocido, no solo es la ausencia de enfermedad, de hecho para Brown (1996) la salud es con frecuencia citada como uno de los componentes más importantes que determina la *calidad de vida* de los individuos, pero también la *calidad de vida* determina la salud de estos. Asimismo, Kaplan y Anderson (1996) consideran a la salud como la ausencia de enfermedad y síntomas, y además relacionan la salud con la *calidad de vida* como el efecto de las condiciones de salud/enfermedad sobre las funciones. Por su parte, Padilla (1996), relaciona la salud con *calidad de vida* como determinante de la forma en la cual se dan los cambios en la salud, particularmente por enfermedades severas o crónicas, condiciones de co-morbilidad y tratamientos relacionados con afectación a las dimensiones de bienestar. Vista de esta manera, la concepción que se tiene de salud, no se puede reducir a la simple ausencia de la enfermedad y síntomas, siendo que para los individuos la salud/enfermedad es más que eso. Bowling (1995), observa esto y apunta además que depende inclusive de la cultura, la edad, el género, el nivel de educación y el estatus socioeconómico (determinantes sociales). Mount y Cohen (1995), consideran a la salud como una sensación de la integridad personal o entereza, comprendida así como el dominio físico, mental-emocional y espiritual-existencial. En este sentido, no queda claro si la salud se subsume a la *calidad de vida*; o si ésta es determinante de la salud/enfermedad o más aún, si todas ellas son sinónimos. Lo que sí queda claro es que cada investigador ha desarrollado su propia concepción de lo que es la *calidad de vida* relacionada con el fenómeno del proceso de salud/enfermedad.

El problema de la satisfacción de las necesidades humanas, en último término lleva a una determinada *calidad de vida*. Blanco (1997), considera a la *calidad de vida* como el grado de satisfacción de necesidades básicas, bienestar o privación en un periodo de observación; entendiéndose que el nivel de

satisfacción de éstas necesidades va a permitir la estimación de la *calidad de vida* de la sociedad.

La satisfacción de estas necesidades, desde la perspectiva del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), incluye el grado de nivel económico alcanzado por los países como factor preponderante. Sin embargo, según un estudio realizado por el Centro Latinoamericano de Trabajo Social CELATS (1991), la relación entre crecimiento económico y satisfacción de necesidades humanas es necesaria pero no suficiente, se requiere de medidas adicionales y en consecuencia no es automático el impacto del desarrollo económico en la calidad de vida de toda la población.

Pasemos ahora a revisar también de manera breve las definiciones concernientes a las *condiciones de vida*.

El reconocimiento de estas relaciones citadas anteriormente, para Blanco (1994), y la definición de *calidad y la condición de vida* de los grupos, colectividades o sociedades humanas y su relación con el estado de salud y enfermedad no son hechos recientes, surge simultáneamente en varios países europeos a mediados del siglo XIX con un grupo de reformadores sociales, entre los que destacan los higienistas y promotores del movimiento de reforma médica.

Los organismos internacionales para la salud como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1994), ha propuesto que para evaluar las *condiciones de vida*, por ejemplo, tan sólo se requiere de dos factores: los recursos económicos disponibles y el grado de acceso al desarrollo social. Este último, construido a partir del *indicador global de accesibilidad al desarrollo social acumulado* (IGADSA), y que no incluye la mortalidad y morbilidad.

El IGADSA considera cinco variables:

1. El acceso a servicios básicos de salud.
2. El acceso a recursos económicos (representado por el salario mínimo).
3. El acceso al sistema educativo (educación básica).
4. El acceso a nutrientes (fundamentalmente para la subsistencia).
5. El acceso a saneamiento básico elemental.

Así el IGADSA solamente pretende reflejar el grado de accesibilidad de la población a componentes básicos de mínimo nivel, para "asegurar" las *condiciones de vida* mínimas de subsistencia relacionados con la situación de salud. Así mismo, al realizar una comparación entre los países Latinoamericanos señala la Organización Panamericana de la Salud, que las *condiciones de vida* de las poblaciones de cada país están correlacionadas con el nivel de desarrollo económico alcanzado, el cual se traduce en la magnitud de los recursos disponibles y establece también la correlación con el modelo de desarrollo que ha predominado en la región; el cual corresponde a una mayor o menor accesibilidad de la población a los recursos básicos para su salud y el bienestar. Con esto se infiere que las *condiciones de vida* están relacionadas con el nivel de desarrollo económico y con la accesibilidad al desarrollo social acumulado en el respectivo país (además de sus variables).

Estas medidas adicionales frecuentemente se usan para expresar las *condiciones de vida* definidas por la Organización Panamericana de la Salud (1994) como las relaciones con el nivel de desarrollo económico y accesibilidad al desarrollo social acumulado en el respectivo país. Se incluyen además otras variables o determinantes sociales como el empleo, desempleo, subempleo, salario, gasto público, precios en los alimentos, accesos a los servicios básicos, tasas de natalidad y mortalidad, fecundidad, analfabetismo, ingreso per cápita, educación, salud, etc., y que en el presente trabajo no serán revisados. Lo anterior nos habla de que es condición necesaria que la magnitud de los recursos disponibles, sobre todo económicos, sean suficientes para la satisfacción de las necesidades de los individuos de una sociedad y que estas actúen como determinantes para un mayor acceso a los servicios de salud, de educación, de alimentación, de vivienda y desde luego a salarios o sueldos "decorosos".

Brehil y Granda (1985), respecto de la *calidad y condición de vida* hacen referencia al proceso de salud/enfermedad visto bajo el criterio de la epidemiología al describirlo como la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos la aparición de riesgos o potencialidades características, las cuales a su vez se manifiestan en la forma de perfiles o patrones de enfermedad o de salud. En segundo término, lo relacionan con la exposición de los procesos de riesgos que provocan la aparición de enfermedades y forma de muerte específicas. Para la *condición de vida*, la relacionan con el perfil de salud/enfermedad en tres dimensiones a saber:

- a) La dimensión estructural formada por los procesos de desarrollo de la capacidad productiva y las relaciones sociales que operan en el contexto donde ha aparecido un cierto problema epidemiológico.
- b) La dimensión particular formada por los procesos llamados de reproducción social.
- c) La dimensión individual formada por los procesos que en última instancia llevan a enfermar o morir, o que por el contrario, sostienen la normalidad y desarrollo somáticos y psíquicos.

Es decir, por un lado dependiendo de la *calidad de vida* de los individuos serán los riesgos que lo lleven a la enfermedad e incluso a la muerte y, por otro lado, que *la condición de vida* se relaciona con las dimensiones de las capacidades desarrolladas por los individuos dentro de las relaciones sociales y productivas, determinando así un perfil específico de salud/enfermedad.

Por su parte Nunes (1986), propone que el análisis epidemiológico se realice en conjunto con el proceso de salud/enfermedad y la sociedad, o sea que aborda el problema de las condiciones sociales bajo las que se produce, desarrolla y difunde el fenómeno salud/enfermedad. Esto lo lleva a cabo a través de dos categorías que expresan las formas de inserción socio-económica: *condiciones de trabajo* y *condiciones de vida*, que explican según la autora, la distribución de los diferentes riesgos de morbimortalidad de la población. Possas (1989), en este mismo sentido, precisa que las *condiciones de vida* están relacionadas a la dimensión espacial de la ocupación del espacio urbano y rural, a la densidad poblacional en las periferias urbanas, a las condiciones de alimentación, habitación saneamiento, transporte y medio ambiente, entre otros. Así mismo hace referencia a la diferencia entre *condiciones de vida* que como se aprecia son relativas a las condiciones materiales para la subsistencia, y los *estilos de vida* son referidos a las formas sociales y culturalmente determinadas de vida. Ambas dimensiones son *condiciones de existencia* que caracterizan el *modo de vida* que es la categoría más general que abarca las condiciones básicas de subsistencia y aspectos de comportamiento de la naturaleza socio-cultural de los individuos. En este sentido resulta interesante que los autores citados, articulan las *condiciones de vida*, *estilos de vida*, *modo de vida* y *condiciones de existencia* como un todo, pero no delimitan o precisan cómo cada una de ellas influye en el proceso de salud/enfermedad colectivo dentro del análisis epidemiológico que hacen referencia.

Es menester resaltar que la *calidad y la condición de vida* de los individuos son conceptos que por sí mismos no definen o determinan con precisión el proceso de salud/enfermedad colectivo; es necesario articularlos con otras categorías (que no serán revisadas en este trabajo) como la reproducción social, la clase social, la desigualdad y la pobreza que ayudan a entenderlos, y que permiten abordar los procesos de salud/enfermedad desde una visión que va más allá de la medicina positivista o biologicista. En el caso de la salud pública y la epidemiología, éstas pretenden explicar que determinadas *condiciones y calidad de vida* tienen por sí mismas un peso sobre la salud o la enfermedad de las sociedades, así como, prestan apoyo para analizar algunas de las investigaciones realizadas en el campo de las ciencias sociales.

Conclusión

Es preciso señalar que las investigaciones en torno a los problemas relativos a la calidad y condición de vida, como determinantes de la salud/enfermedad colectiva vistos desde las ciencias sociales sigue en construcción tanto teórica como metodológicamente. estoy convencido de que la antropología médica, tomando el ejemplo desarrollado por la medicina social, la salud pública o la epidemiología, puede hacer

aportes para la comprensión de los procesos de salud/enfermedad colectivos indispensables para la obtención de un estado de salud universal, ya que, el estudio y análisis del proceso colectivo de salud/enfermedad, no está solo en la construcción teórica-metodológica que los autores plantean, sino en que para analizar el objeto de estudio -la determinación de la salud/enfermedad a través de la calidad y condiciones de vida- se viaja a través de una red interminable de teorías, de conceptos y categorías sociales; tampoco la dificultad no está en explicar la determinación de la salud/enfermedad de manera teórica a través del paso de lo biológico a lo social, sino como operacionalizarlas, es decir, como llevar dichas teorías a la realidad y con resultados factibles.

Toda la teorización y sus variables para diagnosticar y determinar los procesos colectivos de salud/enfermedad en un mundo donde la injusticia social es preeminente, el desarrollo de la antropología médica como parte de las ciencias médicas, podrá contribuir a definir mejor los marcos referenciales sobre los cuales la sociedad moderna conquistará mejores niveles, condiciones, calidad y estilos de vida y, por ende, de salud.

Nota

1. "La idea de que la sociedad es la que determina las pautas de valoración y conducta puede llamarse determinismo social. Su tesis central es que toda tabla de valores y todo código de conducta emerge, se desarrolla y, eventualmente, desaparece junto con la sociedad en que se da. A este respecto, el código moral no se distinguiría del civil o del comercial: en todos los casos se trataría de normas de convivencia social, ajustadas al tipo de sociedad de que se trata. Así como el determinismo biológico y el psicológico son absolutistas, el determinismo social es relativista: cada sociedad adopta los valores y las normas que necesita" (Mario Bunge, "Los determinantes de la moral humana", *El País*, 19-4-1982).

Referencias bibliográficas

Blanco Gil, J. (y Orlando Sáenz)

1994 "Espacio Urbano y Salud". Colección Fin de Milenio, Serie Medicina Social, Universidad de Guadalajara, México.

1997 "Calidad de vida", en R. Eibenschutz (coord.), *Bases para la planeación del desarrollo urbano en la ciudad de México*. Tomo I, Economía y Sociedad en la Metrópoli. México, UAM-X, Grupo Editorial Porrúa: 153-193.

Bowling, A.

1995 "What things are important in people's lives? A survey of the public's judgments to inform scales of health related quality of life", *Social Science and Medicine*, n° 41:1447-1462.

Breihl, J. (y E. Granda)

1985 "Producción y distribución de la salud-enfermedad, como hecho colectivo", *Investigación de la salud en sociedad*, CEAS/Fundación Salud y Sociedad, Bolivia: 45-64.

Brown, I. (y otros)

1996 "The centrality of quality of life in health promotion and rehabilitation", en R. Renwick *et al.* (eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. Thousand Oaks, CA, Sage: 3-13.

Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS)

1991 *Salud comunitaria y promoción del desarrollo. Curso de educación a distancia. Módulo I: necesidad y calidad de vida*. Lima.

Day, H. (y S. Jankey)

1996 "Lessons from the literature: Toward a holistic model of quality of life", en R. Renwick *et al.* (eds.), *Quality of life in health promotion and rehabilitation*. Thousand Oaks, CA, Sage: 39-62.

Ebrahim, S.

1995 "Clinical and public health perspectives and applications of health-related quality of life measurement", *Social Science and Medicine*, vol. 41, n° 10: 1383-1394.

Hobbes, T.

1995 *Leviatán*. Barcelona, Círculo de Lectores.

Kaplan, R.M. (y J. P. Anderson)

1996 "The general health policy model: An integrated approach", en B. Spilker (ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, Philadelphia, Lippincott-Raven: 309-322.

Kenny, M. (y J. M. de Miguel) (ed.)

1980 *La antropología médica en España*. Barcelona, Anagrama.

Leidy, N. K.

1994 "Functional status an the forward progress of merry-go-rounds: Toward a coherent analytical Framework", *Nursing Research*, 43: 196-202.

Meeberg, G. A.

1993 "Quality of life: A concept analysis", *Journal of Advanced Nursing*, 18: 32-38.

Mount, B. M. (y S. R. Cohen)

1995 "Quality of life in the face of life-threatening illness: What should we be measuring?", *Current Oncology*, 2: 121-125.

Nunes, D. E. (ed.)

1986 *Ciencias sociales y salud en América Latina. Tendencias y perspectivas*. Montevideo, OPS-CIESU.

Organización Panamericana de la Salud

1994 *Condiciones de Salud en las Américas*. Vol. I, n° 549.

Padilla, G. V. (y otros)

1996 "Quality of life-Cancer", en B. Spilker (ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, Philadelphia, Lippincott-Raven: 301-308.

Possas, C.

1989 *Epidemiologia e sociedade. Heterogeneidade estrutural no Brasil*. Sao Paulo, Edit. Hucitec.

Rosen, G.

1986 *De la policía médica a la medicina social*. México, Siglo XXI.

Documentos en Internet

Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Versión: marzo de 2005. En Internet (acceso: 23 de septiembre de 2008):

http://www.who.int/social_determinants/strategy/QandAs/es/index.html

Recibido: 22 septiembre 2010 | Aceptado: 12 noviembre 2010 | Publicado: 2010-11

