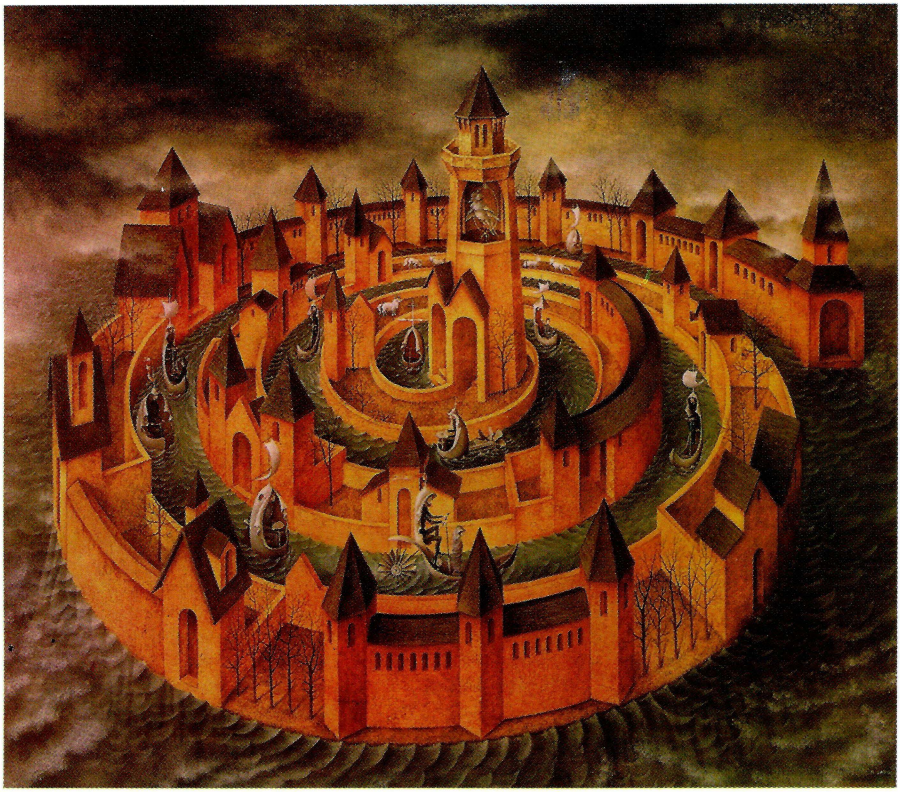
ROBERTO CASTRO

TEORÍA SOCIAL y SALUD



Lugar Editorial

CRIM

Teoría social y salud

Teoría social y salud

Roberto Castro

Universidad Nacional Autónoma de México
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias
El Lugar Editorial
2010

Primera edición: 2010

© Universidad Nacional Autónoma de México,
Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias,
Av. Universidad s/n, Circuito 2, Col. Chamilpa, CP 62210,
Cuernavaca, Morelos, México.

© Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: crim@servidor.unam.mx
Sitio en Internet: http://www.crim.unam.mx

ISBN: en trámite

Impreso y hecho en México

A la memoria de mi madre, Ma. Esther Pérez León,
suprema lección de amor y magisterio

Agradecimientos

Estoy en deuda con Lucía Cristina Ortiz Domínguez, quien se desempeñó profesional y entusiastamente como asistente en la preparación de esta obra, concentrada particularmente en la sistematización de las referencias bibliográficas.

Agradezco a la Dra. María Cecilia Minayo de Souza, editora de la revista Ciencia & Saúde Colectiva, el permiso para reproducir aquí, con algunas modificaciones, el capítulo I de este libro, originalmente publicado en dicha revista en 2003, en el volumen 8 número 1, pp. 47-62.

Índice

Introducción 13

I. Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales 23

II. Los determinantes sociales de la salud-enfermedad. Tres aproximaciones al tema para una epidemiología sociocultural reflexiva 47

III. Interaccionismo simbólico y salud. Supuestos metateóricos y consecuencias empíricas 69

IV. La mirada de la fenomenología sociológica en salud 109

V. Navarro y la medicina social latinoamericana a mediados de la década de los ochentas 129

VI. Hábitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México 149

VII. Dificultades en la integración entre métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud 173

Referencias 193

Introducción

Una de las mayores dificultades de las ciencias sociales, dice Pierre Bourdieu (1999, 2000), es que sus objetos son objeto de luchas. Prácticamente no hay materia de la que se ocupen estas disciplinas que no susciten polémicas, debates, censuras y divisiones. Y, a diferencia del objeto de otras disciplinas tan distantes de la experiencia cotidiana del ciudadano común (distancia que, sin duda, contribuye a la respetabilidad de la que gozan) como la física cuántica o la astronomía, el objeto de las ciencias sociales parece pertenecer al reino de lo inmediato, de lo que se vive todos los días con gran familiaridad, de aquello acerca de lo cual todos reclaman poseer ya un conocimiento previo. Porque una cosa son los quarks, o el movimiento de las placas tectónicas, o el genoma humano, materias de las que a veces no entendemos ni la palabra con la que se les nombra, mientras que muy otra cosa parece ser la cultura, la sociedad, las clases sociales, los valores, o la inercia por la que hacemos tantas cosas, materias todas de las que siempre tenemos una opinión o algo que decir. Todos hacemos *sociología espontánea*, mucho más de lo que puede haber (si acaso la hay) física o microbiología espontáneas.

La razón de ello es muy simple: el objeto de estudio de las ciencias sociales somos nosotros mismos y la sociedad en la que estamos inmersos. Estamos implicados en la sociedad, y ello es la causa de que todo lo que se dice sobre ella tenga implicaciones para nosotros, mientras que el objeto de las demás disciplinas, particularmente de las llamadas ciencias exactas, suele corresponder a niveles de realidad que nos resultan ajenos a, o al menos independientes de nuestra vida

diaria. Nada de mi experiencia cotidiana me remite a los hoyos negros o a la teoría de las cuerdas. Por tanto, lo que se diga al respecto podrá fascinarme (cuando no de plano resultarme indiferente), pero difícilmente lo tomaré como una provocación. En cambio, que alguien diga, en una sobremesa familiar, que en esta sociedad "cada quién tiene lo que se merece", y que por tanto, la existencia de clases sociales es algo "normal" que, por lo demás, "siempre han existido", tiene muchas más probabilidades de provocar una variedad de respuestas, desde aquellas de plena adhesión a dicho punto de vista, hasta respuestas contrarias, como la de alguien que opine que la pobreza en sí misma es expresión de la injusta distribución de las oportunidades, de la propiedad y de la riqueza. De la misma manera, prácticamente nadie, salvo los especialistas, se ocupan de explicar las variaciones en la actividad solar, o la causa del fenómeno meteorológico conocido como El Niño, mientras que prácticamente todos tenemos alguna hipótesis acerca del origen de los males de nuestra sociedad, como el desempleo o la delincuencia: algunos dirán que se trata de una crisis de valores, otros acusarán a la baja calidad del sistema educativo, algunos más harán responsable directamente al gobierno o al sistema económico, y otros dirán que es un problema de personalidades: "es que así somos los mexicanos, o los argentinos, o los peruanos…".

Pero las ciencias sociales son ante todo eso: ciencias. Poseen marcos teóricos y métodos de análisis especializados, y pueden (y deben) desarrollarse, en la construcción de sus objetos de estudio, con rigor y mediante procedimientos que quedan, por principio, sujetos al escrutinio y la valoración de los pares. Pues de eso se trata el método científico: del carácter público, auditable, de sus conceptos, pasos, técnicas y hallazgos, a diferencia de las opiniones de sobremesa que señalábamos arriba, que no están sujetas a ningún tipo de verificación *controlada*.

La sociología espontánea carece de controles: sus variadas expresiones proceden del sentido común, de lo que se difunde a través de los medios y, en todo caso, de alguna que otra lectura realizada recientemente, bien se trate de algún autor de moda, o hasta de algún suplemento periodístico de fin de semana casualmente caído en nuestras manos. Las ciencias sociales, en cambio, buscan controlar la manera en que se nombra la materia de estudio (mediante conceptos), aquello

con lo que ésta se relaciona (marcos teóricos), la forma de estudiarla (métodos y técnicas específicas), y la coherencia de los resultados con todo lo anterior.

El científico social también propende, como cualquier otro individuo, a la sociología espontánea. Al estudiar científicamente un problema en particular, requiere de una constante vigilancia epistemológica que le permita verificar que está construyendo el problema de estudio de manera adecuada, que su investigación se inserta claramente dentro de alguna tradición científica, que sus conceptos y métodos son consistentes con su disciplina, y que la interpretación de sus hallazgos es rigurosa. Pese a su formación especializada, el científico social siempre corre el riesgo de terminar recurriendo al sentido común, o a explicaciones no controladas, espontáneas, para dar cuenta del problema que se ha propuesto investigar. De ahí una de las principales dificultades para hacer ciencias sociales.

II

Quizás resulte sorprendente para los lectores jóvenes enterarse que el trabajo conjunto entre especialistas de ciencias sociales y ciencias de la salud en América Latina ronda ya el medio siglo de antigüedad. Esta confluencia ha conocido diversas denominaciones, que muchas veces han sido expresiones de posicionamientos ideológicos y políticos específicos en esta materia. Expresiones de lucha en torno al objeto, como decíamos arriba. Así, en diferentes momentos se ha hablado de Ciencias de la Conducta y Medicina, Sociología *en* la Medicina, Sociología *de* la Medicina, Sociología y Antropología Médicas, Medicina Social, y otras. Es en la década de los sesentas del siglo pasado cuando este campo de investigación y acción comenzó a configurarse de manera clara. El trabajo fundacional de Juan César García fue determinante a este respecto (Nunes, Rodrígues y Franco, 1994), así como los pioneros esfuerzos por integrar la enseñanza de las ciencias sociales en las facultades de medicina (Badgley, 1966). A lo largo de todos estos años, la vasta producción académica en la materia atestigua el dinamismo de este campo, así como la diversidad de posturas, aproximaciones, con-

ceptualizaciones y propuestas derivadas del encuentro entre la salud y lo social.[1]

A pesar de todo este saber acumulado, dentro del cual, desde luego, es posible advertir muy diferentes niveles de calidad científica, suele ocurrir que los estudiantes de salud pública y medicina social no estén familiarizados con la diversidad de paradigmas teóricos dentro de las ciencias sociales, ni con las aportaciones que se han hecho, desde varios de ellos, en relación al campo de la salud. Y algo similar ocurre con los estudiantes de ciencias sociales, que no siempre están al tanto de las posibilidades de construcción de la salud como objeto de trabajo de sus propias disciplinas, ni sobre el cúmulo de literatura existente en torno a esta materia.

Esta falta de conocimiento en la materia lleva, en el primer caso, a la realización de estudios preocupantemente más próximos a la sociología espontanea que al quehacer auténticamente científico. En ocasiones se publican estudios que denotan el uso equivocado o forzado de ciertos marcos teóricos, quizás por cierta adscripción dogmática de los autores a su propia perspectiva, o quizás simplemente por mero desconocimiento de la variedad de enfoques existentes, algunos de los cuales posibilitarían una mejor construcción del objeto. En otros casos se publican estudios "cualitativos" que demuestran que la narrativa de los entrevistados se analiza sin referencia a ningún marco teórico sólidamente establecido, o bien que invocan a la *teoría fundamentada* como su anclaje teórico, cuando ésta última en realidad es simplemente una técnica de análisis. A veces se presume que se trata de estudios fenomenológicos tan sólo porque se cita de paso a algún autor rele-

[1] A modo simplemente de introducción a esta enorme cantidad de literatura, el lector querrá revisar algunos de los compendios más destacados, como el de Nunes (1985), así como el número editado por este mismo autor de la revista Ciencia & Saúde Colectiva, dedicado enteramente a esta cuestión (Nunes, 2003). Vale la pena también revisar las publicaciones que derivaron de los diversos congresos de Ciencias Sociales y Medicina realizados en Santiago de Chile en 1991 (Lolas *et al*., 1992); en Córdoba, Argentina, en 1993; en Atibaia, Brasil, en 1995; en Cocoyoc, México, en 1997 (Bronfman y Castro, 1999); en Isla Margarita, Venezuela, en 1999 (Briceño-León, de Souza Minayo y Coimbra, 2000); en Santa Clara, Perú, en 2001 (Cáceres *et al*., 2003); y en Angra do Reis, Brasil, en 2003. Y desde luego, el trabajo acumulado de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (http://www.alames.org), fundada en 1984 y que ha celebrado ya diez congresos en la región.

vante en esta perspectiva, pero el análisis que se ofrece no demuestra ningún vínculo sólido con dicha escuela. O bien, también existen los estudios estadísticos y epidemiológicos que operan sobre la base de la muy difundida y errónea creencia de que "los datos hablan por sí mismos", dejando así a los intervalos de confianza identificados en un análisis de regresión, o a un valor de p menor de .05 la supuesta explicación de los determinantes de la variable dependiente en cuestión.

Esta situación así descrita no es únicamente el resultado de una falta de rigor de los investigadores, sino que obedece también a una situación estructural, discernible sociológicamente. En efecto, por una parte se ha desarrollado una ciencia social en salud relativamente autónoma (o bien sujeta a sus propias determinaciones) —en el caso de México esto se refiere ante todo a la medicina social— pero que, albergada en algunas universidades, suele permanecer ajena al sector salud, desde donde también es ignorada en ambos sentidos de la palabra. Se trata entonces de un quehacer que en ocasiones puede alcanzar un alto nivel de desarrollo teórico y metodológico, pero que tiene poco impacto en el ámbito de las políticas y los programas de salud. Y por otra parte, desde las instituciones oficiales de salud pública, se incentiva el desarrollo de una "ciencia social" a modo, subalterna, con fines meramente instrumentales, sin mayor potencial crítico. Es un quehacer con más impacto en el sector, pero siempre dentro de los estrechos límites que determina el propio *establishment* médico.

El libro que el lector tiene entre sus manos está escrito con una finalidad didáctica buscando ofrecer una introducción al campo de la sociología médica y que pueda ser útil a ambos tipos de estudiantes, los de ciencias sociales y los de ciencias de la salud. La idea es ofrecer elementos que ayuden a trascender las determinaciones antes señaladas, tanto las que favorecen la producción de una sociología espontánea, como las que se asocian con la producción de una ciencia social en salud autónoma pero sin impacto, o con cierto impacto pero subalterna. Si bien nos queda claro que la superación de tales determinaciones no depende únicamente de un mayor conocimiento de la riqueza existente dentro de la sociología médica, es incontestable que ésta es ciertamente una condición necesaria para impulsar una movilización más iluminadora.

III

El libro reúne cinco trabajos inéditos junto con dos trabajos publicados en versiones previas pero que han sido modificados para esta edición. El capítulo I presenta una síntesis del desarrollo de la sociología médica en México.[2] Se inicia por identificar las tres fuentes originarias del pensamiento médico-social en este país y señalar algunos de los principales debates ocurridos entre algunas de ellas. Posteriormente se caracteriza con cierto detalle la etapa posterior al movimiento fundador, donde advertimos que con frecuencia la segunda y tercera generación de investigadores en la materia ha sabido beneficiarse de los aportes de las tres corrientes originarias, dando lugar a sí a una multiplicidad de investigaciones a veces muy relevantes.

El capítulo II presenta una clasificación y un análisis de los determinantes sociológicos de la salud-enfermedad. Veremos ahí que caben tres aproximaciones al tema, cada una implicando un nivel de problematización adicional a la anterior. Así, la primera aproximación se refiere al abordaje clásico en sociología médica, en donde se adopta un concepto poco problematizado de salud-enfermedad (básicamente definido con criterios biomédicos), y donde la aportación de las ciencias sociales estriba básicamente en la identificación y propuesta de jerarquización de los determinantes sociales (esto es, no biomédicos) de la enfermedad. En la segunda aproximación, en cambio, se problematiza el concepto mismo de salud-enfermedad y se muestra su carácter socialmente construido. Entendido así, la búsqueda de los determinantes es la búsqueda de los factores que dan lugar a tales construcciones sociales. Y la tercera aproximación es un esbozo de lo que sería problematizar al sujeto que problematiza, e incluir a la propia perspectiva sociológica como sujeta también a determinantes sociales. En otras palabras: la necesidad de problematizar la problematización.

El capítulo III ofrece una introducción al interaccionismo simbólico aplicado al campo de la salud. Se muestra ahí que ésta es una de las corrientes más fértiles en el estudio sobre todo de las enfermedades

[2] Publicado originalmente en Ciencia & Saúde Colectiva 8(1): 47-62. Se reproduce aquí, con cambios, con permiso de la editora.

crónicas. La primera parte presenta una síntesis de los orígenes y de los principales autores y postulados de esta escuela de pensamiento, y termina con la identificación puntual de las principales decisiones metateóricas que la sustentan. Éstas, como se explica ahí, permiten al paradigma centrar su atención con lujo de detalle en cierto tipo de fenómenos sociales asociados al manejo y los significados en torno a la enfermedad, pero al costo de ignorar otros aspectos cruciales, como el contexto social de los actores. La segunda parte del capítulo explora la aplicación propiamente dicha del paradigma al estudio de los problemas de salud. Se distinguen ahí dos enfoques: el modelo del orden negociado y el enfoque de la teoría de la etiquetación. Dentro del primero, a su vez, se revisan los principales aportes de esta corriente en las áreas del manejo de la enfermedad crónica, la formación de estudiantes de medicina y enfermería, y la interacción médico-paciente. Dentro del segundo se retoma la discusión sobre el carácter socialmente construido de la enfermedad ahí donde la dejamos en el capítulo anterior, y se describe el análisis que hace esta corriente de la enfermedad en tanto una forma de desviación social. La sección concluye resaltando los alcances y las limitaciones de esta perspectiva en su aplicación en el ámbito de la salud.

El capítulo IV constituye una introducción al enfoque de la fenomenología sociológica en salud. Como en el caso anterior, se parte por identificar los orígenes de esta perspectiva, retomando a los principales autores y conceptos. En un segundo momento el capítulo identifica a las principales corrientes que se derivan de este enfoque, tales como la etnometodología, la sociología cognitiva y el análisis conversacional, y ciertas corrientes del construccionismo social, y analiza los más bien escasos aportes de estas corrientes en el campo de la salud. La tercera parte retoma el enfoque de la fenomenología y analiza la situación actual de esta corriente en relación al estudio de la experiencia subjetiva de la salud y los padecimientos. El capítulo deja en claro que es esta experiencia subjetiva el objeto privilegiado de la fenomenología en el terreno que nos ocupa, y concluye advirtiendo sobre los riesgos de trivialización que se corren con este enfoque cuando no se le usa bajo estrecha vigilancia epistemológica.

El capítulo V ofrece una introducción al análisis marxista en salud. Para ello, adoptamos la estrategia de analizar los desarrollos originales de este enfoque (ocurridos en la década de los setentas y los ochentas del siglo pasado) comparando la producción de varios autores latinoamericanos con la que se desarrollaba en Estados Unidos, básicamente bajo la égida de Vicente Navarro. Para ello, se revisan la manera en que ambos grupos definieron a la salud en tanto objeto de estudio de las ciencias sociales, la forma en que fue definido y operacionalizado el concepto de clase social, las propuestas que se hicieron para el estudio de la relación entre trabajo, proceso laboral y salud, y la manera en que se exploró la vinculación entre el grado de desarrollo del capitalismo y los patrones de morbi-mortalidad observados. El capítulo trata de dejar en claro las diferencias entre el uso crítico y vigilante del paradigma marxista y el uso dogmático y mecanicista del mismo, ejemplificando el poder esclarecedor que se puede alcanzar con el primero.

Tras haber identificado los principales aportes en el estudio de la salud-enfermedad de los tres abordajes clásicos anteriores (interaccionismo simbólico, fenomenología y marxismo), el capítulo VI nos permite presentar una propuesta de aplicación de una teoría social contemporánea, aquella elaborada por Pierre Bourdieu, en el marco del enfoque de los derechos en salud. Tras mostrar que este enfoque es aún muy poco utilizado en este campo, el capítulo muestra la manera en que el mismo puede ser utilizado en el estudio de los conflictos del campo médico con los derechos reproductivos de las mujeres. El capítulo comienza definiendo los conceptos de derechos reproductivos y ciudadanía, para dar paso después a un conjunto de conceptos propios de este enfoque. En una segunda parte se describe el método y los procedimientos adoptados en la investigación que se reseña, para finalmente analizar los principales hallazgos. A diferencia de los capítulos anteriores, basados fundamentalmente en revisiones de la literatura, en este apartado optamos por mostrar cómo funciona el paradigma elegido al aplicársele a un objeto de estudio determinado.

Finalmente, el capítulo VII presenta un análisis de cuatro problemas presentes en el uso de métodos cualitativos en la investigación social en salud y en los esfuerzos por combinarlos con los métodos

cuantitativos.[3] Primero se muestra que el poder es constitutivo del dato sociológico en sociedades como las latinoamericanas, donde operan diversas jerarquizaciones como las de clase, género, etnia, generación y otras. En segundo lugar se discute la objeción que suele planteársele a los métodos cualitativos por su aparente incapacidad para generalizar sus hallazgos, y se muestra que lejos de ello existen al menos cuatro estrategias para este fin, si bien obviamente ninguna de ellas de carácter estadístico. En tercer lugar se analiza el problema de la replicabilidad de la investigación cualitativa, es decir, la cuestión de la confiabilidad de este tipo de metodologías, así como las dificultades que supone la evaluación de su calidad: ¿cómo sabemos si una etnografía en salud es buena y rigurosa o no? Por último, se analizan las posibilidades de combinación de metodologías cualitativas y cuantitativas en una misma investigación, y se ilustran varias posibilidades a partir de dos ejemplos de la propia experiencia de investigación del autor. El capítulo finaliza enfatizando que la elección del método a utilizar depende enteramente del tipo de objeto de estudio que se desee construir, y que esto último a su vez depende del marco teórico desde el cual se aborde el problema, conclusión que a su vez quiere ser la conclusión general de este libro.

Una estrategia deliberada en la elaboración de este libro, que adoptamos con fines meramente didácticos, consiste en la constante utilización de conceptos de la sociología médica, que el lector podrá reconocer porque aparecen en cursivas. En la mayoría de los casos tales conceptos han sido definidos con la mayor claridad posible, remitiendo siempre a fuentes bibliográficas que el lector puede consultar para una mayor profundización en el tema. Es nuestra intención que la lectura del libro en su conjunto resulte contundente acerca de la riqueza conceptual y analítica de las diversas escuelas de pensamiento sociológico en su aplicación al campo de la salud, así como del rigor y de la vigilancia metodológica requeridos para lograr que este tipo de análisis rinda frutos.

[3] Una versión previa de este trabajo fue publicado en coautoría con M. Bronfman en Bronfman y Castro, eds., 1999. La versión que aquí se publica ha sufrido adaptaciones sustanciales y está liberada a favor del autor por Edamex.

Capítulo I
Ciencias sociales y salud en México: movimientos fundacionales y desarrollos actuales

Introducción

La reflexión sobre los problemas de salud desde una perspectiva social constituye una práctica académica que ha existido por varias décadas en México. Diversos estudios han acreditado la existencia de una tradición tanto sociológica (Laurell, 1974; Almada, 1986) como antropológica (Aguirre-Beltrán, 1986; Menéndez, 1990a) en el estudio de los problemas de la salud-enfermedad, que se manifiesta ya con mucha fuerza por lo menos desde la década de los sesentas, si bien en sus comienzos de manera irregular y heterogénea. Es posible identificar varias "tradiciones" o escuelas en el origen del pensamiento social en salud en México. Estas escuelas mantienen entre sí diferencias importantes no sólo por los marcos teóricos que eligen para conceptualizar los problemas que estudian, sino también por las posiciones políticas que adoptan en su quehacer científico. Esas diferencias las han llevado a sostener intensos debates sobre el origen de las desigualdades en salud de este país, así como sobre las políticas públicas que se implementan para resolverlas.

En este capítulo queremos describir algunos de los principales desarrollos de las ciencias sociales aplicadas a la salud en México, particularmente durante los años que van de 1975 al 2000. El trabajo no

pretende ser exhaustivo. Por el contrario, el énfasis está puesto únicamente en los principales autores y en los aportes más destacables. Ello implica reconocer de entrada la injusticia que por omisión o simplificación se tendrá que hacer a los numerosos investigadores que actualmente realizan, directa o indirectamente, investigación social en salud. Pero creemos que los trabajos de la última década (del 2000 a la fecha) ameritan una clasificación independiente de la que aquí presentamos, por lo que habremos de dejar para otro momento su sistematización.

En la primera parte de este capítulo se caracteriza brevemente a las principales corrientes fundacionales del pensamiento social en salud en México y se enfatizan los principales aportes teóricos y metodológicos de cada escuela, así como los principales debates que sostuvieron entre ellas. En la segunda parte se hace una caracterización de la situación de la sociología médica en México para los años señalados, enfatizando los principales temas que concentran la atención del grueso de los investigadores en este campo y señalando, en lo posible, algunos de los principales aportes que las ciencias sociales han hecho, en este país, al estudio de los problemas de la salud y la enfermedad de la población.

Para entender mejor lo que sigue, es importante tomar en cuenta uno de los rasgos distintivos de las ciencias sociales en salud en la actualidad en este país: su carácter eminentemente Latinoamericano. Este atributo se debe no sólo a que México comparte la misma lengua (el español) con casi todos los países de América Latina (excepto Brasil), y una historia muy semejante en tanto ex-colonias de España y Portugal; se debe también al hecho de que durante la represión militar que tuvo lugar en muchos países del cono sur durante las décadas de los setentas y los ochentas del siglo pasado, muchos investigadores de esos países emigraron a México logrando preservar su vida académica. Las ciencias sociales aplicadas a la salud se vieron particularmente enriquecidas con esta inmigración. El carácter Latinoamericano de la sociología médica en México explica a su vez que muchos de sus autores prefieran publicar en libros y revistas científicas de México, Brasil, Argentina o Chile, más que en revistas norteamericanas o europeas. A ello se debe, quizás, el relativo desconocimiento que en estos últimos ámbitos prevalece sobre el quehacer científico-social en salud de países como México.

I. Los orígenes

El pensamiento social en salud en México ha constituido, desde hace muchos años, un campo muy dinámico y creciente, en el que es posible, no sin riesgos de esquematizaciones, distinguir tres escuelas o grupos fundacionales: a) los antropólogos médicos; b) los exponentes de la medicina social, y c) los sociólogos de la salud pública.

a) la tradición médico-antropológica

Un primer núcleo de producción teórica y empírica de gran importancia es atribuible al grupo de antropólogos médicos que, con mucho, son herederos de la más antigua tradición de conocimiento en este campo. Sus precursores vivieron en los primeros años de la conquista, como Fray Bernardino de Sahagún (Sahagún 1989; León-Portilla 1999), Diego Durán y muchos otros; sus esfuerzos por dilucidar la lógica y las características de la medicina prehispánica se han mantenido vivos a lo largo de los siglos transcurridos desde entonces (Vargas 1989), principalmente por el grupo de especialistas denominados etnohistoriadores o historiadores médicos, entre los que destaca, entre muchos otros, la obra de Alfredo López-Austin (1971, 1980), autor de una de las más importantes reconstrucciones del pensamiento médico Náhuatl que se hayan escrito hasta la fecha y que ilumina muchas de las prácticas que aún existen en los sectores populares de México.

Los aportes de la antropología médica mexicana a lo largo del siglo XX han sido objeto de estudios que hoy son ya un referente indispensable. Autores como Aguirre Beltrán (1963) dieron un impulso decisivo al proceso de re-legitimización de la perspectiva antropológica en el campo de las investigaciones en salud, frente a un panorama de creciente medicalización que centraba en la perspectiva biomédica todo intento de análisis y explicación de los problemas de salud. En las últimas décadas, cabe resaltar el trabajo de varios autores que han orientado el trabajo de las generaciones contemporáneas en este campo. Por ejemplo, Luis Alberto Vargas (Vargas, 1973, 1978, 1991, 1993; Simoni *et al.*, 1983; Vargas *et al.*, 1993; García de Alba *et*

al., 1998) cuyos trabajos han buscado siempre tender puentes no sólo entre la medicina y la antropología, sino también entre los diversos tipos de medicina (moderna, tradicional, etc.) actualmente existentes en el país. Lozoya y Zolla (1983) por su parte, impulsaron una serie de trabajos que buscaban hacer visible lo que la medicina moderna insistía en ignorar: el papel de las prácticas médicas tradicionales entre amplios sectores de la población mexicana (Zolla *et al*., 1988; Mellado *et al*., 1989).

Pero sobre todo, también con carácter fundacional, hay que destacar los trabajos de Eduardo Menéndez que, desde el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, ha impulsado desde principios de la década de los ochentas el desarrollo de la antropología médica desde una perspectiva crítica. Menéndez (1978, 1990b), propuso el concepto de *Modelo Médico Hegemónico* para caracterizar a ese modelo de medicina que devino dominante desde principios del siglo XIX, bajo el capitalismo, y que, además de fundamentar jurídicamente su apropiación exclusiva de la enfermedad, privilegió una mirada sobre ella biologista, individualista, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática. El desarrollo del concepto impulsó una serie de estudios sobre las formas en que se articulan las diversas instituciones que actúan sobre la salud y la enfermedad, bien desde una posición de subalternidad (Menéndez 1984), o bien desde la situación de "crisis" que vive el modelo médico hegemónico (Menéndez 1985a). De igual forma, bajo esta óptica surgieron diversos estudios sobre alcoholización (Menéndez 1985b), sobre auto-atención en salud (Menéndez 1983), y sobre la forma en que coexisten las prácticas médicas alternativas (tradicionales y domésticas) junto con la medicina dominante (Módena 1990). La antropología médica en México es hoy una corriente vigorosa a la que se deben muchas de las mejores investigaciones sociales contemporáneas en salud (Campos 1992). Destacan, entre ellos, varios autores con una obra considerable, de la que aquí sólo queremos hacer referencia a unas cuantas. Por ejemplo Herch (2000), autor de un análisis histórico-social del proceso de exclusión de las plantas medicinales de la biomedicina mexicana; Freyermuth (2003), que realizó una importante investigación sobre los determinantes culturales y de género de la mortalidad materna en una zona indígena de Chiapas; Osorio

(2001), que ha estudiado con detalle los saberes y la cultura maternos frente a la enfermedad; y Eroza (2006), que ha estudiado diversos procedimientos curativos tradicionales entre pueblos indígenas de México. Son muchos los autores que no mencionamos aquí, pues los aportes actuales de esta escuela podrían ser objeto de otro capítulo. Por lo pronto nos centraremos en las contribuciones de la sociología médica en sus diversas vertientes (medicina social, sociología de la salud pública, y otros enfoques recientes).

b) la medicina social

Una segunda corriente fundacional, menos centrada en la antropología y más en la perspectiva sociológica, es la que se desarrolló, desde mediados de la década de los setentas, en la Maestría en Medicina Social, de la Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco). Junto con investigadores de otros países de América Latina, desde esta institución se ha impulsado la llamada corriente de la Medicina Social (Laurell 1989). Esta corriente constituye uno de los mejores ejemplos, a nivel internacional, de los aportes que puede hacer el análisis marxista en cuestiones de salud. En un trabajo bien conocido en la región, Laurell (1975) estableció que el objetivo de la medicina social latinoamericana no es tanto señalar, como lo venían haciendo autores como Navarro (1976) en Estados Unidos, que el sistema capitalista determina la naturaleza de las enfermedades de las poblaciones, sino más bien demostrar la manera específica en que dicha determinación tiene lugar. La autora sostiene que la enfermedad no puede ser considerada simplemente como un estado biológico, ni como la consecuencia mecánica de la pobreza. La salud y la enfermedad, sostiene, no pueden ser tomadas como dos entidades separadas, sino que deben ser entendidas como dos momentos (unidos dialécticamente) de un mismo fenómeno. De aquí deriva uno de los principales conceptos de la corriente de la medicina social latinoamericana: más que hablar de salud y de enfermedad separadamente, esta escuela tienen al *proceso de salud-enfermedad* como su objeto de estudio (Laurell 1982). Años más tarde, Menéndez (1983) sostuvo que también las conductas de

los individuos frente a la enfermedad son parte integral del concepto salud-enfermedad, por lo que propuso que el concepto debe ser *proceso salud-enfermedad-atención*. Desde esta perspectiva teórica se desarrolló también un trabajo de análisis de las "necesidades esenciales en salud" en México, que pronto se convirtió en una referencia obligada tanto para investigadores como para estudiantes del tema (Boltvinik *et al.,* 1983).

Dado su enfoque crítico, la corriente de la medicina social privilegia el estudio de la desigualdad social y de la forma en que dicha desigualdad determina los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones y de las políticas públicas (López 1986). Otro trabajo también de amplia influencia en toda Latinoamérica demostró que era empíricamente posible lograr una sofisticada operacionalización del concepto marxista de *clase social* y utilizarlo tanto para ilustrar como para explicar los diferenciales de mortalidad infantil entre las diversas clases sociales de México (Bronfman y Tuirán, 1983; Bronfman, Lombardi y Vitora, 1988). Dicho trabajo se constituyó en un modelo que diversos investigadores aplicaron en sus estudios sobre la desigualdad social y la salud. El concepto como tal, sin embargo, era altamente complejo, lo que resultaba en una cierta desincentivación de los especialistas para utilizarlo. Por ello, pocos años más tarde, Bronfman (Bronfman *et al.*, 1988) propuso una estrategia más simple para clasificar a la población en grupos socio-económicos *estratificados*,[1] que ha sido ampliamente retomada en la región.

[1] Los conceptos de *clase social* y *estrato social* pertenecen a dos formas fundamentalmente diferentes de ver la desigualdad social. El primero deriva de la tradición marxista, y supone una diferenciación básicamente cualitativa entre los diversos grupos sociales (por ejemplo entre propietarios y no propietarios de medios de producción), donde, por lo tanto, es prácticamente imposible la movilidad social ascendente, esto es, cambiar de clase social hacia una mejor colocada en la estructura social. El segundo deriva de una visión estructural-funcionalista, y supone que las diferencias entre los estratos sociales son básicamente cuantitativas (se posee más o menos riqueza, más o menos prestigio, más o menos nivel educativo) y donde, por tanto es posible ascender o descender en la escala social, en función de diferentes factores. La discusión sociológica es muchísimo más compleja que esta simple dicotomía (*cfr*. Bendix y Lipset, 1972; Blejer, 1977).

La corriente de la medicina social se ha ocupado también de problematizar el vínculo salud-trabajo en México (Noriega, 1989). Al hacerlo, diversos autores han señalado la importancia de estudiar al *proceso de trabajo* en sí mismo (Laurell, 1979), y de entenderlo como fuente de *desgaste obrero* (Laurell y Marquez, 1983) con consecuencias directas sobre el proceso salud-enfermedad. Sobre la base de resultados empíricos concretos, los trabajos de Laurell han demostrado que conceptos como *desgaste obrero* y *patrones específicos de desgaste* son más precisos y pertinentes que aquellos como "expropiación absoluta" y "expropiación relativa" de la salud que otros teóricos de la sociología médica marxista habían propuesto en Estados Unidos (Navarro, 1982; para mayor detalle, ver capítulo V en este mismo libro).

c) los sociólogos de la salud pública

Finalmente, junto a estos abordajes de corte más bien estructural y crítico, una tercera corriente fundacional ha estado más directamente vinculada a la salud pública. Desde mediados de la década de los ochenta, Frenk estudió el comportamiento del mercado de trabajo médico tratando de vincular las características del fenómeno con la clase social de origen de los médicos (Frenk, 1988a; Frenk y Bashshur, 1983). Para ello, el autor formuló en primer lugar una conceptualización que le permitió diferenciar, por una parte, los determinantes generales del mercado de trabajo médico (entre los que incluyó la estructura económica del país, las políticas del Estado, las formas de organización social, las instituciones sociales y la ideología); y por otra parte, los determinantes específicos (tales como la demanda y oferta de servicios médicos, y la educación de los médicos). Posteriormente, el autor realizó una reconstrucción histórica de la evolución de los servicios de salud en este país, así como de la influencia de este factor sobre el mercado de trabajo médico (Frenk, Hernández y Alvarez, 1980). Frenk mostró que la clase social de origen de los médicos se asocia estrechamente tanto al tipo de universidad a la que acceden para estudiar medicina, al tipo de especialización que eligen realizar, así como al tipo de institución que finalmente los contrata (Frenk,

1984; Frenk, 1985). Estos trabajos, pioneros en su área, incentivaron el desarrollo de una línea de investigación empírica sobre las características del mercado de trabajo médico en México, que permitieron documentar la existencia de graves contradicciones en el sector –médicos subempleados o desempleados, por una parte; y amplios sectores de población sin acceso a servicios de salud, por otra—, así como explorar diversas alternativas de solución a esos desequilibrios (Nigenda *et al*., 1990; Frenk *et al*., 1991a).

Al fundar el Instituto Nacional de Salud Pública, Frenk contribuyó a legitimar el desarrollo de trabajos de investigación que, sin ser menos sociológicos que los impulsados por autores como Laurell o Menéndez, permitieron explorar los diversos problemas con abordajes teóricos diferentes a la perspectiva crítica estructural que estos autores propugnan. Las nuevas propuestas de Frenk se dieron en el marco de una serie de importantes debates altamente politizados que sostuvieron diversos representantes de la corriente de la medicina social con él desde la segunda mitad de la década de los ochentas. Cabe citar, a modo de ejemplo, la discusión que se dio en torno a la noción de *transición epidemiológica*, introducida en México por los sociólogos de la salud pública a partir del auge del concepto en la literatura internacional (Frenk *et al.,* 1989; Frenk *et al.,* 1991b). Si bien estas propuestas advertían sobre las peculiaridades de dicha transición en países como México, la crítica, elaborada desde la medicina social, sostenía, entre otras cosas, que el uso de tal concepto era inadecuado en estos contextos toda vez que, en realidad, estos países no "transitaban" hacia mejores condiciones de salud sino que, en todo caso, veían complicarse su perfil epidemiológico con el repunte de los padecimientos crónicos sin que los padecimientos agudos estuvieran desapareciendo (Laurell *et al.,* 1991). El saldo de este y otros debates fue la certeza sobre la importancia de elaborar marcos teórico-metodológicos que permitieran flexibilizar lo que de otra manera parecía ser un rígido economicismo en la explicación de los problemas y políticas de salud (González-Block y Frenk, 1986a, 1986b; Fragoso, Velázquez y Hermida 1986), así como que perspectivas teóricas, aparentemente tan diferentes entre sí, como la salud pública y la medicina social, estaban obligadas a enriquecerse mutuamente de sus aportes y capacidad analítica, o afrontar

el riesgo de trabajar desde tradiciones académicas interesadas ambas en los problemas de salud de la población y, sin embargo, con muy poco o nada que decirse entre sí (Frenk, 1988b, 1988c; Eisbenschutz, 1988a, 1988b).

II. La producción hacia fines de los noventas y comienzos del siglo XXI

Los debates entre los representantes de la medicina social y los sociólogos de la salud pública continuaron también en la década de los noventa. La firma del Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá, en 1994, abrió la discusión sobre las posibilidades de incluir a los servicios de salud entre las mercancías a intercambiar entre los tres países. Mientras que los sociólogos de la salud pública veían al NAFTA como una oportunidad de modernización, de la que los servicios de salud de México podían beneficiarse (Frenk *et al*., 1994; Gómez-Dantés *et al*., 1997), los representantes de la medicina social advirtieron en dicho tratado una clara señal de la tendencia privatizadora del Estado Mexicano que consolidaba la desarticulación de las políticas sociales vigentes en décadas pasadas (Laurell y Ortega, 1992).

También en esta década, tras la publicación del informe Invertir en Salud del Banco Mundial (1993), la política oficial de salud en México adoptó las propuestas de dicha institución y comenzó a defender la necesidad de "reformar" al sector y de privatizar los servicios, o por lo menos de permitir la participación de capitales privados tanto en la prestación de servicios de salud como en la administración de los fondos de retiro de los trabajadores. Estos cambios dieron lugar a uno de los debates más importantes sobre el tema de salud en el que participan diversos sectores sociales del país. Entre los académicos destacan nuevamente, por una parte, los sociólogos de la salud pública por sus propuestas sobre la manera en que dicha privatización puede hacerse sin, sostienen, menoscabo de los ideales de justicia y equidad (Londoño y Frenk, 1997; Frenk y González-Block, 1992; Lozano, 1997), y por otra parte, aquellos que, por el contrario, critican la metodología

y el uso de los DALY's (López y Blanco, 1996) y sostienen que la reforma tiende a beneficiar, ante todo, a los detentadores de grandes capitales en perjuicio de los sectores más desprotegidos de la población, dañando así el sentido social de las políticas de salud impulsadas en décadas pasadas (Laurell, 1999; Tetelboin, 1994; López, 1994).

Al mismo tiempo, sin necesariamente tomar parte en esos importantes debates, una segunda generación de trabajos sobre ciencias sociales aplicadas a la salud hizo su aparición en México a lo largo de la década de los noventas y lo que va de la presente. Algunos de sus autores fueron formados directa o indirectamente en alguno de los tres polos fundacionales mencionados en el apartado anterior. Un buen número de ellos, sin embargo, supieron beneficiarse de los aportes de todas esas corrientes, además de que han podido formarse en universidades de Estados Unidos, Canadá, España, Inglaterra o Francia, con especialistas de alto nivel dentro del campo. Ello favoreció una suerte de "oxigenación" de la producción académica contemporánea, en tanto que nuevas perspectivas teóricas y nuevos acercamientos metodológicos enriquecieron un escenario antes caracterizado casi exclusivamente por el enfrentamiento entre la perspectiva crítica-estructural y los enfoques de la salud pública.

Conviene entonces destinar esta segunda parte del capítulo a revisar de manera resumida algunos de los principales aportes de esta nueva generación de trabajos de investigación. Para ello, dividiremos nuestro análisis en tres breves apartados: en el primero, nos referiremos a algunos de los principales trabajos de carácter teórico o conceptual que han aparecido en los últimos años; en el segundo apartado haremos lo mismo pero centrándonos en los trabajos de corte metodológico; y en el tercer apartado nos centraremos en la investigación sustantiva que, como veremos, se refiere a diversos problemas de salud y de utilización de servicios que están concentrando la atención de los científicos sociales especializados en la salud de este país.

2.1. Aportaciones de orden teórico

En el nivel de la *producción teórica*, a partir de los noventas comienzan a aparecer una serie de reflexiones tendientes a revisar el predominio —y los excesos— de los enfoques estructurales en salud (Almada, 1990) así como a explorar las posibilidades de los marcos teóricos que privilegian el análisis de los fenómenos que son mejor observables a un nivel "micro" de análisis. Así, Menéndez (1992) señaló que el agotamiento de los grandes sistemas ideológicos se vincula con la incapacidad de los grandes paradigmas teóricos de dar cuenta satisfactoriamente de los diversos niveles de la realidad. Ello, sostiene, ha impulsado una creciente tendencia a buscar en la acción social (prácticas, estrategias, transacciones, etc.) las explicaciones de los fenómenos de salud-enfermedad, más que en las macro-estructuras sociales. El autor advierte, sin embargo, que a menos de que se logre vincular este nivel de análisis con las grandes determinaciones sociales, correremos el riesgo de no trascender el nivel del psicologismo en la explicación de los problemas de nuestro interés. El mismo Menéndez (1999) publicó otro trabajo muy sugerente acerca del "desuso" en que caen algunos conceptos centrales de la antropología y de las ciencias sociales, tales como "clase social". Tales "olvidos", argumenta el autor, son en realidad procesos socialmente construidos que se apoyan en la tendencia a la ahistoricidad de muchos de las investigaciones actuales.

Por otra parte, también han aparecido investigaciones sobre los conceptos de "calidad de vida" (Blanco et al 1997), "estilos de vida" y "riesgos" (Martínez 1993; Menéndez 1998), y "apoyo social" (Castro et al 1997). Tales trabajos muestran que sólo en la medida en que se preserve el carácter sociológico de tales conceptos —y, por lo tanto, que se preserve el esfuerzo por dilucidar su vinculación con los procesos sociales más generales— se podrá mantener la utilidad de los mismos para el estudio de la determinación de la salud y la enfermedad en la sociedad.

Otros trabajos de carácter teórico que aparecieron en la década pasada lograron, en su momento, una puesta al día acerca del aporte de la teoría feminista al estudio de los problemas de salud, no sólo en Norte América y Europa, sino también en América Latina (Castro y

Bronfman, 1993; Cardaci 1998); y, muy destacadamente, significaron una actualización sobre el aporte teórico-metodológico de la *perspectiva de género* en el estudio de la vinculación entre la condición de la mujer y la salud materno-infantil (Szasz, 1998a).

2.2. Aportaciones de orden metodológico

En el nivel *metodológic*o, dentro del contexto de la sociología médica mexicana, en los años de referencia se publicaron varios trabajos con propuestas innovadoras para el estudio social de los fenómenos de la salud y la enfermedad. Desde mediados de la década de los ochentas, dentro de la corriente de la medicina social, se adoptó la perspectiva del *modelo obrero* —originalmente desarrollado en Italia— para realizar investigaciones sobre la salud de los trabajadores. A principios de la década pasada se publicó la validación de dicha estrategia en su versión modificada para Latinoamérica. Se trata de una estrategia de investigación que tiene como fundamento la aplicación de entrevistas colectivas, no individuales, entre los trabajadores de la industria, con el triple fin de generar información sobre los daños a la salud derivados de las condiciones del trabajo, promover la concientización al respecto entre los propios afectados, y formular propuestas colectivas de solución entre los trabajadores (Laurell *et al*., 1990).

Un segundo desarrollo teórico-metodológico se dio en el terreno de la desigualdad social frente a la enfermedad. Bronfman mostró primeramente que las explicaciones convencionales sobre la relación entre variables socio-demográficas (i.e., educación de la madre, nivel socioeconómico, etc.) y mortalidad infantil enfrentan límites muy claros y dejan sin explicar una buena parte del fenómeno (Bronfman, 1992). Posteriormente mostró que las explicaciones más poderosas del problema se logran articulando hábilmente los abordajes cuantitativos y cualitativos. El autor ensayó con éxito una explicación que vincula las determinaciones estructurales de la mortalidad infantil —la posición de clase, ante todo— con los elementos interaccionales de los actores —como la estructura familiar y el funcionamiento de las redes sociales—, y mostró que éstos últimos juegan un papel central tanto

en la generación como en la forma de solución de los problemas que desembocan en la mortalidad infantil (Bronfman, 2000).

En la década de los noventas tuvo lugar un auge de los métodos cualitativos aplicados a la investigación social en salud (Langer y Nigenda, 1995; Szasz y Lerner, 1996; Mercado y Robles, 1998), al mismo tiempo que aparecieron algunos trabajos de reflexión epistemológica y ética que señalan que la articulación entre los métodos cualitativos y cuantitativos presenta aún una serie de problemas sin resolver, y que dicha articulación no se logrará adecuadamente a menos que los investigadores mantengan su anclaje en las grandes teorías sociológicas, y abandonen el mero empirismo y los abordajes ateóricos que inundan el campo (Castro, 1996; Castro y Bronfman, 1999). Menéndez (2001) también ha señalado que el reciente auge de los métodos cualitativos ha dado lugar a una práctica de investigación en la que el uso de estas técnicas aparece desvinculada de la reflexión teórica y conceptual que estos mismos trabajos evocan, lo que se ha traducido en preocupantes incongruencias entre estos dos niveles epistemológicos.

2.3. Los estudios sustantivos

El nivel de los *estudios sustantivos* es el que presenta mayor grado de dificultad frente a cualquier intento de síntesis, no sólo porque es el más numeroso y porque abarca temáticas muy variadas, sino también porque incluye tanto estudios que recurren claramente a la teoría y los métodos de las ciencias sociales, como otros que solamente aluden superficialmente a esas cuestiones. En la práctica, muchos de éstos últimos resultan ser más bien estudios de salud pública débilmente apoyados en las ciencias sociales, pero que difícilmente pueden ser considerados como trabajos de *ciencias sociales* y salud. En consecuencia, centraremos el resto de nuestro análisis en algunos de los temas que, a nuestro juicio, concentran lo más destacable de la producción sociológica que apareció durante la década de los noventas y principios del siglo XXI. Hay que advertir que existen evidentes traslapes entre los diversos campos que aquí mencionaremos y que es sólo por razones de ordenamiento del campo que utilizamos esta clasificación.

a) Estudios en el campo de la salud reproductiva

La salud reproductiva es una de las temáticas que adquirió gran importancia desde la perspectiva de las ciencias sociales aplicadas a la salud en este país (González, 1995, Pérez-Gil, Ramírez y Ravelo, 1995; Langer y Tolbert, 1996). La aparición de diversas compilaciones multiautorales da cuenta del dinamismo de este campo de conocimiento así como de su diversidad teórico-metodológica (Lartigue y Ávila, 1996; Ojeda, 1999; Stern y Echárri, 2000; Stern y Figueroa, 2001). Ello nos imposibilita del todo frente a cualquier pretensión de exhaustividad, por lo que habremos de ser muy selectivos en lo que sigue.

El problema de la *mortalidad materna* y la maternidad sin riesgos ha sido explorado por diversos autores tratando no sólo de delimitar el alcance del concepto (Reyes, 1994) y de identificar la magnitud del problema (Hernández *et al.,* 1994; Rendón *et al.,* 1993) sino buscando también caracterizar los principales rasgos de orden cultural y simbólico que se le asocian (Elu y Langer, 1994; Elu, 1993; Castro *et al.,* 2000). El tema sigue siendo objeto de investigación toda vez que la información disponible muestra que se trata de un drama del que desconocemos su magnitud real por efectos del subregistro del que es objeto, y sobre el que no hemos terminado de implementar las políticas más adecuadas para su erradicación.

En el ámbito de la *atención del parto* se han publicado trabajos que demuestran que aquellas mujeres que reciben alguna forma de apoyo psicosocial durante el embarazo tienen bebés con mejores condiciones de salud (Langer *et al.,* 1993), y aquellas que reciben el apoyo durante la atención del parto tienen una mucho mejor experiencia de este evento que aquellas que son atendidas dentro de las rutinas despersonalizadas de los hospitales públicos (Campero *et al.,*1998; Campero *et al.,* 2000). También hay estudios que muestran que muchos de los conflictos que se presentan entre prestadores de servicios y usuarias, en el campo de la atención del parto, descansan en la variedad de los prejuicios profesionales y de género que aquellos tienen y que despliegan al realizar su trabajo (Jasis, 2000), o bien en la existencia de diversos paradigmas (religioso, institucional, feminista, etc.) que coexisten en el campo sin necesariamente entenderse mu-

tuamente (Figueroa y Stern, 2001). Al mismo tiempo, una creciente preocupación por la alta tasa de cesáreas que se practican en México, probablemente muchas de ellas de manera innecesaria, ha dado lugar a diversas investigaciones sobre el tema con miras a identificar mejor los determinantes no médicos, es decir, sociales, de esta práctica médica (Cárdenas, 2000; Campero *et al.,* 2004).

Estrechamente ligado con lo anterior, el tema de los *derechos sexuales y reproductivos* es objeto de diversas investigaciones en este país. Algunos de los trabajos más relevantes en esta área muestran la distancia que aún existe entre los pronunciamientos internacionales en torno a la salud reproductiva y los derechos de las mujeres y el grado real de asunción y defensa de los mismos —y muy frecuentemente incluso de conocimiento, o de mera información al respecto— que exhiben las mujeres mexicanas (Rivas *et al.,* 1999; Evangelista *et al.,* 2001). Autores como Ortíz-Ortega (1999) y Figueroa (1995, 1999), entre otros, han impulsado de manera decisiva el análisis teórico y empírico en torno a la ética y los derechos reproductivos en este país. También ha habido una abundante producción sobre las condiciones sociales que explican las prácticas anticonceptivas y sus determinantes (Lerner y Quesnel, 1994; Castro, Bronfman y Loya, 1991); ello, en contraste con las dimensiones de la masculinidad, y el papel de los hombres en los procesos de reproducción, que han comenzado apenas a aparecer (Figueroa, 1998; Rodríguez y de Keijzer, 1998).

Destaca también el conjunto de trabajos sobre el problema del *aborto*, muy ligado, naturalmente, a la cuestión de la ciudadanía, los derechos de las mujeres, y el control de los embarazos no deseados. No es aventurado decir que su principal exponente, Marta Lamas (1993, 2001) ha logrado articular la lucha por la defensa de este derecho proveyéndolo tanto de solidez conceptual como de alternativas concretas para la acción. Investigaciones recientes han documentado la variedad de posiciones ideológicas en torno a este delicado problema en México, rompiendo así con cualquier intento de monopolio oficial de la verdad por parte de las jerarquías eclesiásticas (Ortiz-Ortega, 1994; Mejía y Careaga, 1996); han recuperado la voz de las propias mujeres, contribuyendo así a combatir la tendencia a hablar *acerca de* las mujeres y del aborto, en lugar de escuchar su propia voz (Rivas y Amu-

chástegui, 1996); han documentado las condiciones de posibilidad del ejercicio de los derechos reproductivos, entre ellos el derecho al aborto (Amuchástegui, 2005; Amuchástegui y Rivas, 2004), y han documentado el carácter socialmente condicionado de la vivencia del aborto, a partir de las características de las redes sociales, contribuyendo así a documentar las variedades de la experiencia del aborto en contra de cualquier tendencia simplificadora (Castro y Erviti, 2002).

Las dimensiones sociales de la *sexualidad* también han sido objeto de investigación en este país, si bien de manera aún incipiente. Destacan los esfuerzos de Minello (1998) por acotar sociológicamente el concepto, así como los de Amuchástegui (2001) y de Rodríguez y de Keijzer (2002). Estos últimos estudios, de corte etnográfico, dan cuenta de los procesos de negociación que tienen lugar entre los jóvenes mexicanos en el ámbito de la sexualidad, así como de los patrones de transformación y cambio que están teniendo lugar en ese espacio. Esos estudios, junto con otros que exploran la sexualidad de los varones (Szasz 1998b), dan cuenta del carácter profundamente social de la sexualidad humana, y son una fuente de información sobre un aspecto —la sexualidad entre los diversos grupos de población— que permanecía oscura hasta hace poco (Lerner, 1998).

Vinculado cercanamente a este tema, la cuestión de la *sexualidad y el embarazo* adolescente ha sido objeto de atención de diversos autores en este país (Román *et al.,* 2000; Pedrosa y Vallejo, 2000; Salcedo, 2000). La investigación social en este campo ha permitido documentar los mitos y dilemas que enfrentan los adolescentes frente al ejercicio de su sexualidad (Rodríguez *et al.,* 1995), al tiempo que se muestra los presupuestos erróneos de los que parten muchos estudios y programas de intervención dirigidos a este grupo de población (Stern y García, 2001). En otros casos se ha privilegiado el estudio sobre los significados que los adolescentes asocian a su propia sexualidad y al embarazo (Stern, 1996; Tuñón y Guillén, 1999), y se ha mostrado, incluso, que es mucho más frecuente que los adolescentes se embaracen después de haber abandonado sus estudios, que la inversa —la versión comúnmente creída— esto es, que abandonen sus estudios porque se embarazan (Menkes y Suárez, 2002).

En la misma línea, el problema del *VIH/SIDA* ha sido objeto de estudios sociales de diverso tipo. La mayor parte de los trabajos se refieren al cambio que desarrollan en sus hábitos sexuales los trabajadores mexicanos al migrar a Estados Unidos, que se traduce en un incremento de sus prácticas de riesgo (Bronfman y Minello, 1995; Salgado 1998). Sin embargo, la investigación reciente se ha centrado en la migración desde Centroamérica hacia México, proponiendo el concepto de "contextos de vulnerabilidad" para dar cuenta de la situación social que se desarrolla en ciertas estaciones de paso, tales como bares y prostíbulos en ciudades y puertos clave, donde los viajeros pueden incurrir en prácticas de riesgo, así como en la relación entre migración y SIDA (Bronfman *et al.,* 2002; Infante *et al.,* 2004). Otros trabajos han explorado en detalle la construcción social de la solidaridad y el rechazo familiar y comunitario en torno a las personas con SIDA en México (Castro *et al.,* 1998a, 1998b). Estas últimas son investigaciones de corte cualitativo que exploran con detalle la subjetividad de los individuos con relación a estos temas.

Finalmente, la vinculación entre *mujeres*, *trabajo y salud reproductiva* ha sido otra área que ha recibido creciente atención en México en los últimos años. Algunos autores han mostrado cómo el acceso diferencial a las oportunidades de trabajo que operan en desventaja de las mujeres tienen repercusiones directas en el patrón de morbi-mortalidad de la población infantil (Bronfman y Gómez-Dantés, 1998); en otros casos se ha mostrado que el pretendido efecto negativo que tiene la incorporación de las mujeres al trabajo sobre su salud se debe no al trabajo mismo sino al hecho de que ellas deben vivir diariamente una doble y hasta triple jornada (como amas de casa, madres y esposas, además de como trabajadoras); por tanto, la eliminación de tales riesgos para la salud pasa por una redistribución de las responsabilidades entre mujeres y hombres (Lara y Acevedo, 1996; Denman *et al.,* 1995; Garduño y Rodríguez, 1990). Buena parte de los estudios empíricos sobre este tema se han realizado en las zonas fronterizas, particularmente en el ámbito de las maquiladoras que se ubican a todo lo largo de la frontera entre México y Estados Unidos (Tuñón, 2001). Destacan en este campo las contribuciones de Denman, quien además de haber completado una sistematización sobre los trabajos en esta área

(1998), realizó una investigación de campo sobre las prácticas de atención al embarazo de las madres trabajadoras de la industria maquiladora de exportación, así como sobre la influencia de las condiciones de género de dichas mujeres en sus estrategias y recursos de negociación de tales prácticas (2001).

b) Estudios sobre violencia contra las mujeres

Como parte del desarrollo de los temas de los derechos sexuales y reproductivos, la investigación sobre violencia contra las mujeres ha ganado fuerza en los últimos años en México. Pero las pioneras en este tema iniciaron sus esfuerzos a fines de la década de los ochentas, en un ambiente mucho menos favorable, en el que era preciso no sólo denunciar el fenómeno del abuso en sí, sino incluso dar los primeros pasos hacia su adecuada conceptualización (Bedregal, Saucedo & Ríquer, 1991). Con el correr de la década pasada, el tema comenzó a ser incluido de manera más abierta dentro de la agenda de la salud reproductiva (Saucedo, 1996), hasta que logró establecerse, por pleno derecho, como una prioridad en este campo. Ramírez y Uribe (1993) documentaron tempranamente la magnitud del problema, situándolo en niveles hasta entonces insospechados (prevalencias por arriba de 40%). A mediados de la década pasada diversos trabajos argumentaron con solidez la necesidad de considerar a éste como un problema de salud pública (Riquer *et al.,* 1996; Ramírez y Patiño, 1996; Díaz-Olavarrieta y Sotelo, 1997). Otros trabajos se han centrado en algunas de las formas más específicas de la violencia, por ejemplo la que ocurre en el embarazo (Castro, 2004; Valdéz y Sanín, 1996). La investigación en el tema ha permitido desarrollar instrumentos específicos para la medición y comparación del problema con otros países (Castro *et al.*, 2002a). Tales desarrollos han facilitado el estudio del problema de la violencia contra mujeres embarazadas y su comparación con la violencia previa al embarazo (Castro *et al.,* 2002b). Los hallazgos muestran la profunda complejidad del problema y su honda raigambre social. Por ejemplo, un estudio de percepciones sobre la violencia muestra que en general las mujeres de California (USA) valoran más severamente

las diversas formas de violencia contra las mujeres que las mujeres de Morelos, México (Peek-Asa *et al.,* 2002). Otros estudios han mostrado la influencia del contexto social en el manejo del problema de la violencia (Agoff, Herrera y Castro, 2007; Castro y Agoff, 2008), así como las variedades de la misma en contextos tales como la universidad, las relaciones de noviazgo, y otros. Este mismo empuje ha dado paso también a los estudios sobre la masculinidad y la manera en que dicha construcción social se asocia al problema de la violencia. Destacan, en este rubro, los trabajos de Gutmann (2000) y Ramírez (1998). Con todo, un análisis sobre las características de la investigación en este campo mostró que la carencia de una orientación sociológica más decidida en este campo que las investigaciones subsecuentes deberán atender para realmente trascender el nivel de la mera denuncia (Castro y Ríquer, 2002).

c) Estudios sobre subjetividad y salud

En los últimos años ha cobrado un significativo impulso los estudios cualitativos que buscan elucidar la subjetividad de los individuos en el terreno de la salud, los padecimientos y la enfermedad. En algunos casos, dichos trabajos han propuesto soluciones claramente sociológicas, desde una perspectiva hermenéutica, respecto al problema sobre la manera en que la experiencia subjetiva y los significados en torno a la salud se articulan con la estructura social más general, así como con la desigualdad de género (Castro, 1995; Castro y Eroza, 1998; Castro, 2000). En otros casos, los estudios sobre la experiencia subjetiva se han centrado en los padecimientos crónicos, como la diabetes, buscando trasladar el eje de análisis del mero enfoque biomédico o, en el otro extremo, del mero enfoque macrosocial y determinista, hacia una perspectiva que incorpora la dimensión personal y subjetiva de los sujetos (Mercado, 1996). Esta perspectiva interpretativa ha enriquecido el estudio de la negociación de la sexualidad y el significado de la virginidad (Arias y Rodríguez, 1998; Amuchástegui, 1999), así como la vivencia de las mujeres sobre la prevención del cáncer cervicouterino (Castro y Salazar, 2001). También se ha traducido en

investigaciones sugerentes sobre las prácticas médicas de atención a la salud reproductiva en poblaciones indígenas (Gómez y Forti, 2000), así como sobre la percepción de la maternidad entre diversos grupos de mujeres (Nuñez, 2000; Nájera *et al.,* 1998). Sin embargo, aún con la riqueza etnográfica de estos trabajos, es posible advertir también aquí las consecuencias de la falta de un abordaje más comprometidamente sociológico: muchas de esas investigaciones suelen quedarse en el nivel del detalle descriptivo, y son muy pocas las que ofrecen una interpretación social o antropológica de los testimonios y de las observaciones recolectadas por los investigadores, realmente vinculadas a la estructura y los procesos sociales más significativos del ámbito donde se realiza la investigación. Con toda razón Menéndez (1997) ha propuesto una visión crítica de lo que implica "el punto de vista del actor", y ha señalado la necesidad de preservar la complejidad de este enfoque, frente a las modas que tienden a trivializarlo.

d) Estudios sobre políticas, práctica médica y utilización de servicios de salud

Finalmente, un significativo grupo de trabajos sociológicos se ha centrado en el análisis de las políticas de salud, así como en la práctica profesional de los médicos y la utilización de los servicios de salud y de medicamentos. Desde un enfoque que critica el rumbo que han tomado las políticas en la actualidad, autores como López y Blanco (1993) y Hernández (1982) han tratado de demostrar cómo la génesis de las políticas actuales se puede rastrear desde la década de los ochentas. Por otra parte, desde una perspectiva que, sin deponer su capacidad crítica, busca identificar los mejores mecanismos para lograr que los resultados de investigación se traduzcan en políticas públicas útiles y eficaces, Bronfman y colaboradores (2000) han impulsado un conjunto de reflexiones en el campo de la vinculación entre estos dos espacios de acción.

En el ámbito de la utilización de servicios de salud, se ha documentado la existencia de un claro vínculo entre redes sociales y utilización de servicios (Infante, 1990). También han aparecido ya algunos

estudios cualitativos que buscan conocer la percepción que tienen tanto los usuarios de servicios de salud (Bronfman *et al.,* 1997a) como los propios prestadores de servicios (Bronfman *et al.,* 1997b) acerca del problema de la utilización de los servicios, o bien que buscan identificar el tipo de barreras culturales que dificultan la utilización (Lazcano, *et al.,* 1999). Quizás en este renglón la parte menos desarrollada corresponde a la relacionada con la industria farmacéutica y los medicamentos. Recientemente apareció un reporte de una investigación que buscaba explorar los patrones de consumo de medicamentos inseguros en farmacias privadas, sin receta médica (Leyva *et al.,* 1999). A través de la técnica del consumidor ficticio los autores muestran que en este rubro, el de los medicamentos, existe todo un campo que continúa pendiente de ser analizado desde la perspectiva de las ciencias sociales. En un estudio notable por su rigor sociológico, Herrera (2009) mostró la suma de determinantes sociológicos que enfrenta una política pública, como la destinada a erradicar y prevenir la violencia de género, en el largo proceso que va desde su formulación hasta su implementación. En el plano de la relación médico-paciente, otras investigaciones han comenzado a mostrar el origen social de las prácticas violatorias de derechos de las mujeres que acuden a servicios de salud, así como las determinantes que pesan sobre la profesión médica y que sesgan su quehacer profesional (Castro y Erviti, 2003; Erviti *et al.,* 2006).

Conclusión

La anterior no puede ser sino una revisión muy selectiva del cúmulo de trabajos producidos en el campo de la sociología médica, en las últimas décadas en México. Parte de la dificultad para intentar una clasificación se debe a las variaciones que presentan los diversos artículos, capítulos y libros en términos de la mirada sociológica que adoptan. Hay trabajos netamente sociológicos, mientras que otros lo son sólo muy superficialmente. Con todo, cabe afirmar que la sociología médica en México es una disciplina que se ha enriquecido con los aportes de muchos científicos sociales que han hecho sus investigaciones en este país en las últimas décadas. El grueso de la producción

aquí reseñada a salido de instituciones como la Universidad Autónoma Metropolitana, la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad de Guadalajara, el Instituto Nacional de Salud Pública, los Centros de Investigación y Estudios Avanzados sobre Antropología Social (Ciesas), El Colegio de México, El Colegio de la Frontera Sur, El Colegio de la Fronteras Norte, El Colegio de Sonora y El Colegio de Michoacán. El papel de este país a nivel Latinoamericano se aprecia en la compilación *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina* que, que se difundió por todo el subcontinente (Bronfman y Castro, 1999). En los años recientes, el predominio casi absoluto que la perspectiva crítica estructural tuvo durante la década de los ochentas ha comenzado a presentar variaciones interesantes. Por una parte, han enriquecido al campo nuevos enfoques interpretativos y nuevas discusiones sobre el alcance y las implicaciones de los diversos abordajes teórico-metodológicos. Por otra parte, han aparecido nuevos enfoques críticos —como los estudios de género y salud o los trabajos sobre las determinaciones sociales de la experiencia de los padecimientos, por mencionar sólo algunos ejemplos— que han retomado el espíritu crítico del enfoque estructural y, en muchos sentidos, lo han enriquecido. El aporte que el conjunto de estos trabajos ha hecho a la comprensión de los problemas de salud ha alcanzado ya un punto crítico: hoy en día, gran parte de la investigación en medicina social y salud pública se apoya en los principales conceptos y métodos desarrollados por las ciencias sociales. Citemos a modo de ejemplo la tendencia a utilizar técnicas como la encuesta o los grupos focales para recabar información; o la tendencia a considerar las desigualdades socioeconómicas, o las características del núcleo familiar y social para explicar las variaciones que presentan los fenómenos que se analizan.

No es aventurado afirmar que en más de un sentido la sociología médica mexicana se encuentra en la frontera del conocimiento a nivel mundial. Sin embargo, en los últimos años han disminuido los debates entre diferentes escuelas que caracterizaron a la sociología médica mexicana en los años ochenta. Ello puede deberse, en parte, al relativo desdibujamiento de las corrientes fundacionales, habida cuenta de que la nueva generación de investigadores en este campo ha sabido, a veces, beneficiarse de los principales conceptos y métodos de

cada una de ellas, deponiendo cualquier forma de ortodoxia o parroquialismo. Pero también puede ser aviso de un posible abandono del enfoque auténticamente socio-antropológico que debe nutrir a este tipo de investigación, abandono que ha tenido lugar, quizás, en aras de la comodidad, y ciertamente como expresión de una superficialidad no admisible en este campo. Si este fuera el caso, una de las tareas centrales de esta disciplina es la reactivación de este recurso, junto con la necesidad de focalizar la investigación en los problemas más urgentes. A menos de que se recuperen los enfoques teóricos, los conceptos y los métodos de las ciencias sociales, estaremos condenando la investigación social en salud a una medianía que nuestras disciplinas y nuestra realidad social no merecen.

Capítulo II
Los *determinantes* sociales de la salud-enfermedad. Tres aproximaciones al tema para una epidemiología sociocultural *reflexiva*

Introducción

Las ciencias sociales y las ciencias de la salud se encuentran emparentadas desde su mismo nacimiento: ambas, en su versión contemporánea, son producto de las condiciones históricas que prevalecían en la Europa del siglo XVIII. Su origen común hacía natural para médicos como Virchow definir a la medicina como una ciencia social, y a sociólogos como Spencer definir a la sociedad como un organismo vivo, análogo a una célula. Al madurar en la construcción de sus propios objetos de estudio y en el diseño de sus métodos científicos, sin embargo, las ciencias sociales y las ciencias biomédicas abandonaron esas metáforas comunes y se sumaron a la tradición científica occidental que privilegia el desarrollo de subcampos científicos autónomos que construyen, cada uno, un recorte específico de la realidad.

Desde la segunda mitad del siglo XX, las ciencias sociales comenzaron a construir de manera sistemática como objetos legítimos de investigación a la salud, la enfermedad y los padecimientos. En este proceso fue decisivo el trabajo de autores como Dubos (1975) y

Mckeown (1982) quienes, en pleno auge de las teorías microbianas, demostraron que los asombrosos avances en las condiciones de salud en la primera mitad del siglo XIX no se debieron a "hazañas" médicas sino a una serie de factores de orden social que se tradujeron en mejores condiciones de trabajo, alimentación, educación, vivienda y saneamiento ambiental. Así, al hacer de los *determinantes de la enfermedad* y la salud uno de sus objetos de estudio, las ciencias sociales abrieron la posibilidad de historizar el papel de la medicina, y el carácter social de los objetos que interesan a esa disciplina.

En este capítulo queremos ofrecer una revisión de la contribución que han hecho las ciencias sociales —y de la contribución que aún pueden hacer— en el esclarecimiento del carácter social de los determinantes de la salud y la enfermedad. Para ello, procederemos mediante tres aproximaciones sucesivas, comenzando por la más simple y convencional, y culminando con la más complicada e incipiente. En la primera aproximación (para *nombrar* el objeto), el análisis se hará transitando de una perspectiva macro social hacia una perspectiva micro e individual. En la segunda aproximación (para *historizar* el objeto), el análisis de los "determinantes" se hará mostrando el carácter socialmente negociado (*ergo,* problematizado) del concepto "salud-enfermedad". Transitaremos así de las perspectivas más biologicistas hacia los abordajes más construccionistas, y de los enfoques más biomédicos (e ingenuos) hacia los más culturalmente diversos (e informados). Hay que advertir claramente que nuestra revisión de ninguna manera pretende ser exhaustiva. Nos centraremos únicamente en las que, a nuestro juicio, son algunas de las contribuciones clave en estas materia. Finalmente, en la tercera aproximación (para *criticar* el objeto), argumentaremos brevemente sobre la necesidad de ensayar un análisis de los *determinantes* de los determinantes de la salud-enfermedad, esto es, de acceder a una objetivación de la práctica objetivante, e identificar con ello el papel que juegan las ciencias sociales, desde su posición subordinada dentro del campo médico, en la construcción de este objeto de estudio.

A. Primera aproximación: el enfoque clásico de jerarquización de los determinantes

Podemos comenzar esta exploración partiendo del nivel más "macro", para descender desde ahí sistemáticamente hasta niveles que han sido conceptualizados como de orden psicosocial. Difícilmente podemos pensar en dos determinantes de mayor alcance que la *globalización* y el *calentamiento global*. Este último se define como el incremento de la temperatura promedio del globo terráqueo debido al efecto del aumento de gases como el dióxido de carbono y otros en la atmósfera del planeta. Este incremento de los gases, que a su vez potencia el efecto invernadero que regularmente cumplen, es exclusivamente el resultado de fenómenos sociales, y nada tiene que ver con "la naturaleza" como tal. En efecto, la concentración de gases en la atmósfera que impiden la liberación normal de los rayos solares se debe básicamente a tres factores: la quema de combustibles fósiles, la destrucción de bosques que absorben el dióxido de carbono, y el aumento de la población mundial. Estrechamente asociado a este fenómeno se encuentra el de la destrucción de la capa de ozono por el uso de clorofluorocarbonos que se utilizan en los sistemas de refrigeración, aire acondicionado, productos de limpieza, materiales de empaquetado y otros, y que se asocia a la producción de cáncer de piel, cataratas, afectación al sistema inmutarlo y otras enfermedades.

Se trata de factores estrechamente interrelacionados, que derivan, unos, directamente del modelo de desarrollo económico adoptado particularmente por los países ricos: la industrialización y la sociedad de consumo. Y otros, como el crecimiento poblacional, de la dificultad de regular esta variable sobre todo en los países llamados "en vías de desarrollo". Ambos crecimientos (de la población y del consumo) se asocian directamente con el incremento de la producción industrial, con el consecuente impacto ambiental que esta actividad genera.

La *globalización*, por su parte, se refiere al creciente proceso de integración de las economías nacionales a un mercado mundial, fenómeno que es posible, a su vez, por el creciente desarrollo de las comunicaciones (ante todo internet), y por el impulso al capitalismo a escala planetaria, sobre todo a partir de la caída del bloque socialista (Globali-

zation Knowledge Network, 2007). La globalización implica tres tipos de flujos en un volumen sin precedentes: de capitales y mercancías, de información, y de seres humanos. Se trata de un fenómeno cuyas vastas complejidades y ramificaciones no vamos a reseñar aquí. A los efectos de este capítulo, sólo nos interesa señalar que se trata de un poderoso *determinante* de la salud y la enfermedad por cuanto ha repercutido directamente en un incremento de las desigualdades sociales: aquellos países, y aquellas clases sociales que ya gozaban de una clara ventaja socioeconómica, han recibido los principales beneficios y ganancias de este proceso, y viceversa. La creación de un mercado laboral mundial ha significado un incremento en las diferencias entre trabajadores calificados y los no calificados, así como una flexibilización de las leyes que regulan las relaciones obrero-patronales, con la consecuente pérdida de "protecciones" de que antes gozaban amplios grupos de trabajadores. Ha significado, por supuesto, un incremento en las diferencias de género entre hombres y mujeres, que se han radicalizado. Una disminución del margen de maniobra de los países en vías de desarrollo para implementar sus propias políticas sociales (por ejemplo mediante la imposición de nuevas reglas para limitar su capacidad de gravar, vía impuestos, diversas actividades), pues los grandes organismos internacionales reguladores de la economía (Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial y Organización Mundial del Comercio), así como los gobiernos de los países más poderosos, están definiendo las reglas en esa materia, por ejemplo a través de los tratados de libre comercio.

Desde luego la globalización se asocia, en primer lugar, con el calentamiento global; y también con el cambio de hábitos alimenticios de grandes sectores, que tienen ahora más fácil acceso a la llamada "comida chatarra", con el consecuente incremento de problemas como obesidad, sedentarismo, diabetes, y otras enfermedades crónicas, y con la rápida expansión de epidemias.[5] En segundo lugar, el flujo de capitales hace que éstos radiquen principalmente donde están las ganancias rápidas y máximas, lo que hace de los países pobres lugares poco atractivos para la "inversión". Consecuentemente, esos países dependen de la ayuda internacional para invertir en el desarrollo de sus sistemas de salud.

[5] Ver, por ejemplo: http://www.who.int/trade/en/index.html

En un segundo nivel, en el de los agregados sociales más amplios, se encuentran los determinantes ya clásicos por su sobradamente demostrada influencia en la producción de la salud y la enfermedad. Nos referimos, desde luego, al *modo de producción* y a la *clase social*. Desde hace varias décadas Laurell (1982) y otros mostraron con contundencia que los patrones de morbi-mortalidad varían entre una sociedad y otra, y que dicha variación puede atribuirse al modo general en que organiza la producción y se distribuye la riqueza en cada una de ellas. La comparación entre USA, Cuba y México resultó una lección que pervive hasta la fecha.

Por otra parte, el Black Report (DHSS, 1980) mostró el papel que juega la pobreza en la producción de la enfermedad, e identificó la importancia de las clases sociales en este rubro, estableciendo claramente que otras explicaciones alternativas para los diferenciales observados entre las clases altas y las bajas, no eran suficientes para dar cuenta de los patrones observados. De entre ellas, la más importante se refiere a lo que se conoce como el *efecto de la selección social*, que propone revertir los términos de la ecuación: no es —se arguye— que la pertenencia a una clase social baja determine una mayor tasa de morbi-mortalidad en comparación con las clases altas; es más bien, se dice, que al enfermarse persistentemente, los individuos desatienden su capacidad productiva y terminan descendiendo de nivel socioeconómico. El Black Report y los subsecuentes análisis de Blane (1985) y Wilkinson (1986) demostraron que este tipo de explicaciones alternativas carecían de fundamento. Este último incluso mostró, mediante un ejercicio estadístico, que una pequeña reducción en el ingreso promedio de las clases altas, y su transferencia a las clases bajas se traduciría en una significativa reducción de los diferenciales que se observan entre ambas clases.

En México, un estudio pionero en esta materia, con impacto en toda la región Latinoamericana, fue el de Bronfman, Tuirán y López (1983), que, con datos de la Encuesta Nacional Demográfica, mostró con contundencia la realidad de la desigualdad social frente a la muerte infantil.

Junto con *clase social*, la condición de *género* ha sido identificada como una variable determinante en la producción social de la enfer-

medad. Recordemos que *género* hace referencia a las desigualdades socialmente construidas entre los sexos, a los significados culturalmente asignados a lo femenino y a lo masculino y que, justamente por ser de origen cultural, muy poco o nada tienen que ver con las diferencias biológicas entre los sexos. De ahí la importancia de no confundir análisis con perspectiva de género con análisis que simplemente diferencian por sexo. La Organización Mundial de la Salud[6] identifica varios hechos concretos en relación a esta materia: por ejemplo, que si bien el tabaquismo es mayor entre los hombres, la velocidad a la que va creciendo entre las mujeres es mucho mayor que entre aquellos; o bien, que más del 60% de las personas con VIH en Africa son mujeres, y que las proporciones en otras regiones del mundo donde aún son minoría, como América Latina, están creciendo rápidamente (Sen y Östlin, 2007). Desde luego los riesgos de sufrir violencia física y sexual por parte de la pareja son mucho mayores entre las mujeres que entre los hombres, así como los riesgos relacionados a la salud reproductiva, como el embarazo adolescente, las muertes maternas y las ITS's. Por otra parte, las creencias y los prejuicios de género suelen asociarse a un tratamiento diferencial entre niños y niñas, a la hora de decidir si llevarlos al médico u hospitalizarlos, diferencias que suelen ir en detrimento de las niñas.

En un tercer nivel, encontramos el plano de las variables intermedias, básicamente *proceso de trabajo* y *apoyo social*. Tal como lo mostró Laurell (1983) en la década de los ochenta, no es posible comprender cómo se relaciona la categoría de trabajo con la salud a menos que construyamos categorías que nos permitan captar la naturaleza históricamente específica del *proceso de trabajo* en cada época y en cada sociedad. El trabajo en nuestros días es trabajo en la sociedad capitalista. En esta sociedad, el trabajo es la forma fundamental de inserción de los individuos en la sociedad. Tener un empleo en este contexto significa contar con recursos, redes sociales, apoyo social, y también destinar 8 horas diarias dentro de un ambiente laboral específico realizando tareas determinadas, todo lo cuál está relacionado con la salud y la enfermedad. Laurell propuso la categoría de *proceso de trabajo* para dar cuenta

[6] Ver, por ejemplo: http://www.who.int/features/factfiles/women_health/en/index9.html

de la manera históricamente específica en que los individuos se relacionan con su objeto de trabajo, y la manera en que esta relación afecta su salud. La misma autora identificó patrones específicos de *desgaste* en el trabajo. Por su parte, Coburn (1978 y 1979) estudió la relación entre alienación en el trabajo, estrés y bienestar. Y desde una perspectiva diferente (no marxista), Karasek y coautores propusieron las categorías de *latitud laboral* y *exigencia laboral* para dar cuenta del grado de poder de decisión de los trabajadores y empleados en relación al estrés y las demandas bajo las cuáles operan (Karasek *et al*., 1981). Aunque no lo mencionan directamente, es evidente que estos autores también están lidiando con la *alienación*.[7] Se ha documentado que a mayores grados de alienación corresponden mayores enfermedades ocupacionales.

La literatura sobre cómo las relaciones laborales y el tipo de trabajo que se desempeña afecta a la salud de los individuos y de los grupos sociales es vasta y extensa. No podemos detenernos en ella aquí, pero ciertamente debemos consignar al grupo especial de la Organización Mundial de la Salud denominado Red de Conocimiento sobre Condiciones de Trabajo, que recientemente publicó un detallado reporte en esta materia (Benach, Muntaner y Santana, 2007).

Estrechamente vinculado a este nivel de análisis se encuentra el tema del apoyo social, que ha reclamado la atención de los investigadores desde hace tiempo. Si bien ya Durkheim había mostrado la existencia de una estrecha relación entre integración social y suicidio, fue hasta la década de los setentas del siglo pasado cuando Cassel (1976) y Cobb (1976) volvieron a colocar el tema en el centro de la agenda de investigación. En su discurso inaugural como presidente de la Asociación Americana de Epidemiología, Cassel señaló que había resultados recientes de laboratorio que mostraban que frente a un evento estresante, la mera presencia de otro individuo hacía una enorme diferencia en la manera en que un determinado sujeto hacía frente al episodio, así como las consecuencias para la salud que de ahí se derivaban. Sugirió entonces que el apoyo social podría estar jugando un papel central

[7] Categoría de origen marxista que hace referencia al proceso de enajenación que experimentan los trabajadores, por medio del cual tanto los productos de su trabajo como las relaciones sociales que desarrollan se vuelven ajenas a ellos y los dominan.

en la explicación de algunos diferenciales observados en las tasas de morbi-mortalidad. En ese mismo año, Cobb puntualizó que el tema del apoyo social no era en lo absoluto nuevo en la literatura, sino que la novedad consistía en que por primera vez se comenzaba a disponer de evidencias "duras" respecto a sus efectos sobre la salud. Propuso la hipótesis del modelo del efecto amortiguador del apoyo social, que complementó la hipótesis del modelo del efecto directo (Castro, Campero y Hernández, 1997). El modelo del efecto directo postula que el apoyo social favorece los niveles de salud, independientemente de los niveles de estrés del individuo; el modelo del efecto amortiguador, en cambio, sostiene que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de los factores estresantes. El tema, en cuanto determinante de la salud y la enfermedad fue conceptualizado así: se observan tasas de morbilidad diferenciales en la población en general; un factor que puede estar influyendo en estas diferencias es el estrés, que puede estar generando formas de susceptibilidad diferencial entre los individuos; sin embargo, el efecto demostrado del estrés es muy bajo, por lo que esta variable no alcanza para explicar el conjunto de las diferencias observadas. En consecuencia, el apoyo social debe ser la variable que explica los diferenciales observados, bien a través de su efecto directo, o bien a través de su efecto amortiguador. La evidencia presentada por Kaplan (1974), dos años antes, en su estudio sobre el *Alameda County*, ya apuntaban en esta dirección. Los resultados de Kaplan mostraron que aquellos individuos que disponían de redes sociales de familiares o de amigos cercanos enfermaban menos que aquellos individuos que disponían sólo de redes sociales más débiles (comunitarias o más formales); y que estos dos grupos, a su vez, presentan menos enfermedades que aquellos individuos que carecen de redes sociales y que viven más bien aisladamente.[8]

Por otra parte, en un estudio que se volvió también un clásico, Sennet y Cobb (1973) mostraron que hay más elementos intrínsecos a la clase social —que ellos denominaron las *heridas ocultas*—, más allá de los recursos materiales a los que se tiene acceso, que tienen

[8] Naturalmente, los resultados se confirmaron después de controlar por diversas variables confusoras.

que ver con un conjunto de recursos cognitivos y orientativos que determinan la manera como se anda por el mundo, y se hace frente a la adversidad. Pearlin (1985) señaló que "así como los bienes, el poder y el estatus están distribuidos desigualmente en la sociedad, la extensión y los recursos con que cuentan las redes están también desigualmente distribuidas. Esto es, el alcance de las redes y lo que pueden ofrecer a sus miembros varía de un estrato social a otro". El mismo autor, sin embargo, advirtió sobre la necesidad de nutrir con teoría sociológica los estudios sobre apoyo social, de tal manera que sea posible estudiar la estructura de las estrategias de manejo de la adversidad (*structure of coping*) dado el enfoque eminentemente positivista que adquirió en la década de los noventas en los países anglosajones, donde se llegó a pensar que la parte científicamente relevante del apoyo social es aquella que se puede medir y cuantificar.[9] Al estudiar el apoyo social es necesario considerar no sólo a la parte que recibe ese apoyo (que puede beneficiarse o no con él), sino también a la parte que lo provee, que en casos extremos puede enfrentar un desgaste como lo documenta ampliamente la literatura sobre las *víctimas ocultas de la enfermedad*. Con todo, más allá de los problemas metodológicos y conceptuales que enfrenta, es claro que el apoyo social juega un papel central en la explicación de algunos de los diferenciales observados en la salud y enfermedad de los individuos.

Finalmente, en el plano de los individuos, es posible recurrir a la categoría de *estilos de vida* como un último determinante de la salud y la enfermedad, éste de nivel micro. El mismo Alameda County Study, citado más arriba había demostrado que los hábitos personales, tales como consumir bebidas alcohólicas, fumar, falta de ejercicio físico, etc., se relacionan directamente con las tasas de morbilidad. Un hallazgo central de ese estudio es que los hábitos personales se relacionan con las enfermedades crónicas; si los hábitos personales son, a su vez, consecuencia del contexto social en que se vive, entonces la influencia del medio ambiente queda demostrada no sólo en relación a las enfermedades infecciosas sino también respecto a las enfermedades crónicas.

[9] Tesis por lo demás discutible. Para una revisión más detallada de este aspecto ver Castro, Campero y Hernández 1997.

Como bien se ha señalado, los "estilos de vida" difícilmente pueden explicarse si no es como productos de la sociedad históricamente específica dentro de la que existen. ¿Cómo, por ejemplo, explicar el alcoholismo en términos social-psicológicos, sin mirar simultáneamente hacia las fuerzas y los intereses económicos que lo hacen posible? (Menéndez, 1990).

En realidad, los diversos niveles de esta jerarquización de determinantes no sólo no son excluyentes entre sí, sino que sólo son comprensibles si se les articula adecuadamente. Pues si bien es indiscutible que factores macro-sociales como el modo de producción o la clase social (por mencionar sólo un ejemplo) juegan un papel central en la producción social de la enfermedad, es claro que sus mecanismos de acción no son discernibles con claridad salvo que integremos en el análisis las diversas *mediaciones* que intervienen entre el nivel de realidad en que operan esas variables y los individuos de carne y hueso sobre los que se manifiestan las enfermedades concretas. De tal manera que un permanente análisis multinivel está sobreentendido desde esta primera aproximación.

B. Segunda aproximación: cuando el concepto de enfermedad es problemático

La clasificación anterior, al tiempo que es la convencional cuando se aborda el tema de los determinantes, supone que la salud y la enfermedad son conceptos relativamente *no-problemáticos* para la medicina ni para las ciencias sociales. Es decir, supone que la enfermedad se define básicamente por los criterios *objetivos* de la ciencia biomédica, y asume que ésta última es, efectivamente, la perspectiva más autorizada para delimitar las fronteras entre lo normal y lo patológico. Esta jerarquización de los determinantes por niveles de agregación, que va de lo macro a lo micro, siendo ya un aporte de las ciencias sociales (por el orden que introduce), dista de representar lo más rico que éstas disciplinas pueden aportar para la comprensión de este problema. Pues también es un objeto de estudio de central interés para las ciencias

sociales la manera en que las ciencias biomédicas y la práctica médica occidental construyen sus propios objetos de estudio.

La *teoría de la etiquetación* (*labelling theory*) hizo aportes fundamentales en este sentido. Lemert, en su obra *Social Pathology* (1951) propuso que no es la *desviación primaria* (la enfermedad en sí) sino la *desviación secundaria* (la reacción social a la enfermedad) la que da cuenta de los principales diferenciales respecto a esa forma de desviación que llamamos enfermedad. Dicha reacción social debe ser validada para ser significativa. La validación consiste en no otra cosa que el control social que se ejerce sobre los individuos desviados, bajo la forma de aislamiento, segregación, castigos, supervisión, y algunas formas de "tratamiento" organizado. Por ello, insistía el autor, el análisis debe comenzar por la reacción social, específicamente por el control social, más que con la etiología del padecimiento en cuestión (Lemert, 1974).

El enfoque de Lemert dio lugar a diversos estudios de central importancia en este terreno. Quizás el más conocido es *Outsiders*, de Becker (1963). En esta obra, el autor sostuvo que la *desviación*, en cualquiera de sus formas, es construida por los propios grupos sociales al crear éstos las reglas cuya infracción constituye la desviación. La definición de Becker sobre quién es un *desviado* (y por lo tanto, quién es un enfermo, o un criminal, o un loco) se volvió paradigmática: "el desviado es aquel sobre quién tal etiqueta ha sido aplicada exitosamente; la conducta desviada es la conducta así etiquetada por los individuos" (Becker, 1963:9).

En el mismo sentido, Scheff (1973), buscando desarrollar una teoría social sistémica que diera cuenta de la enfermedad mental, propuso que es la *ruptura residual de reglas* lo que genera una reacción social que, a su vez, constituye el reconocimiento oficial de la enfermedad mental. Sostenía que la mayor parte de las enfermedades mentales constituyen, al menos en parte, un rol social;[10] y que es la

[10] Parsons tomó de Henderson la noción de que la relación médico-paciente es un sistema social, entendido éste último no como un complejo conjunto de estructuras o instituciones sino como un conjunto de roles sociales (del médico, del enfermo, y otros). Un rol se define como un conjunto de conductas esperadas. En el capítulo 10 de *El Sistema Social* (1951), Parsons propuso una caracterización de los atributos centrales del rol del enfermo así como los del rol del médico. El autor sostuvo que el rol del enfermo está compuesto de dos derechos condicionados al cumplimiento de

reacción social (de etiquetación) el *determinante* más importante de entrada al rol de enfermo mental. La premisa central de su teoría es que los síntomas de la mayoría de las enfermedades mentales son, ante todo, violaciones a reglas residuales. Esto es, la sociedad cuenta con un conjunto de reglas que se aplican a los individuos que las violan: "la mayor parte de esas violaciones no implican que el transgresor reciba el rótulo de enfermo mental, sino el de maleducado, ignorante, pecador, criminal o, simplemente atormentado, según el tipo de norma de que se trate" (Scheff, 1973: 54). Sin embargo, "una vez agotadas estas categorías queda siempre…un residuo de los más diversos tipos de violaciones (i.e., hablar sólo, ser incapaz de seguir una conversación coherentemente, sentir miedo "injustificadamente", etc.), para el cual la cultura no suministra ningún rótulo explícito" (*idem*, p. 37; paréntesis mío). Y es justamente para poder "explicar" convenientemente esos casos de transgresión de las reglas residuales que la sociedad crea la categoría de "enfermedad mental". Desde esta perspectiva, entonces, habría que buscar los principales *determinantes* de la mayoría de las enfermedades mentales en el tipo de reglas sociales que las conductas bizarras infringen, y en el tipo de respuestas de etiquetación que los grupos desarrollan frente a tales conductas.

Goffman (1961) a su vez, argumentó en Internados que son las instituciones psiquiátricas (esos "invernaderos donde se transforma a

---

dos deberes. Los primeros son: a) el derecho (certificado por el médico) a suspender temporalmente los roles y obligaciones normales; y b) el derecho a no ser culpabilizado por la enfermedad ni a ser exigido una recuperación por un mero acto de voluntad. Por su parte, los deberes del rol del enfermo, de acuerdo al autor, son: a) la obligación de asumir la enfermedad como una condición indeseable, y la concomitante voluntad de tratar de recuperar la salud; y b) la obligación de buscar ayuda técnicamente competente en manos de un profesional médico autorizado. Los atributos del rol del médico fueron identificados menos sistemáticamente y su descripción puede ser obviada en esta nota. La noción del rol del enfermo dio lugar a un amplio cuerpo de investigación y a muchas críticas (Honig-Parnass, 1981). Una de las más devastadores provino de un discípulo del propio Parsons, Gallagher (1976), que mostró que el rol del enfermo así conceptualizado no dejaba cabida para los enfermos crónicos. Independientemente de que el concepto parsoniano haya sido ampliamente superado, la contribución vigente de Parsons en esta materia consiste en haber consolidado la noción sociológica de que la condición de enfermo es un rol social.

las personas") las que hacen la diferencia respecto a lo que llamamos enfermedad mental pues, decía, no es tanto que esas instituciones traten a enfermos mentales cuanto que, a la inversa, llamamos enfermos mentales a las personas que esas instituciones atrapan. La hipótesis general de la teoría de la etiquetación es que la enfermedad constituye un conjunto de roles desviados dentro de los cuales ciertos individuos son socializados y estabilizados. ¿Y qué explica que algunos individuos y no otros sean etiquetados de esa manera? "Contingencias" de diverso tipo, tales como vivir cerca del área de influencia de un hospital psiquiátrico, la pertenencia a una clase social baja, o el despliegue personal de ciertos síntomas para lo que existe intolerancia social (por ejemplo, "hablar sólo" en unas sociedades es un acto trivial, mientras que en otras mueve a escándalo).

Por su parte, en uno de los pocos trabajos con esta perspectiva que se intentaron para padecimientos no mentales, Scott (1969) mostró el papel que juegan las instituciones en la construcción de las personas ciegas. Contra lo que el sentido común indicaría —en el sentido de que un ciego es simplemente alguien que no ve— el autor mostró que a las instituciones destinadas a la atención de personas ciegas llegan muchos pacientes con ceguera sólo parcial o con miopías muy severas. Sin embargo, el staff de esas instituciones tiene como primer cometido lograr que tales pacientes se asuman y se reconozcan a sí mismos como "ciegos", para entonces poder ayudarlos. Esta conducta del personal, a su vez, resulta de la necesidad de contar con definiciones oficiales de la población objetivo, pues el presupuesto de tales instituciones suele estar atado al tamaño de la población que deben atender.

Una buena sistematización de esta perspectiva es la que ofrece Waxler (1980) quien sostuvo que, una vez etiquetada como "enferma mental", una persona puede encontrarse irremediablemente en medio de una profecía autocumplida, precisamente porque es confinada dentro de un rol específico. "El modelo biomédico presupone una base orgánica del retardo mental. Sin embargo, son las características sociales de los niños, de sus familias y de las escuelas a las que asisten, las que mejor predicen quiénes, de entre el conjunto de estudiantes con bajo IQ, será tratado como "retrasado" (p. 284). Citando a Mercer (1973), la autora mostró el papel de ciertas *contingencias* en tanto principales

determinantes del retardo mental en las escuelas públicas norteamericanas. Tales contingencias podían ser cuestiones como el hecho de disponer de un psicólogo o psiquiatra en la escuela (las escuelas sin psicólogo tienen muchas menos probabilidades de detectar a niños con retraso), el tamaño de la escuela (mientras más grande la escuela, menos probabilidades de que un niño determinado sea etiquetado como retrasado), la manera en que el profesor etiqueta de inicio a un alumno cuando lo envía al área de psicología (aquellos inicialmente etiquetados por su profesor como "probablemente con retraso" tienen muchas más probabilidades de ser etiquetados así por el psiquiatra), e incluso el idioma de los tests psicométricos (el inglés), que pone en serias desventajas a los estudiantes de origen anglo-mexicano. Waxler señaló que, en relación a los determinantes de la enfermedad, la teoría de la etiquetación parte de dos supuestos: primero, que no existen definiciones universales de enfermedad. Esto es, que lo que se considera como enfermedad presenta variaciones históricas y sociológicas que deben ser estudiadas científicamente. Y segundo, que aquello que llamamos "enfermedad" es más el resultado de intensas luchas y negociaciones entre diversos grupos sociales, que el corolario de un objetivo y aséptico proceso de investigación biomédica. En consecuencia, esta teoría centra mucha de su atención en el poder de los grupos e individuos con capacidad de etiquetación, así como en aquellos sobre quienes esas etiquetas son exitosamente impuestas.

Los alcances de la teoría de la etiquetación, en tanto determinante de la enfermedad, fueron explorados básicamente en relación a la enfermedad mental (con la excepción ya señalada), si bien otras áreas de la sociología médica también se vieron enriquecidas con estos aportes.[11]

[11] Desde luego, el clásico estudio de Goffman, *Estigma* (1986), puede ser leído desde esta perspectiva, si bien la obra se orienta más sobre las estrategias de resistencia y manejo de los individuos justamente para evitar ser etiquetados dentro de roles estigmatizados. Otras obras importantes en la materia son las de Roth (1972) sobre la imposición de estigmas a los pacientes hospitalarios, y la de Davis (1972) sobre las estrategias de aquellos con discapacidades físicas evidentes para evitar ser clasificados aparte. Pero en este capítulo el foco es sobre los *determinantes sociales* de la enfermedad, por lo que no podemos detenernos ahora en el análisis de estas importantes contribuciones.

Pero la teoría de la etiquetación contribuyó a desarrollar un enfoque mucho más radical respecto al carácter socialmente construido de la salud y la enfermedad. Nos referimos precisamente al *construccionismo* social aplicado en este campo. Este último enfoque, naturalmente, derivó del clásico estudio de Berger y Luckmann (1966), que propuso una teoría acerca de los procesos sociales que hacen posible el desarrollo y aceptación de ciertas nociones y conceptos y, por consecuencia, el surgimiento, en el plano cognitivo, de cierta *realidad*. Dicho muy esquemáticamente (pues no podemos detenernos aquí en los detalles de una obra capital de la sociología del conocimiento), los autores postulaban que las sociedades siguen tres etapas en el proceso de construcción de su conocimiento acerca de la realidad: la objetivación o externalización (o el desarrollo de conceptos y categorías específicas para designar un aspecto de la realidad); la institucionalización u oficialización (o el surgimiento de instituciones y prácticas que legitiman aquellas categorías); y la internalización (o el proceso de adopción colectiva de aquellas categorías, que se traduce en la habituación de los individuos para con la realidad que esas categorías comunican). No escapó a Berger y Luckmann la implicación fundamental de esta teoría, a saber: que los grupos con más poder en la sociedad están en mejores condiciones de imponer su definición de la realidad.

Este enfoque resultó crucial dentro del campo de los determinantes de la enfermedad. Apoyándose en Berger y Luckmann, además de en autores ya citados como Lemert, Becker, Scheff y otros, Freidson (1970) mostró por primera vez lo que implicaba explorar científicamente "la construcción profesional de los conceptos de enfermedad", palabras con las que tituló uno de los capítulos más emblemáticos de su obra *La profesión médica*. Freidson identificó los procesos históricos y sociales que hicieron posible que la medicina moderna alcanzara la jurisdicción más autorizada para determinar qué es una enfermedad.[12] Mostró que el avance de la medicina es más un producto de arreglos

[12] Freidson publicó su obra hace 40 años, en Estados Unidos. Desde entonces se han acumulado evidencias sobre el creciente desprestigio de la medicina moderna, debido ante todo porque no resultó ser tan eficaz ni exenta de error como lo anunciaba su propia ideología. Por lo demás, en países como el nuestro, el ascenso de la medicina moderna se dio sin que desaparecieran nunca las medicinas subalternas, como la ho-

específicos de poder de la profesión médica con el estado (que, entre otras cosas, le garantizó a aquella la jurisdicción exclusiva en el derecho a curar), que el resultado de progresos objetivos en el conocimiento médico, como postula la ideología de la profesión médica. Mostró también que la desviación social es un objeto de lucha que se disputan la medicina, el derecho y la religión, con resultados crecientemente favorables para la primera. Por ejemplo, la conducta de un asesino serial pudo, bajo el paradigma religioso, ser considerada fundamentalmente como un pecado. En la sociedad secular actual, sin embargo, el paradigma religioso ha cedido su lugar a la medicina y al derecho. Por ello, los abogados defensores de un caso así centran su estrategia en lograr que el asesino sea tenido ante todo como un enfermo, mientras que la parte acusadora trata de mantener la definición del caso ante todo como un crimen, dando preeminencia al paradigma legal. La profesión médica, señaló Freidson, se encuentra activamente comprometida en la *medicalización* de la realidad, lo que se traduce en una constante expansión del horizonte médico: cada vez son más las conductas, los signos y los síntomas que la medicina reclama como objetos de su competencia. De la lectura de Freidson se desprende una consecuencia devastadora para el paradigma biomédico clásico: los *determinantes* de la enfermedad son ante todo de orden político, pues hay que buscarlos básicamente en la actividad clasificatoria de los profesionales de la medicina, particularmente de los que tienen más poder.[13] Por eso llamó a los médicos *empresarios morales*, en tanto profesionales cuyas prácticas están centradas en la clasificación y condena de esa forma de desviación llamada enfermedad. Freidson contribuyó a consolidar el enfoque del construccionismo social dentro del estudio de los determinantes de la enfermedad. Esta teoría postula que la creación de las propias categorías y conceptos con los que nos relacionamos con la realidad está determinada por factores sociales. Desde esta perspectiva se postula que los determinantes "objetivos" de la enfermedad, y los

meopatía y las medicinas tradicionales. Ello significa que el análisis de Freidson debe ser *calificado* a la luz de nuestro propio contexto.

[13] Para un ejemplo desde esta perspectiva en México ver Erviti, Castro y Sosa, 2006.

procedimientos sociales a través de los cuáles los nombramos, no son tan fácilmente distinguibles.

El enfoque del construccionismo social en medicina se nutrió, desde luego, del aporte fundamental de Foucault (1966) que demostró el lugar central que ha jugado el discurso médico en la constitución de las sociedades modernas. Foucault mostró que la medicina es una forma de discurso, es decir, de ideas, relaciones sociales e instituciones, que crea sus propios objetos y que cumple una función disciplinaria para con los cuerpos y los individuos.

Después del impulso inicial que Foucault y Freidson dieron a la agenda del construccionismo social en el campo de los determinantes de la enfermedad, siguió un importante número de trabajos que investigaron los procesos mediante los cuáles determinados padecimientos han sido "construidos", más que descubiertos.[14] Un caso paradigmático se refiere al estudio de Conrad (1975), que mostró cómo la hiperkinesis fué construída socialmente como resultado de varios factores, entre los que destaca la invención de una droga para tratarla.[15] Junto con Scheinder, el autor sugirió una teoría de cinco pasos para describir el proceso de construcción social de diversas enfermedades: 1. identificación de una conducta como desviada, 2. propuesta de un diagnóstico para la misma, 3. actividad de grupos en la cual padres, maestros, y agencias de gobierno se convencen de la necesidad de medicalizar un problema determinado, 4. aprobación de leyes que autorizan el derecho a medicalizar el problema, 5. institucionalización, o creación de instituciones para enfrentar el problema y mediante la inscripción del nombre de la nueva enfermedad en los manuales correspondientes.[16]

[14] Wright y Treacher (1982) contribuyeron también a sistematizar el enfoque de la construcción social del conocimiento médico.

[15] Desde luego no puede obviarse el papel que juegan las grandes compañías farmacéuticas en la invención (disease mongering) de nuevas enfermedades, impulsadas por el ánimo de incrementar sus mercados y sus ganancias. A este respecto vale la pena revisar el trabajo de Moynihan, Heath y Henry (2000). Pero sería poco sofisticado sociológicamente pretender que todo se reduce a una cuestión de mercados y ganancias, e ignorar así todos los otros procesos sociales que se asocian al fenómeno de la construcción social de la enfermedad.

[16] En ese sentido resulta en extremo interesante revisar los cambios de las sucesivas versiones de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y advertir cómo

Esta estrategia analítica ha sido aplicada extensamente al estudio de los *determinantes* de la enfermedad. Armstrong (1986) estudió la "invención" de la mortalidad infantil, y demostró que esta categoría fue creada a comienzos del siglo XX con el auge de los estudios epidemiológicos. "La realidad, dice el autor, no existe en la imagen borrosa de una fotografía o imagen, sino en el ojo entrenado del que mira". Por su parte, Pollock (1988) mostró cómo surgió y se hizo popular la noción de "estrés" en nuestra sociedad, al grado de volverse un hecho social y una categoría adoptada por el discurso médico: al tiempo que elude cualquier intento de conceptualización precisa, el término refleja una teoría específica de la sociedad.[17] Así también se ha estudiado lo mismo la construcción social de enfermedades genéticas (Yoxen, 1982), que de enfermedades infecciosas como la enfermedad de Lyme (Aronowitz, 1991) o la lepra (Waxler, 1981); la de enfermedades crónicas como el asma (Gabby, 1982), la de las adicciones (Harding, 1986); la de aspectos de la salud reproductiva (Bransen, 1992) o de la salud en general (Glassner, 1989) que no estaban medicalizados anteriormente, o, por el contrario, la de problemas sociales que se resistían a ser medicalizados como la violencia contra las mujeres (Stark, Flitcraft y Frazier, 1983). En este mismo sentido el pensamiento feminista ha denunciado la existencia de un sesgo masculino en las definiciones de la enfermedad, que ha resultado en la creación artificial de la enfermedad donde "en realidad" ésta no existe. Un área particularmente sensible se refiere a la enfermedad mental (en donde las prevalencias más altas se atribuyen a las mujeres, y donde el determinante "natural" de acuerdo a ciertos enfoques biomédicos sería el simple hecho de

se anotan nuevas enfermedades y se eliminan otras (Janssen y Kunst, 2004). Apenas en 1990 la OMS desclasificó a homosexualidad como enfermedad.

[17] En otro trabajo hemos sugerido el paralelismo (no confundir con equivalencia) del estrés en las sociedades urbanas de México, y el *susto* en algunas sociedades rurales: los individuos no suelen tener una idea clara de dichas nociones, y sin embargo ambas hacen una clara asociación entre el concepto, el corazón y la mente. Ambos conceptos son construcciones utilizadas colectivamente para dar cuenta de algunas de las características principales de la vida social. Ambos carecen de una definición precisa, y ambos, sin embargo, connotan una teoría de la sociedad a la que pertenecen (Castro, 2000: 322-323).

ser mujer). En realidad, argumentan, las mayores tasas de enfermedad mental se deben a la opresión de género a la que las mujeres están sometidas, así como a la propensión de los especialistas a diagnosticar más fácilmente este tipo de enfermedades entre las mujeres, propensión que se debe a sesgos y prejuicios de género (Smith, 1990).

Para terminar, habría que advertir contra el relativismo que podría suponer una lectura ingenua del enfoque constructivista.[18] No es que desde esta perspectiva se argumente que las enfermedades son meras invenciones, o que las categorías de conocimiento médico carecen de un correlato material. Lo que se cuestiona más bien es la aparente estabilidad de las categorías médicas, y la noción de que el conocimiento médico avanza incesantemente, sólo como resultado de la investigación científica más desinteresada y neutral, que entra en contacto directo con la realidad objetiva. Lo que el enfoque del construccionismo social muestra en relación a los *determinantes* de la enfermedad es que el conocimiento y la práctica médica son objetos de un campo en disputa, y que esta última no puede ser soslayada en aras de una fementida objetividad. Cuando se trata de estudiar qué determina la salud-enfermedad, no cabe ignorar que las propias categorías de conocimiento mediante las cuales se identifica a la enfermedad son objetos de lucha, y que esta lucha sólo es discernible mediante las herramientas de las ciencias sociales.

C. Tercera aproximación y conclusión: hacia un estudio sociológico-reflexivo de los determinantes de la enfermedad

El enfoque del construccionismo social nos pone a las puertas de una perspectiva potencialmente más radical en relación al estudio de los determinantes de la enfermedad: un punto de vista que no sólo asuma que las categorías y las prácticas médicas que nos permiten identificar

[18] Para una revisión de las controversias epistemológicas que suscita el enfoque del constructivismo social vale la pena revisar el debate que al respecto sostuvieron Bury (1986 y 1987) y Nicolson y McLaughlin (1987).

e intervenir sobre los determinantes son objetos de lucha, sino que además nos brinde las herramientas para identificar a los principales actores de esas luchas, sus agendas implícitas y sus cometidos manifiestos. Es decir, que nos permita *historizar* la verdad. Y sobre todo, un enfoque que nos permita localizarnos a nosotros mismos, en tanto estudiosos de la materia, dentro del campo que está siendo estudiado. Pues sería ingenuo suponer que los instrumentos de las ciencias sociales les garantizan, a quienes los usan, un punto de vista externo, neutral y objetivo. Si el objeto de estudio son los determinantes de la enfermedad, y si las categorías médicas que dan cuenta de esos determinantes están a su vez determinadas por la dinámica de las luchas de poder relativas al campo médico, no habría razón para suponer que *las variedades de la experiencia sociológica*, esto es, que el desarrollo de los marcos teóricos que nos permiten distinguir la primera y la segunda aproximación al objeto que hemos ensayado hasta aquí, no está también sujeto a determinaciones específicas.

Se trata de un enfoque *reflexivo* (Bourdieu, 2003) cuyo desarrollo no ha sido explorado a profundidad en nuestro contexto; es decir, un método de trabajo que aplique sobre sí mismo las propias herramientas y las mismas hipótesis que nos han permitido diferenciar las dos aproximaciones reseñadas anteriormente. Un enfoque para el que no tenemos un modelo acabado que podamos presentar en este capítulo, pero para el que contamos con indicios de una dirección analítica promisoria. En efecto, habría que explorar qué papel han jugado las ciencias sociales en los procesos de clasificación y desclasificación de los diversos determinantes de la enfermedad. Ello implicaría pensar los determinantes sociales de la enfermedad en el marco de la relación de *subordinación* que las ciencias sociales ha mantenido con las ciencias biomédicas, sobre todo en el espacio (de acción política) de la salud pública y, en buena medida, en el espacio (académico) de la sociología y la antropología médicas.[19] Habría que comprender que, dentro del campo médico, los científicos sociales gozan de poca *autonomía*, mientras que dentro del campo académico los antropólogos médicos

[19] Relación de dominación-subordinación que, desde luego, debe entenderse en el marco de las implicaciones políticas que conllevan los hallazgos de las ciencias sociales.

y los sociólogos de la salud tienen poco impacto. Que, por lo mismo, los más heterónomos —es decir, aquellos que cumplen básicamente la función de ejecutar la agenda de investigación del establishment biomédico— son los más aceptados dentro de ese campo, contribuyendo así a perpetuar una visión convencional de los problemas de salud, y ayudando a relegar al ámbito de lo "excéntrico" o de lo "ingenioso pero inutilizable" el conocimiento sobre la construcción social de los determinantes de la enfermedad.

La tercera aproximación al estudio de los determinantes de la enfermedad tendría que mostrarnos que, mientras no se la considere, lo que escribimos del objeto (i.e., los determinantes) dice más de nuestra relación con el objeto (dictada por la estructura de poder vigente dentro del campo médico) que del objeto mismo, relación que, a su vez, es explicable por la posición que ocupan los diferentes actores dentro del campo. Nos permitiría preguntarnos por el progreso *real* del conocimiento sobre los determinantes sociales de la enfermedad en la última década, y explorar en qué medida el relativo estancamiento que se observa en esta materia no es sino el reflejo de la subordinación y la marginación de los científicos sociales a las que hacíamos referencia. Nos permitiría, en fin, identificar con mayor rigor en qué nivel de profundización se queda el especialista que recurre a las ciencias sociales para hablar de determinantes de la enfermedad. Y, aunque ese especialista no lo supiera, nos sería posible advertir con mayor claridad que existe una relación entre su nivel de profundización y su posición en el campo, desde la que se puede reproducir una visión acrítica de las cosas, funcional para cierta estructura biomédica de poder, pero que una epidemiología sociocultural actual no debería ignorar.

El estudio de los determinantes de la salud y la enfermedad interesa a una epidemiología sociocultural porque a través del análisis detallado en todos los niveles de realidad que tocan —desde las determinaciones macrosociales hasta las construcciones simbólicas microsociales—es posible, como postulaba Herzlich (1973), reconstruir el mapa general de las relaciones sociales. El estudio de los fenómenos de la salud y la enfermedad, desde la perspectiva de las ciencias sociales, es, entonces, un cometido que se justifica no sólo por el esclarecimiento que se logra sobre los procesos de morbi-mortalidad en sí

mismos, sino también porque a través de ellos se accede a un mejor entendimiento del funcionamiento de los grupos sociales, su articulación en torno a la estructura de poder, y su papel en la construcción de representaciones ideológicas que tensionan, en diferentes direcciones, al orden social mismo.

Capítulo III
Interaccionismo simbólico y salud. Supuestos metateóricos y consecuencias empíricas

Introducción

El interaccionismo simbólico (IS) surgió a mediados del siglo XX en Estados Unidos, derivado de las aportaciones sociológicas de la Escuela de Chicago. Ésta, a su vez, se inspiró en los filósofos morales escoceses como Adam Smith, David Hume, Adam Ferguson y otros, y fue la sede donde algunos de los más conspicuos representantes del pragmatismo norteamericano pudieron establecerse y madurar sus contribuciones. Eventualmente, el IS se convirtió en una de las corrientes más utilizadas dentro de la psicología y la sociología médicas, debido a su enorme potencial para examinar con minuciosidad la interacción social que tiene lugar en torno a los enfermos crónicos, en el marco de la relación médico-paciente, o entre profesionales en las instituciones hospitalarias. Algunos de sus autores sistematizaron también una de las metodologías de investigación y análisis cualitativo más conocidas, la llamada *teoría fundamentada*,[20] que se ha populari-

[20] La teoría fundamentada es estrictamente una técnica de análisis cualitativo cuyo uso adecuado requiere de un anclaje en algún marco teórico particular. Por desgracia suele confundírsele con un enfoque teórico en sí mismo, dando lugar, en realidad, a un sinnúmero de estudios descontrolados, esto es, de estudios donde las

zado extensivamente en diversas partes del mundo (Glaser y Strauss, 1967; Charmaz, 1990; Strauss y Corbin, 2002).

Como toda escuela sociológica, el IS descansa en una serie de presupuestos metateóricos, esto es, en un conjunto de presuposiciones acerca de la naturaleza de la realidad social, que es necesario asumir o dar por sentado, pues son básicamente indemostrables (Alexander, 1987). Tales presuposiciones tienen que ver con la explicación fundamental que se ofrece acerca del orden social, del origen de la acción social, y de la condición de los actores sociales. Por tanto, los presupuestos metateóricos del IS determinan de manera decisiva el tipo de conocimiento que se produce al utilizar este enfoque, y son un referente básico para poder evaluar la coherencia de cualquier estudio que reivindique su pertenencia a este paradigma.

En este capítulo exploraremos la contribución del IS al campo de la sociología médica. Para ello, dedicaremos la primera parte a una muy breve descripción de los principales postulados teóricos de esta escuela, así como a la explicitación de los principales presupuestos metateóricos sobre los que descansa. Dado que nuestro interés es examinar cómo se ha aplicado esta corriente en la sociología médica, en esta parte introductoria seremos más bien escuetos incluso a riesgo de sobresimplificar las cosas.[21] Aunque se exponen algunas de las aportaciones de los antecesores del interaccionismo simbólico clásico, el énfasis recae en los escritos de Blumer (1982) y Hughes (1993).

En la segunda parte ilustraremos la aplicación propiamente tal del paradigma simbólico-interaccionista al campo de la sociología médica. Identificaremos por separado dos modelos relativamente diferenciados: el modelo del orden negociado y la teoría de la etiquetación. Lo haremos tratando de advertir cuáles son sus principales aportaciones tanto en la determinación del proceso salud/enfermedad como de la práctica médica. Buscaremos ilustrar, por tanto, la forma en que los supuestos metateóricos subyacentes al interaccionismo simbólico

interpretaciones se desprenden directamente del sentido común de los autores, sin que éstos tengan control sobre ello.

[21] El lector interesado en una descripción sustantiva de los orígenes y los postulados del interaccionismo simbólico puede consultar manuales como el de Ritzer (2000), Collins (1996), y Giddens y Turner (1990).

guían la indagación en cierta dirección específica, permitiendo que este paradigma nos ofrezca descubrimientos muy relevantes, al mismo tiempo que impiden que observe y teorice en torno a otros aspectos también significativos dentro del campo de la salud. El argumento principal que queremos desarrollar en este capítulo es que, mientras más rigurosa sea nuestra aplicación de una perspectiva simbólico-interaccionista al campo de la sociología médica, más nos adentramos de modo sistemático en la dimensión micro-social contingente en relación con la conceptualización y el *manejo* de los padecimientos (en tanto afrontamiento o *coping*); pero en esa misma medida perdemos la capacidad de contextualizar críticamente estas observaciones dentro de un marco de referencia más amplio e históricamente específico. El capítulo termina argumentando sobre la importancia de adoptar marcos teóricos que, beneficiándose de las contribuciones de corrientes como el IS, puedan superar los falsos dilemas entre individualismo y colectivismo, o entre análisis *micro* versus análisis *macro*.

I. Fundamentos teóricos

Los teóricos del interaccionismo simbólico proponen una aproximación sistemática al estudio de la dimensión subjetiva de la vida social. En contraposición a la llamada sociología *objetiva* —que se centra en los aspectos externos de los individuos para explicar los fenómenos sociales—, el IS identifica la subjetividad y los efectos derivados de la interacción entre los actores, como el meollo donde debe centrarse la mirada sociológica. Por tanto, los estudios basados en esta perspectiva se preguntan siempre por el significado que tienen las cosas para los individuos y por la forma en que estos significados afectan sus conductas y la interacción de unos con otros.

Dediquemos algunos párrafos a aclarar mejor este señalamiento. Blumer (1982) sostenía que las teorías psicológicas y sociológicas dominantes en su época concebían la conducta humana como el resultado directo de varios *determinantes* externos. Señalaba que ambas disciplinas desdeñaban los significados que tienen los objetos para los actores sociales, privilegiando, en cambio, un conjunto de factores

ajenos a la subjetividad. De este modo, sostenía, estas teorías ofrecen explicaciones causales para una acción social estructurada en patrones recurrentes. Abogan por un determinismo colectivo que describe la vida social como un proceso en que aspectos como las normas, los estatus y los roles se ven como si fueran los "determinantes coercitivos" de la acción (Meltzer *et al*., 1978). En contraposición a lo anterior, sostenía Blumer, el IS propone centrarse en los significados que tienen las cosas para los individuos, y en la forma en que ello moldea sus conductas.

La discusión de fondo tiene que ver con dos conceptos formulados desde principios del siglo XX, centrales en el pensamiento sociológico y que son el origen de sendas perspectivas analíticas asociadas a ellos. Por una parte, Durkheim había establecido que los *hechos sociales* son el objeto de estudio de la sociología, y había propuesto una definición de los mismos que hoy constituye parte del canon de esta ciencia. Un hecho social, postuló, es "todo modo de hacer, fijo o no, que puede ejercer sobre el individuo *una imposición exterior*; o también, que es general en la extensión de una sociedad dada, al mismo tiempo que posee existencia propia, independientemente de sus manifestaciones individuales" (Durkheim, 1978:39). Cursivas añadidas). Así, el concepto de hechos sociales remite a los factores externos a los individuos, esto es, a fuerzas que les trascienden en tanto sujetos concretos (por ejemplo la moda, las tradiciones, la economía, etc.) y que en última instancia determinan sus conductas. En consecuencia, si lo que explica lo que hacen los individuos se sitúa fuera de ellos, la perspectiva sociológica debe centrarse también fuera de ellos y enfocarse en esas fuerzas que los mueven. Por ello, Durkheim sostenía que "somos juguetes de una ilusión que nos lleva a creer que hemos elaborado por nuestra cuenta lo que se nos impone desde afuera" (p. 32). Esta visión dio lugar a una variedad de enfoques que tenían en común el postulado de que lo que importa sociológicamente hablando son los determinantes *externos* a los individuos. Estos enfoques predominaban en el ambiente académico en los años (mediados del siglo XX) en que Blumer formuló sus críticas, y contra ellos precisamente se dirigían.

Por otra parte, también a comienzos del siglo pasado, Weber había formulado el concepto de *acción social* para dar cuenta del con-

junto de fenómenos que, desde su perspectiva, constituyen el verdadero objeto de la sociología. La acción social, dice su definición también canónica, es "una conducta humana (bien consista en un hecho externo o interno, ya en un omitir o permitir) siempre que el sujeto o los sujetos de la acción *enlacen* a ella un *sentido* subjetivo. La 'acción social', por tanto, es una acción en donde el sentido mentado por un sujeto o sujetos está referido a la conducta de otros, orientándose por ésta en su desarrollo" (Weber, 1981:5. Cursivas, paréntesis y comillas en el original). Se trata de un concepto que dirige la mirada sociológica no hacia el exterior de los individuos, como en el caso anterior, sino justamente hacia su interior, hacia su subjetividad, pues lo esencial de la conducta humana que interesa a la sociología es el significado que ésta pueda tener para ellos, significado que a su vez remite a la conducta de los otros. De acuerdo a esta concepción, no son las grandes fuerzas externas a los individuos lo que determina la conducta de éstos, sino que son los significados que las cosas y las acciones de los demás pueden tener para ellos lo que los *motiva*.

Al plantear sus demandas contra el enfoque determinista, Blumer se sumaba a una controversia clásica en la historia de la sociología, en torno al objeto mismo de esta ciencia. Lo hizo suscribiendo claramente una posición interpretativa de la ciencia social, pero sin necesariamente adoptar el enfoque weberiano. Interpretando a su manera las enseñanzas de los pensadores de la Escuela de Chicago, Blumer formuló el término de *interaccionismo simbólico* que le dio nombre definitivo a este enfoque, y que busca connotar justamente uno de los postulados centrales de esta perspectiva: que la interacción humana tiene lugar mediante el intercambio de símbolos y significados.

La teoría del IS surgió a lo largo de un proceso gradual. Sus postulados, según los formuló Blumer, se pueden entender mejor si se revisan brevemente algunos de sus antecedentes históricos. Varios miembros prominentes de la escuela de Chicago establecieron sus fundamentos intelectuales en las primeras décadas del siglo XX, entre los que se contaban William James, Charles H. Cooley y George Herbert Mead. Ellos constituyen lo que se considera la primera generación de interaccionistas simbólicos, si bien en su tiempo el término con que se conoce a esta corriente no había sido acuñado aún.

No pretendemos hacer justicia aquí a cada uno de estos autores. Todos ellos, junto con otros que no hemos mencionado, produjeron una obra cuya síntesis puede examinarse en manuales especializados. Aquí sólo queremos enfatizar las principales ideas de algunos de ellos, que sirvieron luego de sustento para el IS.

William James fue el primero en "aislar" y definir el concepto de *self* (concepto para el cual no contamos con una adecuada traducción en castellano, por lo que a veces se habla de la *persona*, y a veces del *sí mismo*). Con este concepto, James aludía a la capacidad de los individuos para relacionarse consigo mismos como lo hacen con cualquier otro objeto: lo denotan simbólicamente, desarrollan actitudes y sentimientos en torno a dicho objeto, y construyen respuestas típicas hacia éste. James sostenía que mediante un proceso similar los individuos establecen una relación consigo mismos, lo que significa que el *self*, al igual que cualquier otro objeto, es construido socialmente.

Por su parte, Charles H. Cooley (1967) propuso que el pensamiento es en realidad una conversación interior cuya existencia es posible justamente porque podemos imaginar la posición de los otros en nuestro interior. Al hacer extensiva esta reflexión al concepto de *self*, Cooley propuso una metáfora: el *self como espejo reflejante*. Sostenía, entre otras cosas, que la forma en que nos percibimos a nosotros mismos deriva directamente de la forma en que los otros nos miran. Esto es, los individuos interpretan los gestos de los demás, y los demás actúan como espejos en los que la gente se ve a sí misma desde el punto de vista de los otros.

Mead (1982) —considerado por Blumer como el padre del interaccionismo simbólico— propuso una síntesis de estos teóricos de Chicago y formuló una teoría social de la persona. Reunió aquellos conceptos en una perspectiva teórica coherente que buscaba vincular la mente humana, el *self* social y la estructura del proceso de interacción social. Uno de sus principales intereses se dirigía hacia la forma en que los seres humanos internalizan los mensajes (normas, símbolos, etc.) del mundo externo. De acuerdo con las ideas previas, propuso que la capacidad humana para interpretar los gestos de otros nos permite no sólo cooperar con los demás, sino también desarrollar una autovaloración. Estas autoimágenes transitorias derivadas de la interacción

con los otros se consolidan con el tiempo, de modo que se desarrolla una autoconcepción, una *identidad* que tiene como fuente el punto de vista de los otros.

Mead sugirió que el desarrollo del *self* sigue varias etapas, a través de las cuales el individuo aprende a actuar en relación con los otros (Mead, 1982). Tal desarrollo se traduce en un crecimiento de la capacidad de interpretación que posee un individuo, misma que su vez deriva de un proceso de *adopción de roles* que se aprende a lo largo de varias etapas. En la primera etapa (etapa de juego), que se vive en la temprana infancia, el niño sólo puede adoptar el rol de un otro, que es sólo un individuo a la vez. En esta etapa vemos a los niños jugar a la "doctora", a "policías y ladrones", o a los "bomberos", y en cada uno de estos juegos ajustan su comportamiento simplemente mediante la técnica de ensayar cada uno de estos roles, uno a la vez. En la segunda etapa de desarrollo del *self* (etapa de deporte o *game*), vemos a los niños un poco mayores con capacidad de tomar en cuenta a otros un tanto más complejos, compuestos por distintos grupos organizados. Vemos aquí a los niños y niñas capaces de participar en juegos de equipo (como el beisbol, el futbol y otros) asumiendo su propio rol (es decir, jugando en la posición que les toca), tomando en cuenta las reglas del juego, y ajustando su propio comportamiento en función de lo que hacen los demás (los compañeros de equipo y los contrarios). Finalmente, en la tercera etapa se desarrolla e internaliza un *otro generalizado*: cada persona aprende a actuar al interpretar constantemente las normas y los valores sociales en su conjunto. Así, mediante el desarrollo del *self*, el individuo va internalizando gradualmente a la sociedad en su totalidad, sus normas y sus principios de acción. El desarrollo de la persona y la plena asimilación a la sociedad son por tanto procesos concomitantes. Mead sistematizó la noción de que el *self* está compuesto por dos elementos: el yo, que constituye el agente activo, "la reacción del organismo a las actitudes de los otros" (Mead, 1982:202), y el mí, que constituye esa parte desde la que un individuo puede percibirse como objeto ante sí mismo, es decir, "la serie de actitudes organizadas de los otros que adopta uno mismo" (p. 202), y que se desarrolla mediante la interacción social. En consecuencia, somos seres tan esencialmente sociales, sostenía Mead, que incluso la relación que un individuo tiene

consigo mismo (la relación entre el *yo* y el *mi*) es una relación social. Dicho de otro modo, a través de una relación social consigo mismo y con los demás, el individuo piensa e interpreta el mundo social. De donde se infiere que la persona no es tanto una substancia o una esencia, cuanto un *proceso social* en permanente movimiento: "la persona no es algo que exista primeramente y luego entre en relación con otros, sino que, por así decirlo, es un remolino en una corriente social y, de tal manera, una parte de la corriente" (*ídem*: p. 209).

Para Mead, la sociedad depende de las capacidades del *self* para evaluarse a partir de las perspectivas de los otros: es decir, de la capacidad del individuo de verse a sí mismo como un objeto y por ende ajustar sus conductas a la luz de las respuestas de los grupos sociales. En la medida en que el individuo pueda integrar esas respuestas organizadas a su propia naturaleza, y ajustar su conducta en función de ellas, posee una mente cuya estructura interna proviene de la comunidad a la que pertenece.[22] Mead reconoció la existencia de una estructura social conformada por roles, posiciones, instituciones, normas, valores sociales, etc. Sin embargo, para Mead tal estructura social no funciona al modo como la escuela objetivista lo quiere, es decir, como hechos sociales o determinantes que se imponen desde afuera a los individuos: "En vez de ello, [todos esos factores] son importantes sólo conforme se incorporan al proceso de interacción y definición a partir del cual se forman las acciones conjuntas" (Blumer, 1969:75. Paréntesis añadido). Este punto es medular en la estructura teórica del IS. Muchos de sus teóricos, con Blumer en particular, habrían de sostener este concepto *dinámico* de la estructura social, que después se formuló bajo el concepto de *orden negociado*.

Finalmente, un teórico de extrema importancia para el desarrollo posterior del interaccionismo simbólico fue William I. Thomas, a quien se deben dos contribuciones capitales para esta escuela: por una parte, el concepto de *definición de la situación*, que consiste en la "interpretación, o punto de vista, y eventualmente en un patrón de con-

[22] Durkheim también postuló que las psicologías de las personas son esencialmente la ramificación a nivel individual de la conciencia colectiva. Pero la perspectiva de Mead introduce una dimensión dinámica, una teoría del proceso social mediante el cual se da esta incorporación de lo social en la subjetividad.

ducta" que los individuos formulan y adoptan en cada situación que viven. Y por otra parte, su famoso dictum: "las cosas que los individuos definen como reales, son reales en sus consecuencias", que constituye el principio teórico y metodológico fundamental del interaccionismo simbólico (Thomas y Thomas, 1928).

Inspirándose sobre todo en las ideas de Mead (pero interpretándolas en forma más individualista), Blumer (1982) formuló tres premisas básicas como fundamentos del paradigma sociológico conocido como interaccionismo simbólico, a saber:

1. Los seres humanos actúan respecto de las cosas sobre la base de los significados que éstas tienen para ellos.
2. El significado de las cosas deriva, o surge, de la interacción que los individuos sostienen con sus semejantes.
3. Estos significados se manejan y se modifican a través de un proceso interpretativo desarrollado por la persona al enfrentarse con las cosas con que se topa (Blumer, 1982:2).

Blumer aboga también por una concepción dinámica de la sociedad, en que los grupos deben entenderse como conjuntos de individuos comprometidos en la acción. "Esta consiste en las innumerables actividades que las personas llevan a cabo en su vida, tanto en sus relaciones con los demás como al afrontar la serie de situaciones que se les plantean" (p. 5). La dimensión "estática" que implica el concepto de estructura social es así rechazado por Blumer. Ésta no constituye un conjunto de instituciones y jerarquías que mecánicamente influyen sobre los individuos, sino que, "en cualquiera de sus aspectos, como por ejemplo los que representan la posición social, el status, la función, la autoridad y el prestigio, se refiere al tipo de relaciones derivadas del modo en que las personas actúan recíprocamente" (p. 5) .

De este modo, la *interacción social* es un concepto central en este paradigma. Blumer culpa a los enfoques sociológicos objetivistas de explicar la conducta social como consecuencia de varios factores (como la clase, las normas, los valores, etc.) y por ende por prestar poca atención (en todo caso) a la dimensión interactiva que presupone el interjuego entre factores como éstos. Los individuos interactúan,

sostiene Blumer, a través de un proceso mutuo de adopción de roles. Esto les permite interpretar los gestos y signos de cada quien desde el punto de vista del otro.

No sólo entre los individuos se dan relaciones significativas sino también entre los individuos y los objetos físicos (mesas, autos, etc.), y entre los individuos y los objetos abstractos (principios morales, concepciones de justicia, etc.). Lo importante, según Blumer, es que la naturaleza de estos tres tipos de objetos queda determinada por el significado que tienen para los individuos. Esto es así porque estos significados establecen no sólo la forma en que se perciben y evalúan, sino también la forma en que los individuos están dispuestos a actuar respecto a ellos. De ello deriva una implicación crucial: "el significado de los objetos para una persona emana fundamentalmente del modo en que éstos le han sido definidos por aquellos con quienes interactúa" (ídem: p. 8). Si la naturaleza de los objetos es una función de su significado, y si los significados se crean socialmente, se colige que los objetos se *construyen socialmente*. Asimismo, el concepto de *self*, por la manera en que está construido, permite ver que los individuos también pueden ser objetos significativos para ellos mismos y para los otros y que, por tanto, también pueden ser construidos y reconstruidos de diversas maneras, mediante procesos específicos de interacción social. Como veremos en la siguiente sección, esta proposición posee una importancia central al aplicarse al campo de la sociología médica.

Blumer critica a aquellos enfoques deterministas que proponen diversos factores "objetivos" como causa de la acción social, porque no toman en cuenta que los individuos efectúan una interpretación de su entorno para actuar; es decir, no explican cómo un individuo dado toma en cuenta los diferentes objetos que actúan sobre él, cómo los interpreta y, en consecuencia, cómo elabora una definición de la situación a fin de orientar su acción.

Si la vida social funciona de esta manera, al estudiarla debemos tratar de *comprender* los procesos simbólicos mediante los que interactúan los individuos en el mundo *real*. Este mundo real es el que debe dictar la naturaleza de los procedimientos científicos que habrán de usarse en este estudio, y no a la inversa (como ocurría, según Blumer, la mayoría de las veces en la sociología convencional). Por tanto, la

investigación sociológica debe empezar por explorar y familiarizarse con el entorno social concreto que se desea estudiar, básicamente a través de una inmersión del investigador en dicho contexto. Blumer descalifica la sociología cuantitativa dominante en la época, cuyas preguntas metodológicas típicas ("¿dónde está el plan de investigación?", "¿qué modelo sigue?", "¿por qué hipótesis se rige?", ¿qué variables dependientes e independientes piensa adoptar?", "¿qué instrumentos normalizados va a utilizar para obtener los datos necesarios para sus variables?", "¿cuál es la muestra?", "¿y su grupo de control?" etc.) presuponen que ya se posee el conocimiento que la investigación sociológica justamente se propone conseguir (Blumer, 1982:28). Contrario a este formato de investigación *rígido*, Blumer propuso que los conceptos a emplearse deben ser dispositivos *sensibilizadores*, más que definitivos. Como tales, sus atributos se especifican de acuerdo con la naturaleza de la situación estudiada: "mientras que los conceptos definitivos proporcionan prescripciones sobre lo que se ha de examinar, los conceptos sensibilizadores indican simplemente las direcciones en las cuales mirar" (*idem*, 1982: 113). A fin de entender este mundo empírico (y lleno de significados), el investigador debe adentrarse en el mundo del actor para verlo con base en el significado que las cosas y las situaciones tienen para él mismo. El interés de los interaccionistas simbólicos recae en el proceso interpretativo que los individuos desarrollan en el curso de su vida diaria, y en la explicación de la conducta humana como resultado de tales procesos.

Blumer, junto con Manford H. Kuhn y Everett C. Hughes (1993), constituyen la segunda generación de interaccionistas simbólicos. Mientras Kuhn lideró la escuela de Iowa —que constituyó una vertiente más cuantitativa y más proclive al desarrollo de pruebas empíricas rigurosas— Hughes fungió como el continuador natural de la Escuela de Chicago, y sus escritos se centraron sobre todo en materias como instituciones sociales, interacción racial, trabajo y ocupaciones, y metodología de la investigación. Los trabajos de Hughes están llenos de ideas brillantes que marcaron toda una agenda de investigación que sus seguidores desarrollaron. Ellos fueron los mentores de la tercera generación de interaccionistas simbólicos, entre los que destacan Erving Goffman, Howard Becker, Thomas Scheff, Anselm Strauss,

Ralph Turner, y otros, varios de los cuales, como veremos en seguida, produjeron importantes trabajos muy relevantes para la sociología médica, además de que formaron a varias generaciones más de importantes exponentes de esta escuela de pensamiento social.

II. Postulados metateóricos

Como en cualquier otro paradigma sociológico, dentro de la perspectiva interaccionista simbólica es posible rastrear las principales decisiones metateóricas que sustentan este enfoque:

1. Se postula que la dimensión subjetiva de la vida social es el aspecto clave que ha de estudiarse para comprender la acción social. Esto implica una decisión inicial que favorece un *nivel de realidad* que se ha de estudiar vinculado estrechamente con factores *subjetivos* más que objetivos. Esta decisión implica otra:

2. Se asume que los grupos humanos se componen de individuos *no racionales*,[23] quienes se comportan con base en ideales y emociones subjetivas. A su vez, se postula que esta dimensión individual subjetiva está "estructurada inicialmente por encuentros con objetos 'externos' [...] pero tales estructuras extraindividuales se internalizan en el proceso de socialización" (Alexander, 1992:21). Es decir, el interés está en aquella subjetividad creada a través de la interacción social: la intersubjetividad. El paradigma interaccionista simbólico se centra

[23] En el sentido que señala Alexander: "El 'problema de la acción'… consiste en dar por sentado que los actores son racionales o no racionales. Aquí no me refiero al uso habitual que identifica racional con bueno y listo, y no racional con malo y estúpido. No quiero decir, en otras palabras, que un acto no racional sea 'irracional'. En la teoría social esta dicotomía alude a si las personas son egoístas (racionales) o idealistas (irracionales), si son normativas y morales (no racionales) en su enfoque del mundo o puramente instrumentales (racionales), si al actuar les interesa aumentar la eficiencia (racionalmente) o si están regidas por emociones y deseos inconscientes (no racionales). Todas estas dicotomías se relacionan con la vital cuestión de la referencia interna o externa de la acción. Los enfoques racionalistas de la acción consideran que el actor recibe impulso de fuerzas externas, mientras que los enfoques no racionales implican que la acción está motivada desde dentro" (Alexander, 1992:18. Comillas en el original)..

en el proceso de negociación o interpretación permanente que une el *self* social de los individuos y el mundo real.

3. Al centrarse en la acción no racional de los individuos, se abre un amplio espacio para considerar la libertad individual (en contraposición a las limitaciones macrosociológicas) como punto de partida en la producción de fenómenos sociales. Por tanto, las *contingencias* se convierten en un concepto central en esta teoría. Es decir, se acepta que el orden social resulta de una negociación sostenida entre diversos individuos. Este paradigma asume que son los actores quienes crean el orden por medio de la interacción múltiple, y no que el orden social es el que determina la producción de tipos específicos de actores. Se asume que la aleatoriedad es medular en los fenómenos sociales. En consecuencia, este enfoque se centra en los procesos sociales antes que en la estructura social.

4. Al aceptar que el enfoque simbólico interaccionista se interesa sólo por aquellos aspectos de la vida social mediados por un proceso interpretativo, se acepta también que el *alcance* de la teoría *sea restringido*. Que el alcance de la teoría sea limitado puede entenderse de dos maneras: a) se puede argumentar que existen otros fenómenos que no son mediados por un proceso interpretativo y que, no obstante, son del interés de la teoría sociológica, aunque no de la perspectiva interaccionista simbólica. Blumer adopta esta postura según se ilustra cuando afirma que "el "análisis de variables" –en contraposición a un enfoque más interpretativo— "es un procedimiento adecuado para aquellas áreas de la formación y la vida social no mediatizadas por un proceso interpretativo" (Blumer, 1982:106). O, b) se puede sostener que no hay nada fuera de la interpretación de los individuos que exista por su cuenta, que pueda ser de interés para la sociología. Como veremos, ésta parece ser la posición de algunos interaccionistas simbólicos dentro del campo de la sociología médica, en particular de los teóricos de la etiquetación.

5. Al subrayar la importancia de los factores subjetivos, en oposición a los objetivos (externos al individuo), se toma una decisión en favor de *la comprensión*, en oposición a la mera explicación, como la *naturaleza del conocimiento* que ha de obtenerse. Como se sabe, los paradigmas interpretativos tratan con un tipo particular de conoci-

miento, *verstehen*, descrito por primera vez por Vico, y magistralmente reseñado por Berlin. No es una forma de "saber qué" ni tampoco una forma de "saber cómo". Es un conocimiento diferente, "fundado en la memoria o la imaginación. No es analizable excepto en términos de sí mismo, ni puede ser identificado salvo mediante ejemplos [...] Esta es la suerte de conocimiento que los participantes en una actividad declaran poseer a diferencia de los meros observadores: el conocimiento de los actores en contraposición al del auditorio, el del relato 'interior' a diferencia del obtenido desde un lugar ventajoso 'externo'; conocimiento por 'contacto directo' con mis estados 'interiores' o por la perspicacia comprensiva dentro de la de otros, que podría ser obtenida por un alto grado de poder imaginativo" (Berlin, 1983:184. Comillas en el original). Esto conduce a una sexta consecuencia:

6. Para lograr una adecuada comprensión de los factores subjetivos, los sujetos y las situaciones que se estudien, debemos optar por un nivel de *análisis micro*, en oposición a un nivel *macro*. Es decir, al abandonar los factores objetivos como "variables" relevantes generalizables que deben analizarse para explicar la acción social, el investigador debe enfocarse en un dominio en que no es posible hacer alguna generalización estadística, y que sólo puede captarse a través del contacto personal.

7. Las decisiones metateóricas anteriores implican que no es posible elaborar una teoría abstracta general a partir de la cual puedan deducirse grandes cantidades de conocimiento específico. Ello se debe a que sólo pueden elaborarse teorías abstractas generales en relación a fenómenos con características y patrones generalizables, recurrentes y permanentes, en contraste con aquellos en que las "contingencias" son dominantes. Por tanto, el conocimiento debe alcanzarse *inductivamente*. La inducción debe llevarse a cabo a partir de observaciones de sujetos específicos y de sus interacciones (Glasser y Strauss, 1967). Esto, a su vez, lleva a otras dos consecuencias:

8. No pueden usarse conceptos "definitivos" para estudiar fenómenos caracterizados por su carencia de una dimensión objetiva. Los conceptos han de ser suficientemente flexibles para captar la multiplicidad de significados que los objetos pueden representar para los individuos, así como la variedad de interpretaciones que los individuos

pueden dar respecto de los objetos significativos. En consecuencia deben usarse *conceptos sensibilizadores*. Por tanto,

9. Si no puede elaborarse una teoría general a partir de la cual deducir conocimiento; y si sólo pueden aplicarse conceptos sensibilizadores al hacer investigación, los sociólogos deben desistir de sus aspiraciones de desarrollar un análisis causal de los fenómenos. Se toma así una decisión metateórica que favorece los estudios *exploratorios*, *descriptivos y analíticos*, en contraste con las síntesis estadísticas.

Veamos entonces qué tan hondamente afectan estas decisiones metateóricas la naturaleza de los hallazgos sociológicos que pueden alcanzarse por medio de una perspectiva simbólico interaccionista dentro del dominio de la sociología médica.

III. El interaccionismo simbólico y la sociología médica

a. Modelo de la negociación

Dentro de la segunda generación de interaccionistas simbólicos, además de Blumer, destaca Everett C. Hughes (1993), cuyos trabajos marcaron toda una agenda de investigación que sus seguidores exploraron ampliamente. Su obra, infortunadamente poco leída en la actualidad, está llena de revelaciones sugerentes en torno al estudio de la interacción humana, básicamente en las instituciones, el trabajo, las profesiones y las relaciones étnicas. A los efectos de este capítulo, queremos destacar en primer lugar su concepto de *master estatus*, que se refiere a una característica de un individuo que, a los ojos de los demás, tiende a dominar por encima de cualquier otra, (incluso encima de otras características que pueden apuntar en sentido contrario) y que moldea decisivamente la percepción que los demás tienen de él. Hughes pone de ejemplo el hecho de ser de raza negra, cuestión que en una sociedad racista determina que se sea percibido despectivamente, independientemente de que también se sea médico, o científico, atributos que, por el contrario, connotarían cierto prestigio. Este concepto se vincula estrechamente con el de *contradicción de estatus*, que se refiere al hecho de desempeñar diversos roles que pueden, en una sociedad

determinada, asociarse a expectativas contradictorias. Por ejemplo, en una sociedad tradicional patriarcal, ser una mujer electricista supone una contradicción de estatus en tanto que a los ojos de la mayoría ambos roles (el de electricista y el de mujer) no suelen ir juntos en una misma persona.

Adicionalmente, Hughes analizó la manera en que el desempeño de una ocupación impacta la definición del propio *self*, en tanto que aquella proporciona una identidad socialmente constituida. Sin embargo, las instituciones con frecuencia deben lidiar con ciertas formas de *trabajo sucio* y de *errores en el trabajo*, y deben hacerlo sin que sus integrantes se sientan degradados por hacerlo. Hughes sugirió una agenda de investigación que permitió estudiar, desde una perspectiva interaccionista, el manejo de este tipo de cuestiones. Su trabajo, junto con la sistematización que formuló Blumer de este enfoque, se convirtió en el canon que inspiró a las subsiguientes generaciones de interaccionistas simbólicos, que estudiaron a los enfermos crónicos y el manejo de sus padecimientos, a la profesión médica y su desempeño en el trabajo, así como su interacción con otros colegas y con los pacientes.

Otro autor que hizo contribuciones fundamentales para el desarrollo del interaccionismo simbólico fue Erving Goffman, cuya obra inicial, la *presentación de la persona en la vida cotidiana* (1989), constituye un reservorio de conceptos que después fueron ampliamente utilizados en las investigaciones sobre la organización del hospital y la actuación de los médicos en escenarios institucionales. A partir de los conceptos fundamentales del interaccionismo simbólico sistematizados por Mead, Goffman desarrolló una concepción *dramatúrgica* de la vida social, que permite enfocar la mirada en el cúmulo de esfuerzos que hacen los individuos para lograr una definición de la situación que les sea favorable, así como para sostener una definición de la situación en la que varios están implicados. A ello le llamó el *manejo de las impresiones*, y lo caracterizó como el conjunto de actividades de intercambio de información y de control de la misma, en que se involucran los individuos en sus encuentros cara a cara, con el fin de lograr sus objetivos. Desde esta perspectiva, los individuos participan constantemente en *actuaciones*, esto es, en el desempeño de sus roles que llevan a cabo a veces auténticamente, con plena convicción de lo

que hacen, y a veces de manera cínica y/o distante. La *distancia del rol* es justamente esa actuación en la que el *self* del que actúa aún no se identifica plenamente con el rol que debe desempeñar. La vida social tiene lugar en escenarios, que cuentan con un *frente o fachada* (la zona donde la actuación transcurre a la vista de los demás) y con un *trasfondo escénico* o "tras bambalinas", la zona donde los actores pueden suspender sus actuaciones en tanto vuelven a salir a escena. En este mundo teatral, Goffman concibe a los actores organizados en *equipos*, que son conjuntos de individuos que cooperan en la representación de una misma rutina y que por lo mismo se diferencian claramente unos de otros. Por ejemplo, el equipo de los médicos, que se involucra en la representación de expertos en medicina, frente al equipo de los pacientes, que se involucran en la representación de personas deseosas de recuperar su salud en la medida de lo posible. Así, tenemos una variedad de equipos, que se vuelven relevantes en función del problema que estemos investigando: el equipo de los varones y el de las mujeres; el de los jefes y el de los subordinados, el de los profesionales y los legos, etc.

Como los anteriores, muchos otros conceptos fueron propuestos y utilizados por Goffman para estudiar la interacción entre los individuos en diferentes contextos, y posteriormente retomados, como veremos en seguida, por los seguidores del interaccionismo simbólico en el campo de la sociología médica.

Examinemos algunas de las aportaciones del interaccionismo simbólico al estudio de los problemas de salud, dentro del modelo de la negociación. A efectos meramente ilustrativos, describiremos enseguida algunos de los autores más relevantes en tres campos: el manejo de la enfermedad crónica, la socialización en los roles de prestadores de servicios, y la interacción médico-paciente en escenarios institucionales.

a.1. El manejo de la enfermedad crónica

Si, como propone el interaccionismo simbólico a partir de las enseñanzas de Mead, el *self* emerge y se sostiene a través de la interacción que un individuo mantiene con quienes le rodean, entonces una dis-

minución de esta interacción debe traducirse en una disminución del *self*. Eso es exactamente lo que demostró Charmaz (1983) en una investigación con enfermos de diabetes, cáncer, esclerosis múltiple, enfermedades cardiovasculares y otras. La autora documentó que tales padecimientos imponen cambios en la rutina diaria de los enfermos, que se traducen en tener que llevar una vida más restringida, experimentar un creciente aislamiento social, sufrir un creciente descrédito frente a los demás, y sentir que se vuelven una carga para los demás. El lenguaje con que los enfermos describieron su sufrimiento, señala la autora, era un lenguaje de pérdida, y dicha pérdida se refería, ante todo, a la gradual erosión de los recursos cotidianos con que los no-enfermos sostienen cotidianamente su propia percepción de sí mismos ante los demás: su propio *self*.

En este aspecto es crucial el trabajo de Goffman (1986) acerca del *estigma* pues posee implicaciones directas en el caso de los enfermos crónicos. El autor muestra que entre las personas que poseen un estigma, es decir una marca desacreditante (y la enfermedad crónica puede ser una de ellas), surge un problema de manejo de las impresiones, justamente para evitar una desacreditación del *self*, o por lo menos para controlar dicho proceso en la medida de lo posible. Los portadores de alguna clase de estigma (físico o moral), deben desarrollar habilidades para "inducir" de la forma más ventajosa posible los gestos y señales de los otros a fin de que su *self* no resulte lastimado o desacreditado por una definición desfavorable de la situación. El enfoque se centra en las consecuencias, no en el proceso de etiquetación; el escenario se ubica fuera del hospital, en la vida cotidiana de quienes padecen un estigma. Los *estigmas* son marcas o atributos sociales por medio de los cuales presuponemos la inferioridad de aquellos que los portan. Goffman distingue tres tipos de estigma: del cuerpo, del carácter individual y de los grupos sociales, (como la raza y la nación) y dos formas básicas en que la persona estigmatizada responde a su situación: el *encubrimiento* (cuando el individuo opta por ocultar información decisiva sobre su persona) y el *enmascaramiento* (cuando el individuo está dispuesto a admitir la posesión de un estigma —por resultar demasiado evidente o conocido— pero hace un gran esfuerzo para que el estigma no se destaque demasiado). Éstas son estrategias de normalización a las que

Goffman alude como técnicas de *control de la información*. De acuerdo al autor, los individuos *desacreditados* (aquellos que portan un estigma obvio) tienen que aprender a manejar la tensión generada durante la interacción social. A su vez, los individuos *desacreditables* (aquellos que poseen un estigma que puede estar oculto) tienen que aprender a manejar la información relativa a su deficiencia. Para estos últimos "el problema no consiste en manejar la tensión que se genera durante los contactos sociales sino más bien en manejar la información que se posee acerca de su deficiencia. Exhibirla u ocultarla; expresarla o guardar silencio; revelarla o disimularla; mentir o decir la verdad; y en cada caso, ante quién, cómo, dónde y cuándo." (Goffman, 1986: 56).

Justamente en relación a la tensión que produce el encuentro cara a cara con un estigmatizado, Davies (1972) mostró que la interacción entre una persona con una discapacidad física muy evidente (por ejemplo que usa silla de ruedas) y una personal "normal" es ocasión de un sostenido esfuerzo de normalización por parte de ambos actores, que de todos modos nunca logran eliminar la tensión. El discapacitado puede desplegar un conjunto de estrategias para evitar que su condición se convierta justamente en su *master estatus*, por ejemplo hablando de las muchas cosas que hace al igual que los normales. El normal, a su vez, puede esforzarse por dejar de reparar en la condición del discapacitado y tratar de percibirlo y tratarlo como a cualquier otra persona. Pero siempre estará en el ambiente el riesgo de ser demasiado condescendiente o demasiado desconsiderado con una persona que, al final de cuentas, usa una silla de ruedas por muy buenas razones (o posee alguna otra discapacidad evidente).

Otro estudio que conviene mencionar, por la claridad en su aplicación del enfoque simbólico-interaccionista, se refiere a la investigación que hicieron Petrunik y Shearing (1983) acerca de las estrategias de manejo de los individuos que padecen disfemia o tartamudez. Como en el caso anterior, se trata de una condición que genera mucha tensión en la interacción social cara a cara dado que interrumpe su curso normal, y debe ser manejada de alguna forma por los participantes. Los autores identifican diversas estrategias de manejo de parte de quienes padecen este trastorno: ocultar el estigma evitando hablar; evitando el uso de las palabras con las que se presenta de manera par-

ticularmente aguda el tartamudeo; ajustando el ritmo del habla, etc. Con frecuencia, señalan los autores, se requiere de la colaboración de los demás para definir, entre todos, una situación dada "como si nada especial estuviera pasando"; otras tácticas de ayuda consisten en romper el contacto visual con quien empieza a tartamudear, como una forma de permitirle salir de la interacción y recuperar su habla normal. Como muchos otros que padecen alguna enfermedad crónica, las personas que padecen de un intenso tartamudeo tienen que tratar de controlar dos problemas interrelacionados pero perfectamente diferenciados: preservar una identidad o un *self* aceptable para ellos mismos y para los demás, y preservar una interacción normal y ordenada con los demás, de tal manera que les sea posible funcionar como lo hace el resto de la gente.

Los anteriores son ejemplos de la manera en que se ha aplicado el enfoque del orden negociado, dentro del interaccionismo simbólico, al estudio del manejo de la enfermedad, y su principal contribución: mostrar, mediante detalladas descripciones, la enorme actividad interpretativa e interaccional que despliegan los enfermos crónicos y quienes les rodean, en el manejo del padecimiento. Pero hay muchos más autores que hicieron contribuciones igualmente relevantes que aquí no podemos revisar por razones de espacio (ver, por ejemplo, entre muchos otros, a Aronson y Marshall, 1987; Gubrium, 1986; Loseke, 1987; Miller, 1978; Rothman, 1978; etc.).

a.2. La socialización en los roles profesionales

Como anticipamos más arriba, Hughes teorizó de manera muy significativa acerca de la vinculación entre trabajo y *self*, siempre desde una perspectiva interaccionista. A él debemos, por ejemplo, la brillante formulación de que aprendemos acerca de los médicos estudiando a los plomeros, y aprendemos acerca de los psiquiatras estudiando a las prostitutas. Los dos primeros, decía, tienen en común el hecho de que deben lidiar *rutinariamente* con las *emergencias* de los otros; los dos últimos comparten el hecho de que deben mantener distancia al tra-

bajar con las *intimidades* de los otros.[24] Hughes también propuso los conceptos de *licencia* y *mandato* para el estudio sociológico de las ocupaciones. La primera incluye el permiso legal de ocuparse de ciertas cosas, así como el permiso social para desviarse en cierta medida de las formas comunes de conducta, con el fin de poder realizar satisfactoriamente el trabajo. La segunda se refiere al derecho que reclaman los integrantes de una ocupación de decirle a la sociedad qué es bueno y correcto para ello en algún aspecto crucial de la vida.[25] Obviamente, los términos se aplican perfectamente al caso de los médicos, de los abogados y de los sacerdotes, así como, en menor medida, a muchas otras profesiones. Y mostró que estudiar una carrera profesional implica mucho más que el mero aprendizaje de las cuestiones técnicas relativas a dicha carrera. Implica iniciarse en una sociedad semisecreta, con códigos ocultos y problemas particulares, con un rol, un sentido del humor y una ética que les son propios.[26]

Con este tipo de sugerentes direcciones en las cuales mirar, un grupo de seguidores, pertenecientes a la tercera generación de interaccionistas simbólicos, exploró cómo se dan los procesos de socialización profesional en el campo de la medicina, particularmente entre los que aspiran a convertirse en médicos y en enfermeras. Una de las obras clásicas en este sentido es *Boys in White* (Becker, Geer, Hughes, y Strauss, 1961), que estudió la manera en que el *self* de los jóvenes estudiantes que ingresan a la facultad de medicina va siendo gradualmente transformado hasta convertirse en auténticos doctores. Esta transformación se relaciona con el desarrollo de habilidades específicas para sobrevivir a esos años de estudio, y adaptarse a las altas demandas y exigencias a las que se es sometido, para poder transitar de la cultura del estudiante a la cultura médica propiamente tal. En ésta última, dos ideas —la responsabilidad médica y la experiencia clínica— juegan un rol constitutivo de la nueva identidad que se va a adquirir. Los autores muestran que al avanzar en su formación, los estudiantes aprenden a desarrollar una serie de orientaciones prácticas que no suponen el aniquilamiento del idealismo con el que ingresaron a la carrera, si bien sí

[24] Ver "Mistakes at work" en Hughes, 1993, pp. 316-325

[25] Ver "The study of occupations" en Hughes, 1993, pp. 283-297.

[26] Ver: "Education for a profession" en Hughes, 1993, pp. 387-396.

lo transforma en algo diferente, que ellos llaman *idealismo pragmático*. A través del enfoque interaccional utilizado, los autores muestran la estrecha relación que existe entre las prácticas de los estudiantes y el contexto (definición de la situación) que crean, y la estructura y cultura organizacional de la que son parte.

Dentro de esta misma perspectiva, Davies (1968) desarrolló una reveladora investigación acerca del proceso de socialización que siguen las estudiantes de enfermería, así como de las etapas que siguen en su conversión como enfermeras. El autor identifica un fenómeno crucial, del que también había hablado Goffman (1961) en otro momento: la *distancia del rol*, esto es, la falta de identificación entre el *self* y el rol, que ocurre justamente entre quienes se encuentran en las etapas tempranas de un entrenamiento profesional. Davies identificó varias etapas que siguen regularmente las estudiantes de enfermería desde que ingresan a la escuela hasta llegar a ser plenamente enfermeras: de la "inocencia inicial", pasando por la "simulación del rol" (en la que se presenta una paradoja fundamental: mientras más exitosa es la estudiante en simular su rol, menos siente que lo está solo simulando o ensayando); para finalmente llegar a la "internalización del rol", *provisional* primero y *estable* o definitiva después. Todo ello, mediado por procesos específicos de interacción social, con los profesores y las demás compañeras, que van gradualmente dándole forma al *self* en la dirección deseada.

Junto a los anteriores estudios, que tienen que ver con el proceso de socialización dentro del rol (o educación profesional), se desarrolló también un amplio número de investigaciones de corte simbólico-interaccionista acerca de la manera en que se maneja el error médico en los contextos institucionales. Podemos citar brevemente, entre otros muchos, a los trabajos de Bosk (1979 y 1986) y Millman (1979). El primero mostró cómo el error se maneja mediante dos nociones centrales: *perdonar* y *recordar*. Los estudiantes tienen derecho a equivocarse una vez en cuestiones cruciales y serán perdonados, pero deben demostrar que recuerdan la lección y que la han aprendido, que no incurren una segunda vez en el mismo error. Los errores son detectables gracias a la organización estrechamente vigilante que se establece en el hospital de enseñanza (en donde, por tanto, desde una perspectiva

interaccionista, el error médico consiste más en la falla detectada por los supervisores, que en la falla en sí misma). Ello da lugar a una suerte de profecía autocumplida: aquellos estudiantes que no se equivocan son menos supervisados, y siendo menos supervisados tienen menos probabilidad de que sus errores sean detectados. Lo que a su vez refuerza la percepción que tienen los demás de ser estudiantes que casi no se equivocan.

Millman (1979), por su parte, mostró la suerte de complicidad y entendimientos mutuos que se establecen en los comités de mortalidad, donde se revisan colectivamente los casos de pacientes que fallecieron por algún error médico. El tipo de organización hospitalaria, que se basa en una escasa supervisión a los médicos titulares, y el valor entendido de que entre médicos priva una lealtad profesional que evita que se acusen mutuamente por sus errores y que, por el contrario, facilita que se encubran unos a otros, se ubican en el origen de lo que la autora identifica como la *cordialidad* con que transcurren las sesiones médicas de revisión de casos de mortalidad. En ellas, es posible identificar varios mecanismos interaccionales que hacen llevadera la situación: las sesiones son definidas como oportunidades educativas, más que como instancias de supervisión y sanción a los responsables; la responsabilidad se diluye mediante la noción de que "a cualquiera pudo haberle pasado"; el error se neutraliza mediante el mecanismo de enfatizar los aspectos inusuales del paciente o de la enfermedad, que confundieron al personal médico a cargo; la imagen de profesionales cuidadosos y metódicos se re-establece mediante la cooperación de todos los asistentes, lo que a su vez desemboca en un acuerdo colectivo tácito de absolverse entre todos de cualquier culpa. Por tanto, las sesiones de mortalidad transcurren bajo la apariencia de ser una instancia de auto-vigilancia, cuando en realidad tienen mucho de mutua protección. La autora señala que este funcionamiento profesional no debe ser atribuido a ninguna especie de cinismo o carácter siniestro de los médicos participantes, sino justamente a la manera en que está organizada la institución hospitalaria, y al tipo de interacción que favorece, lo que resulta en cierto tipo de definiciones de la situación en detrimento de otras.

a.3. La interacción médico-paciente en contextos institucionales

Un tercer frente donde la perspectiva interaccionista ha sido aplicada de manera muy sugerente se refiere al problema de la relación (o interacción) médico-paciente. Los autores que impulsaron esta corriente se oponían a la conceptualización originalmente propuesta por Henderson (1935), y desarrollada ampliamente después por Parsons (1951), en el sentido de que la relación médico-paciente es un sistema social que puede analizarse con base en las normas que estructuran los roles del médico y del enfermo.[27] Así, uno de los trabajos más radicalmente interaccionistas —y quizás, por lo mismo, más llanamente descriptivos (pero no explicativos) de este tipo de encuentros— es el de Stimson y Webb (1975), que se esforzaron por ver desde la óptica del interaccionismo no sólo la consulta en sí, sino también lo que ocurre antes y después de la misma. Los autores proponen que antes del encuentro el paciente incurre en una especie de ensayo a partir de las expectativas que tiene sobre lo que ocurre normalmente en una consulta, sobre lo que será su encuentro propiamente con el médico, y sobre lo que probablemente el médico diagnosticará y recomendará. Durante el encuentro, los autores documentan de manera detallada cómo ambos actores —médico y paciente— se involucran en una *presentación de sí mismos* que busca ser lo más efectiva, en la que las técnicas de control de la información están a la orden del día, así como los esfuerzos por ganar el control de la definición de la situación, cada uno en función de sus propios intereses.[28] Finalmente, tras la consulta, el paciente llevará a cabo una especie de repaso o repetición de los principales hechos ocurridos durante el encuentro, y decidirá en qué medida seguirá las medidas que le fueron recomendadas.

[27] Ver nota de pie de página número 5 del capítulo sobre *Determinantes sociales de la salud enfermedad* de este mismo libro.

[28] Testimonios de estudiantes de medicina que hemos recolectado nosotros mismos muestran que los médicos aprendices no se sienten seguros frente al paciente si no portan la bata blanca y el estetoscopio, signos distintivos de su rol de médicos. Se trata de símbolos que les ayudan a definir la situación de manera que puedan funcionar como médicos.

Al estudio anterior, cuya contribución principal consiste en que muestra las posibilidades de la aplicación del enfoque del IS en este tipo de encuentros, se le puede criticar sobre todo dos cosas: por una parte, que el modelo corresponde al caso de los individuos con algún episodio agudo, pero no parece ser el adecuado para describir lo que ocurre con los enfermos crónicos. Y por otra parte —y esta objeción es mucho más importante— el modelo no teoriza suficientemente el papel del *poder* en este tipo de encuentros. Esta deficiencia fue subsanada ejemplarmente por diversas autores que introdujeron la perspectiva de género en este tipo de análisis.

Así, West (1984) logró una aplicación magistral del concepto de master status al examinar la dinámica prevaleciente en encuentros médico-paciente mixtos, es decir en donde uno de los participantes es hombre y el otro mujer. La autora pudo documentar empíricamente que en dichos encuentros el *master estatus* de los varones es su rol de médico o de paciente, dependiendo de cuál estén jugando, mientras que el *master estatus* de las mujeres es siempre su condición de mujer, independientemente de si desempeñan el rol de médicas o de pacientes. Ello da lugar a una asimetría fundamental que surge de la desigualdad de género y a la vez la reproduce.

En la misma línea, Fisher y Groce (1985) comprobaron el carácter emergente de los significados que definen la situación en la interacción social. En particular, exploraron de qué manera los supuestos de género que existen sobre las mujeres (su condición de personas débiles y subordinadas, por ejemplo), emergen, se desarrollan y son negociadas durante el encuentro médico-paciente; y de qué manera tales significados estructuran el intercambio de información de ambos actores, lo que tiene un peso decisivo en el curso que finalmente toma la consulta, incluyendo la calidad de la misma. Al llegar a la consulta, dicen las autoras, el *master estatus* de las pacientes del sexo femenino es su condición de "pacientes". Sin embargo, durante el proceso de consulta, y dependiendo del padecimiento que se presenta ante el médico, el *master estatus* que emerge de parte de las pacientes es su condición de mujer, lo que determina decisivamente el resto de la interacción en ese encuentro.

Otro tipo de estudios simbólico-interaccionistas en torno a la relación médico-paciente se centraron en los pacientes hospitalizados. Un clásico es el trabajo de Roth (1963) acerca del trabajo interpretativo que hacían los pacientes de tuberculosis hospitalizados que, deseosos de conocer su evolución y la etapa en la que se encontraban previo a su alta del hospital, buscaban la manera de estructurar el paso del tiempo "marcando" su estancia a través de signos diversos, como el tipo de sala al que eran asignados, el tipo de "privilegios" al que tenían acceso como pacientes, o la escasa información que les era brindada acerca de su condición. El trabajo de Roth muestra la enorme *actividad* interaccional e interpretativa que se desplegaba en ese tipo de escenarios, actividad que suele pasar desapercibida ante el ojo no entrenado.

Pero, de nuevo, a diferencia de este estudio más bien ingenuo, el carácter de los hallazgos cambia cuando se introduce una dimensión de poder, como en el caso de Lorber (1982), acerca de los "buenos" pacientes y de los pacientes "problemáticos" en un hospital general. La autora muestra la actividad clasificatoria que despliegan los médicos sobre los pacientes, en función del grado en que éstos últimos *obedecen* todas las indicaciones que se les dan o, por el contrario, en función del grado en que se *desvían* de las normas dictadas por la autoridad médica. Los pacientes problemáticos, a su vez, son clasificados en pacientes "perdonables" (los que claramente no son responsables de su situación), y pacientes "imperdonables". Los médicos esperan trabajar mediante rutinas fijas con sus pacientes, sin alteraciones que deriven de las demandas o inconformidades de éstos. El riesgo de ser estigmatizado como paciente problema se asocia directamente a la calidad de la atención que se puede recibir.

Finalmente, debemos mencionar los trabajos de Glaser y Strauss (1965), y de Strauss y cols. (1985), que mostraron de forma particularmente clara la enorme actividad interaccional que se despliega en torno a los pacientes hospitalizados. Los autores propusieron el concepto de *trayectoria del enfermo*[29] para dar cuenta no sólo de la evolución fisiológica del paciente, sino principalmente de toda la organización del trabajo que se hace en ese curso, además del impacto de dicho

[29] Illness trajectory.

trabajo sobre aquellos encargados de brindar la atención. Los autores mostraron que un conjunto de *contingencias* (asociadas no sólo al curso de la enfermedad en sí misma, sino a las características de los pacientes, de sus familiares, del personal médico, etc.), así como el *trabajo* que hacen los demás actores que rodean al paciente (trabajo clínico, trabajo emocional, trabajo de atención y para reconfortar al paciente, trabajo psicológico, trabajo con máquinas, etc.), constituyen, en conjunto, la verdadera trayectoria del enfermo en el hospital.

Cuando dicha trayectoria se aproxima a la muerte, emergen otra serie de interacciones sociales que se pueden caracterizar también dentro del marco simbólico-interaccionista. En este caso ocurren una serie de fenómenos de manejo de la información que permiten sobrellevar la situación de tener que convivir con una persona que está a punto de morir. ¿Sabe dicha persona que está por morir? ¿Quién más lo sabe? ¿De qué manera lo saben? ¿Cuándo y cómo lo saben? Los autores proponen el concepto de *contextos de conciencia*[30] para dar cuenta de las diversas combinaciones que es posible crear interaccionalmente en esa situación, desde aquella en la que todos (incluyendo al paciente) pretenden no saber que la muerte es inminente, pasando por diversas formas de conciencia parcial (unos saben y otros no), hasta el extremo opuesto, aquella situación en la que todos están al tanto.

b. Teoría de la etiquetación

Dentro de la tercera generación de interaccionistas simbólicos, varios de ellos impulsaron la corriente denominada *teoría de la etiquetación* (*labelling theory*) que surgió como una nueva aproximación a los estudios sobre la *desviación social*. Esta última había sido formulada como un campo legítimo de investigación social por los estructural-funcionalistas, entre los que destacan, desde luego, Talcott Parsons y Robert K. Merton. La desviación social hace referencia al conjunto de conductas que no se ajustan al marco normativo y de expectativas sociales que predominan en una sociedad determinada. La forma clásica de desviación social es la criminalidad, pero no es la única. Otros tipos de

[30] Awareness context

conducta, no necesariamente ilegales, que llegaron a estudiarse como expresiones de desviación social fueron algunas conductas juveniles de rebeldía, el consumo de algunas drogas, las preferencias sexuales no hegemónicas (como la homosexualidad) y otras. La propuesta general de los estructural-funcionalistas sobre este tema era que la desviación social es consecuencia de la *anomia*, es decir, de la falta de observancia de las normas que, desde el punto de vista de esa corriente, estructuran la vida social y le dan orden.

En el capítulo sobre determinantes de la salud-enfermedad, en este mismo libro, dimos cuenta del desarrollo de la teoría de la etiquetación. Como señalamos ahí, fueron los trabajos de Becker, Lemert y Scheff los que le dieron forma original a esta perspectiva, que luego se desarrolló muy ampliamente en el campo de la sociología médica, a partir del postulado de que es la reacción de los grupos sociales frente a diversas formas de desviación primaria lo que constituye la desviación. Es sólo lo que los grupos designan como desviación lo que constituye propiamente la desviación. El número de investigaciones que se pueden rastrear en los buscadores actuales, bajo la categoría de *labelling theory* y teoría de la etiquetación, dentro del campo médico, es enorme y muy significativo. Remitimos al lector al capítulo de determinantes para familiarizarse con el origen de esta perspectiva. Aquí, en cambio, continuamos con el análisis donde lo dejamos en aquel capítulo.

Como una consecuencia lógica del limitado alcance del interaccionismo simbólico (según el cual sólo los fenómenos mediados por un proceso de interpretación son de interés para este enfoque), la etiología de los padecimientos se define no como la aparición de la enfermedad en términos biológicos o fisiológicos, sino como la ocurrencia de una reacción social ante esta "desviación primaria". Asimismo, la existencia objetiva de una desviación primaria no es crucial desde el punto de vista de la teoría de la etiquetación. En cambio, lo que se define como enfermedad es lo que sociedades específicas identifican y tratan como tal (Becker, 1963; Scott, 1972). Por tanto, la decisión *metateórica* de circunscribir el objeto de estudio a los procesos mediados por la interpretación subjetiva (sin dejar de reconocer que otros aspectos relevantes en un sentido sociológico de la enfermedad pueden estudiarse por medio de otras perspectivas) resulta en una consecuencia

teórica sumamente importante: el repertorio de fenómenos que pueden etiquetarse como enfermedad es enorme. Freidson (1978) ilustró este punto al mostrar la forma en que desviaciones conceptuadas en un inicio bajo paradigmas religiosos y legales han pasado después al dominio médico.

Como lo sugiere Lemert respecto de la enfermedad mental, la teoría de la etiquetación subraya que "una de las más importantes preguntas sociológicas aquí no es qué provoca que los seres humanos desarrollen síntomas tales como las alucinaciones y delirios, sino, más bien, qué hay en su conducta que lleva a la sociedad a rechazarlos, segregarlos y, de lo contrario, a tratarlos como irresponsables, esto es, como dementes" (Lemert, 1951:388). En otras palabras, lo que interesa al modelo de la etiquetación es el aspecto *político* de los procesos de salud/enfermedad. No es que las alteraciones biológicas conlleven por sí solas, en forma intrínseca, significados específicos ante los cuales reaccionan los seres humanos. De acuerdo con el postulado general del interaccionismo simbólico, los seres humanos definen socialmente los significados de estas variaciones. No es que las variaciones biológicas sean desviadas por sí mismas; se convierten en la "base de la desviación (enfermedad) sólo a través de la interacción con definiciones culturales y percepciones sociales" (*ídem*:29). En el mismo sentido, Goffman señala que el punto de vista psiquiátrico respecto de una persona se torna sociológicamente significativo "en cuanto altera su destino social; y en nuestra sociedad esta alteración parece hacerse significativa solo cuando la persona es sometida al proceso de hospitalización" (Goffman, 1984:134).

Desde la perspectiva de la teoría de la etiquetación, la reacción social conforma el aspecto clave del estudio sociológico de la etiología de la enfermedad. Más aún, se piensa que esta reacción social es controlada en forma significativa por el sistema médico. De acuerdo con esta perspectiva, la enfermedad es un constructo profesional impuesto a los pacientes. Parsons (1982) enseñaba que el *rol de enfermo* es el efecto resultante de la presencia objetiva de una enfermedad. El modelo de la etiquetación conjetura que es justo lo contrario lo que de hecho ocurre. Esto es, se atribuye al individuo la categoría de enfermo a través de un poderoso aparato médico. Lo anterior trae como

consecuencia la deconstrucción de su *self* como una persona saludable, y la reconstrucción del mismo como una persona enferma. Es claro que aquí hay dos premisas básicas presentes: *a*. el significado que los objetos tienen para los individuos se construye socialmente; a su vez, este significado determina las actitudes y la conducta de los individuos hacia un objeto; *b*. los individuos establecen consigo mismos una relación de la misma naturaleza que con cualquier otro objeto. En consecuencia, si los otros definen un objeto como enfermo (un paciente dado), los otros, y la persona en cuestión, se referirán a este objeto ("el paciente" en el caso de los otros, el "*self*", en el caso del paciente) como un objeto de esa calidad. Una vez que se le atribuye la categoría de enfermo, el individuo desempeña el rol que le corresponde. La naturaleza de este rol facilita el deterioro de la conducta normal, lo que a su vez da como resultado que el individuo termine por hacer lo que se supone que debe hacer: actuar como enfermo. Así, la enfermedad se percibe como un resultado del rol de enfermo, y no a la inversa.

Con la conceptualización anterior, las preguntas obvias son: i) ¿qué determina que surjan reacciones sociales sólo en torno a ciertos tipos de enfermedad?, ii) ¿qué determina que sólo algunos individuos de entre aquellos que desarrollan los mismos síntomas sean atrapados por esta reacción social?, y iii) ¿cuál es la dinámica interna de esta reacción, esto es, cómo se crea esta reacción intersubjetiva? En otras palabras, ¿qué causa esta reacción social para que los otros reaccionen etiquetando y clasificando a un individuo dado? Se han propuesto dos tipos de respuestas. La primera indica que no existe una desviación primaria, por lo que un proceso de etiquetación por entero arbitrario se ubica en el corazón de este fenómeno (Szasz, 1970). La segunda admite que puede existir una desviación primaria, ya sea como problemas de vida individuales que redundan en una estigmatización (Becker, 1963; Scheff, 1975) o como una reacción individual contra la irracionalidad de toda la sociedad donde aquéllos etiquetados como enfermos son en realidad más racionales y sanos que los demás. La anterior es una de las principales proposiciones de la antipsiquiatría.

No obstante, aun si se acepta la existencia de una desviación primaria (como el alcoholismo y las alucinaciones), sigue sin resolverse la cuestión. Esto se debe a que es bien sabido que los síntomas no se

relacionan sistemáticamente con el tratamiento, lo que implica que no sean etiquetados como enfermos todos aquellos individuos que desarrollan ciertos patrones conductuales, y también que incluso aquellos que sean clasificados así pasen cierto tiempo viviendo con estos síntomas antes de ser etiquetados. Es decir que antes de que se presente una reacción social hay un periodo de tolerancia o aun de negación por parte de la comunidad. Así, según lo planteó Scheff (1974): ¿en qué punto y en qué condiciones se detiene el proceso de negación y empieza el de etiquetación?

La teoría de la etiquetación propone que la exposición al poder médico es lo que genera la *reacción social*, que por su parte termina por atribuir una etiqueta a ciertos individuos. Éstos pueden ser expuestos a un diagnóstico y una categorización ofrecidas por un médico (Scheff, 1966), o por una institución como un hospital (Goffman, 1961). Goffman ha ilustrado la manera en que las *instituciones totales* son capaces de deconstruir (por medio de ceremonias de degradación) y reconstruir la identidad (el *self*) de los individuos. Sin embargo, esto no responde la pregunta relativa a qué determina la selectividad del proceso de etiquetación.

La categoría de *contigencia* —central en el IS— se sugiere para explicar este problema. Por ejemplo, Lemert (1951) señalaba que lo que determina la reacción social es la combinación de factores como la visibilidad del síntoma, el nivel de tolerancia de la comunidad, y el cociente de tolerancia Por su parte, Scheff (1966) sostenía que la probabilidad de ser etiquetado como desviado se relaciona inversamente con el poder del "infractor de las normas", y directamente con la distancia social que media entre el infractor de las normas y los agentes de control social. Con más sarcasmo, Goffman afirma que en el fundamento para la hospitalización se encuentran diversas contingencias de carrera: "se han sugerido, si no explorado, varias de estas contingencias, entre otras el estatus socioeconómico, la notoriedad de la ofensa, la proximidad de un hospital psiquiátrico, las instalaciones accesibles para el tratamiento… Para información acerca de otras contingencias

uno debe confiar en relatos sobre ciertas atrocidades…"[31] (Goffman, 1984:140). Es importante apuntar que el concepto de "contingencia" concuerda lógicamente con la decisión metateórica de considerar fenómenos no absolutos sino probabilísticos y, por supuesto, con la presuposición de que el orden social se conforma por la interacción de los individuos. La centralidad que posee esta categoría para explicar la selectividad del proceso de etiquetación es ilustrada por el propio autor cuando afirma que "si se considera que el número de 'enfermos mentales' no internados iguala, y hasta excede al de los internados, podría decirse que éstos son víctimas de las contingencias, más que de una enfermedad mental" (Goffman, 1984:140).

Es claro que lo que la teoría de la etiquetación puede ver en relación con la etiología de la enfermedad es una consecuencia de las decisiones metateóricas subyacentes al paradigma. Esto es, el enfoque en los aspectos interpretativos del proceso etiológico es perfectamente consistente con esos supuestos. No obstante, lo mismo puede decirse respecto de lo que no alcanza a ver el modelo.

Al suponer que es el aparato médico el que define las situaciones e impone estas definiciones a las víctimas (pacientes), la teoría de la etiquetación representa a la mayoría de los seres humanos como agentes pasivos que no participan activamente en estos procesos de definición. A su vez, esto significa que la idea original del IS de que la construcción simbólica es ejecutada por agentes sociales relacionados mediante la interacción social, se califica de tal manera que ahora se propone que sólo aquellos agentes poderosos participan en realidad en el proceso de construcción del significado. Varias consecuencias derivan de esta forma particular de aplicar el IS:

La primera es que este modelo no es capaz de ofrecer una explicación satisfactoria respecto del sistema de poder al cual pertenece el aparato médico. En otras palabras, este enfoque no suele proporcionar otras explicaciones, aparte de aquellas como "preservar el orden social", en relación con la *raison d'être* de este sistema médico de etiquetación.

[31] Es decir, a relatos de los propios pacientes, que muestran que fueron llevados e internados mediante engaños y traiciones, por venganza, o para excluirlos del reparto de una herencia, o por diversos motivos de este tipo.

La decisión metateórica de centrarse en la dimensión subjetiva de los individuos es lo que impide que este enfoque identifique cualquier patrón sistemático que limite o explique estos procesos de etiquetación. Asimismo, la misma idea de un sistema médico que apunte a subyugar a los individuos al etiquetarlos arbitrariamente, es problemática. Cuando el orden social se explica como el resultado de la interacción individual, es difícil explicar de dónde proviene este sistema médico, si no es de la propia interacción entre los miembros de la sociedad. Que no sea éste el caso o, en otras palabras, que este sistema pudiera ser el resultado de otras fuerzas, más allá de la mera interacción individual, es reconocido más o menos abiertamente por el modelo de la etiquetación. Se reconoce la existencia objetiva de instituciones como la Inquisición o los Hospitales Mentales, que cumplen la función de reforzar el *statu quo* de la sociedad. Sólo hasta después de hacer este reconocimiento, se introduce un marco de referencia más simbólico interaccionista para explicar la transformación de algunos individuos bajo la influencia de estas instituciones.

En estrecha relación con la anterior, una segunda deficiencia de este enfoque es su incapacidad para explicar por qué sólo se etiqueta a algunos individuos y a algunos otros no de entre aquellos que desarrollan los mismos síntomas. El paradigma debe recurrir a un concepto central como el de "contingencia" para explicar este fenómeno. Sin embargo, también esta categoría es problemática, en particular en el caso de Goffman, quien ilustra estas contingencias al manifestar su tolerancia hacia conceptos un tanto colectivistas (como la clase social), que a su vez están en tensión con la orientación general del paradigma. Aquí, la aleatoriedad se encuentra en el corazón de la teoría. Evidentemente, no hay explicación que ofrecer y, en consecuencia, la teoría debe centrarse no en el *porqué* sino en el *cómo* del reclutamiento de víctimas. El énfasis que pone Goffman en las ceremonias de degradación ilustra este enfoque en el *cómo*.

Según la teoría de la etiquetación, la *práctica médica* es básicamente un proceso por medio del cual los individuos clasificados o etiquetados se resocializan en su nueva identidad y rol de desviados. Esto es, la terapia es un proceso a través del cual se valida el estatus de enfermo del paciente. Obviamente, el enfoque resalta el carácter

iatrogénico de la terapia, porque produce, y no reduce, la enfermedad. Como puede apreciarse, ésta es una aplicación lógica de la teoría de la internalización propuesta por Mead y el IS, pero llevada a su extremo. Se supone que los otros pueden redefinir el entorno de un individuo en forma tal que pueda transformarse por completo su identidad.

El ejemplo clásico de la concepción anterior es el estudio de Goffman sobre los hospitales psiquiátricos en tanto *instituciones totales*, a los cuales también se refirió como "invernaderos donde se transforma a las personas" (Goffman, 1984:25). El concepto de *instituciones totales* es una aportación central de este enfoque. Tales instituciones, entre los que se cuentan los hospitales psiquiátricos, poseen las siguientes cuatro características básicas:

1. Todos las facetas de la vida de los "internos" se desarrollan en el mismo lugar y bajo la misma autoridad;
2. Cada fase de la actividad diaria de los miembros se lleva a cabo en la compañía inmediata de un gran número de individuos (que ejecutan las mismas actividades);
3. Todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, y
4. Las actividades puestas en práctica se conjuntan en un sólo plan racional "deliberadamente concebido para el logro de los objetivos propios de la institución" (ídem: 20).

Goffman ilustra cómo, por medio de una serie de ceremonias de degradación y ataques al *self*, los individuos son humillados sistemáticamente hasta que se adaptan a la nueva situación, esto es, hasta que sus identidades se reconstruyen. Los hallazgos de Goffman acerca de la forma en que el interno soporta las mortificaciones del *self* constituyen una muestra del potencial descriptivo del interaccionismo simbólico. El *self* puede ser mortificado por varios medios, de los cuales los más importantes son la contaminación física, las relaciones sociales forzadas y la fractura de la relación habitual entre el actor individual y sus actos: "las instituciones totales desbaratan o violan precisamente aquellos actos que en la sociedad civil cumplen la función de demostrar al actor, en presencia de los testigos ocasionales, que tiene cierto

dominio sobre su mundo, que es una persona dotada de la autodeterminación, la autonomía y la libertad de acción propias de un adulto" (*ídem*:53).

La teoría de la etiquetación propone que la principal función de estos procedimientos de tratamiento es ofrecer a la sociedad un sistema clasificatorio —con vastas consecuencias prácticas para los así clasificados, como enseñaba Thomas— para diferenciar a la gente "buena" de la "mala", a los "normales" de los "desviados" (Szasz, 1970). Por eso Freidson (1978:54) sostenía que los médicos son *empresarios morales*, en tanto que, en su desempeño, clasifican a los individuos entre sanos y enfermos, connotando ante toda una actividad de orden moral, orientada a distinguir lo deseable de lo no deseable: "la actividad médica conduce a la creación de nuevas reglas que definen la desviación; la práctica médica persigue reforzar esas reglas atrayendo y tratando a los enfermos desviados recién definidos" En consecuencia, desde la perspectiva de la teoría de la etiquetación, la terapia es concebida como una empresa moral que, a través de sus medios disciplinarios, ayuda a conservar el orden social. Lo cual significa que, dentro de este enfoque, la imagen que se ofrece de los pacientes se aparta significativamente de la noción de actores libres y creativos que retrata la teoría de Blumer, pues son exhibidos más bien como víctimas indefensas de instituciones poderosas.

IV. Alcances y limitaciones

La principal fortaleza del enfoque simbólico interaccionista es su potencial *descriptivo*, pero su debilidad está en su escaso poder *explicativo* de los fenómenos sociales. El modelo del orden negociado da por sentado la definición biomédica de enfermedad y, sin problematizarla, aborda directamente el estudio de la interacción social que se suscita en torno a ella. En todo caso, es el enfoque de la teoría de la etiquetación la que plantea un cuestionamiento más radical a la noción de "enfermedad", al enfatizar que la misma aparece sólo dónde hay una reacción social específica en torno a una desviación primaria. Sin embargo, ninguno de los dos enfoques puede teorizar por sí mismo a qué

clase de contexto social más general pertenecen los fenómenos que se estudian, por lo que transmiten un carácter relativamente ahistórico de sus hallazgos.

El modelo del orden negociado permite visualizar mejor la negociación que ocurre entre los actores involucrados en la definición de la situación, en comparación con lo que ofrece la teoría de la etiquetación. Esta última postula que una definición específica de la situación es impuesta a los pacientes (víctimas) por contrapartes poderosas (i.e., el aparato médico), mientras que la primera sugiere que es a través de un proceso interactivo entre pacientes y médicos como se logra alcanzar un consenso. Asimismo, este modelo contempla que más actores (i.e., parientes, amigos de los pacientes, etc.) pueden participar en el proceso de definición de la situación, en comparación con aquéllos reconocidos por el enfoque de la etiquetación.

El modelo de la negociación sigue los postulados de Blumer en forma más rigurosa que la teoría de la etiquetación. Al proponer que el orden social es un fenómeno *emergente*, resultado de un proceso de negociación permanente entre los individuos, el modelo del orden negociado sostiene que las normas y reglas sociales no son datos fijos; son, en cambio, el resultado de negociaciones entre los participantes en un escenario determinado. En consecuencia, en contraste con la teoría de la etiquetación, que paradójicamente implica una naturaleza humana muy pasiva (sobre todo de parte de quienes son etiquetados y sometidos), el modelo de la negociación acepta que los individuos son capaces de manipular su entorno en forma activa. Esto es, generan una definición propia de la situación, que a su vez usan como guía para lograr sus objetivos.

El modelo de la negociación reconoce sin problema la existencia de una desviación primaria en un nivel biológico, que es el origen del proceso que conduce a definir como enfermo a un actor social determinado. La atención no está en el surgimiento del padecimiento en sí mismo, sino en todo lo que se hace en torno a dicho padecimiento una vez que éste se presenta. Por ello, diversas investigaciones han mostrado que antes de buscar ayuda profesional, los individuos pasan un tiempo tratando de "normalizar" los síntomas que experimentan en relación con la enfermedad (y, añadiríamos, lo hacen echando mano

de otras formas de medicina, como la doméstica, antes de ponerse en manos de las instituciones). En esta etapa, interpretan estos síntomas por medio de concepciones legas de salud y enfermedad. La interacción con un ser significativo puede activar en un momento dado la decisión de consultar a un médico. En otras palabras, antes de visitar al médico, se verifica un proceso de negociación dentro de un dominio no médico, a través del cual los individuos intentan definir (y "normalizar") la situación relativa a sus síntomas en términos legos.

El encuentro médico-paciente representa una segunda etapa donde ocurre un vívido intercambio de significados que repercuten en el modo en que cada participante ajusta sus conductas. En este caso, se postula que ambas partes participan en un proceso de negociación al término del cual se alcanzará un consenso (un diagnóstico). Como vimos ya anteriormente, este encuentro, a su vez, puede dividirse en tres partes: ensayo, presentación y repaso (Strong, 1977).

La premisa según la cual los individuos interpretan su entorno a través de un proceso interactivo y determinan su conducta a la luz de esta interpretación se lleva hasta sus últimas consecuencias con el modelo del orden negociado. De esta forma, el encuentro médico-paciente se describe como una situación en que ambas partes negocian, en principio, en igualdad de condiciones. Que esta *igualdad* no existe de hecho se reconoce al introducir otras dimensiones de poder, como la desigualdad de género, o las concepciones dominantes acerca de las apariencias de los individuos, cuyo papel ha sido bien documentado por algunas autoras. Sin embargo, no sólo los encuentros médico-paciente se definen como procesos de negociación. Este modelo propone que la negociación se puede identificar también en el lado del paciente antes y después de este encuentro. La búsqueda de las características de estas negociaciones también está en el origen de la preferencia de este modelo por las enfermedades crónicas, dejando de lado las enfermedades infecciosas y agudas. En otras palabras, el modelo de la negociación no niega que puedan existir procedimientos interpretativos en torno a las enfermedades infecciosas y agudas. Empero, su corta duración hace que sea un tanto difícil observar en forma sistemática cómo les dan un sentido los individuos. Por ello, prácticamente no se

les observa desde este enfoque, como lo ilustra la falta de literatura interaccionista simbólica sobre estas enfermedades.

Dada la decisión de centrarse en significados creados intersubjetivamente (consecuencia del supuesto metateórico de que el orden social *emerge* a partir de la interacción de los individuos), el interaccionismo simbólico sólo puede elegir a la dimensión micro como su objeto de estudio: es decir, la acción interpretativa. En consecuencia, la definición de la situación que formulan los actores en cada encuentro necesariamente tiende a ser conceptualizada en un sentido más bien ahistórico. Esto es, el interaccionismo simbólico tiene dificultad para ver la existencia de "fuerzas" que formen u orienten la interpretación que los individuos dan a la enfermedad, pues su perspectiva de análisis no incluye mucho más allá del nivel interaccional. En ese sentido, los estudios más audaces son aquellos que advierten los sesgos de género o de clase presentes en la interpretación de los individuos, como aquellos que reseñamos más arriba en donde se acredita que el *master estatus* de las mujeres en cada encuentro médico-paciente tiende a ser siempre su condición de mujeres.

En tanto que la teoría de la etiquetación asume una imagen pasiva del paciente, el modelo de la negociación propone que la capacidad negociadora de las personas enfermas no se ve afectada por la enfermedad. La misma suposición se hace respecto de la fase de terapia. En este caso, se postula que los pacientes son un actor más, entre los muchos (doctores, enfermeras, etc.) implicados en el proceso curativo. La imagen de un individuo libre y creativo, dejado de lado por la teoría de la etiquetación, se lleva hasta sus últimas consecuencias con este modelo. Es en este sentido que se dice que los hospitales funcionan como órdenes negociados. Esto es, la terapia es un proceso construido socialmente por medio de una serie de definiciones de la situación por parte de múltiples actores. Dentro de la institución el orden se mantiene, y se controlan los conflictos, por medio de un patrón de valores muy generalizado que guía a aquellos que permanecen dentro del hospital al supuesto objetivo primordial de todos: mejorar la salud del paciente.

Tanto énfasis en la capacidad interpretativa y negociadora de los actores, dentro del modelo del orden negociado, tiene sus costos: casi

nunca se ve a los individuos tratando de transformar las instituciones. Al centrarse en la interacción entre los actores, el interaccionismo simbólico tiende a ver nada más "negociación" y "adaptación" en un medio en el que, con otro enfoque, podría verse más claramente una abundancia de conflictos y tensiones. El campo de la salud es particularmente propicio para ello. Por ejemplo, la perspectiva interaccionista difícilmente reconocería como tal a un movimiento social consistente en un grupo de pacientes que intentaran ser más asertivos ante los doctores o a otro movimiento social compuesto por personas discapacitadas que pugnaran por los mismos derechos que la gente "normal". El interaccionismo simbólico tenderá a ver muchos *procesos de negociación* donde otras perspectivas con mayor capacidad de teorizar los conflictos en el marco de determinantes sociales de mayor envergadura, reconocerían verdaderos *movimientos sociales*.

Un enfoque interaccionista simbólico no resulta particularmente propicio para que el investigador observe las fuerzas sociales que moldean conforman las características observadas de la terapia en un nivel micro. Puede verse a un médico tratando de definir una situación en sus propios términos y, por tanto, tratando de extender una prescripción al paciente. Sin embargo, para el observador estrictamente circunscrito al enfoque simbólico interaccionista, no resulta tan fácil darse cuenta de quién o qué determina la conducta de extender una prescripción con un nombre y una marca específica de un medicamento, más allá de la interacción del médico con el paciente y sus colegas cercanos. Así, no será desde el interaccionismo simbólico que podrá postularse que la lógica del capitalismo, la búsqueda permanente de ganancias, o la lógica del Estado benefactor influyen en lo que piensa y hace el médico al atender a su paciente. Lo mismo puede decirse respecto de la creciente sofisticación tecnológica de los servicios médicos. En la misma vena, una sociología de los sistemas de salud, como producto de formaciones sociales que responden al fenómeno de la enfermedad, es impensable desde un punto de vista estrictamente simbólico interaccionista.

De lo anterior se colige una simple conclusión: en el análisis de los problemas de salud, el interaccionismo simbólico puede ser una herramienta muy útil, particularmente para describir los procesos de

negociación de significados que ocurren en los encuentros cara a cara. Pero es necesario enriquecer la mirada sociológica incorporando perspectivas que permitan apreciar el fenómeno en cuestión de manera más comprehensiva.

En la época en que se desarrolló el enfoque interaccionista, solía proclamarse la necesidad de ser fiel a un paradigma determinado y vivir con sus consecuencias. En la actualidad una postura que tienda a privilegiar la adscripción dogmática a un enfoque, aún al costo de dejar de lado aspectos medulares del fenómeno bajo estudio, resulta inadecuada. El problema está en que tampoco se justifica la trivialización de una perspectiva en aras de una fementida visión *integral* del problema. La combinación de enfoques, o la adopción de uno que integre diversos niveles de análisis, puede ser una medida útil al hacer investigación social en salud. Pero el primer paso, sin duda, consiste en el conocimiento detallado de las perspectivas que se desea utilizar.

Capítulo IV
La mirada de la fenomenología sociológica en la salud

La fenomenología es originalmente una filosofía preocupada por esclarecer la cuestión de cómo conocemos y, por tanto, interesada ante todo en los atributos de la experiencia consciente. Husserl, el fundador de esta perspectiva, sostuvo que la vía de acceso a las respuestas para estas preguntas es la meditación reflexiva, liberada de toda prenoción o compromiso con cualquier marco teórico o sistema de categorías preexistente, con el fin de acceder a la esencia de la conciencia, a sus constantes universales, más allá de sus manifestaciones históricas concretas. Como una escuela filosófica de gran tradición, la fenomenología cuenta entre sus grandes figuras a pensadores como Martin Heidegger, Merleau-Ponty, Sartre, Gadamer, y otros.

Pero aquí lo que nos interesa es la relación de esta escuela de pensamiento con la investigación social en salud. ¿Qué es la investigación fenomenológica aplicada a este campo? ¿Qué ganamos cuando adoptamos esta perspectiva? ¿Qué es lo que hacemos visible, que de otra manera, si no fuera por la fenomenología, pasaría sin ser notado? Se trata de preguntas para las que no existe un cuerpo homogéneo ni unificado de respuestas pues, como cabe esperar, el concepto mismo de fenomenología ha sido utilizado de muy diferentes maneras, además de que al interior de esta escuela de pensamiento hay varias subdivisiones, varias tradiciones que luchan por diferenciarse entre sí, varias líneas de acumulación del conocimiento.

Tratemos entonces de caracterizar primero la fenomenología sociológica y las escuelas que de ella derivan, así como sus principales contribuciones a la investigación en salud. Veamos después los principales rasgos de la aplicación contemporánea de la fenomenología en salud. Y terminemos advirtiendo sobre algunas de las principales precauciones que el lector debe tener en cuenta al revisar la literatura en este campo.

La propuesta de Schutz

La fenomenología sociológica deriva de los postulados filosóficos de Husserl. Pero fue Alfred Schutz, uno de sus discípulos, quien sentó las bases para su traducción al ámbito sociológico. Un aspecto central de la fenomenología de Schutz (1962) es la problematización que hace del concepto de *sentido común*. Éste se define como el conjunto de saberes prácticos acumulados a lo largo de las generaciones y que heredamos (ya están ahí cuando nacemos, y simplemente somos socializados dentro de ese conocimiento), que nos permiten saber "qué es el mundo" y ubicarnos en él de forma inmediata. Se trata de un conjunto de recetas y tipificaciones que utilizamos rutinariamente en la vida cotidiana, lo que nos confiere una sensación de seguridad y de transparencia de la realidad. Gracias al sentido común, el mundo se muestra inmediatamente asequible. Geertz (1994), lo define como un sistema cultural que permite a los individuos realizar una interpretación de las inmediateces, una glosa de éstas; es un saber construido social e históricamente. El sentido común es, por tanto, nuestra forma espontánea de contacto con la realidad. Pero si el sentido común es fundamentalmente un sistema cultural socialmente construido, entonces el conjunto de conocimientos contenidos en él no es tanto un producto de nuestro contacto *con la realidad* sino más bien un producto de nuestro contacto *con los demás* en la sociedad: es un conocimiento inter-subjetivo. De ahí que lo que es de sentido común en una cultura o en un grupo determinado, puede no serlo en otro.

Para ilustrar lo anterior podemos recurrir al siguiente ejemplo: en amplios sectores de este país, sobre todo pero no exclusivamente en el

medio rural, es frecuente encontrar que los individuos reportan padecer de *susto* y *pérdida de la sombra*. Los síntomas varían de una región a otra, pero en general suele haber coincidencia en que se presenta, en lo físico, cierta debilidad, somnolencia, pérdida de apetito, fiebre y diarrea; y en lo emocional, depresión y vacilación. Se trata de un padecimiento tan común, que a veces con solo algunos de los síntomas anteriores se suele sospechar de la presencia de estos padecimientos de filiación cultural (Castro, 2000). En otros contextos más urbanos, más cercanamente relacionados con el acelerado ritmo de la vida moderna, los individuos con frecuencia reportan padecer *estrés*. Los síntomas suelen estar asociados a la angustia, dificultad para dormir y tensión emocional. Y con frecuencia se presentan afecciones físicas, desde gripa hasta cáncer, debido a la baja de defensas que produce el estrés. Lo interesante es que en aquellos lugares donde los individuos padecen de *susto* y *perdida de la sombra*, no suele haber gente que se queje de estrés; y a la inversa, en aquellos lugares donde hay individuos estresados, no suele haberlos con *susto* o *sin sombra*. La normalidad varía en estos contextos, en función de las diferenciales construcciones del sentido común.

Los individuos no suelen estar conscientes de este carácter histórico, variable e intersubjetivo del sentido común. Esa actitud con la que funcionamos cotidianamente, y que nos permite entrar en contacto "con la realidad" espontáneamente, se denomina *actitud natural*. Ésta se caracteriza por la "suspensión de la duda", es decir por una disposición a *dar por sentadas* el conjunto de cosas que me rodean y que definen y constituyen mi mundo cotidiano. Siguiendo con el ejemplo anterior, la *actitud natural* en algunas comunidades rurales de México incluye la propensión a agrupar ciertos síntomas y a interpretarlos bajo la noción de *susto*, mientras que en otras regiones la propensión es a identificar como *estrés* un conjunto de malestares frecuentes. Esta actitud natural se ve alterada cuando dichas nociones dejan de ser espontáneamente reconocidas por los demás individuos. El caso más típico es cuando un individuo de un contexto (ahí donde se reconoce el susto) trata de reportar su afección en otro contexto diferente (por ejemplo en un centro de salud urbano), donde le pueden decir que "eso no existe". Sólo en esos casos debemos detenernos a analizar y resolver de manera práctica el contratiempo que enfrentamos (por ejemplo,

eligiendo no continuar tratando de que el médico entienda, guardando silencio, aguantando pacientemente la descalificación propinada desde el saber médico moderno, y acudiendo más tarde con la curandera del lugar, que sí sabe de este padecimiento). Pero en general, la actitud natural se caracteriza por suponer que la realidad está ahí, de manera inmediata, y que el mundo funciona "normalmente". No sería práctico, por lo demás, vivir analizando todo lo que hacemos y todo lo que nos rodea antes de ejecutar cada conducta. De hecho, sería enloquecedor. La actitud natural justamente nos salva de semejante riesgo, y nos permite interactuar con los demás de manera efectiva y práctica.

Schutz identificó varias propiedades del sentido común. La primera de ellas es la que se denomina la *reciprocidad de perspectivas*, que consiste en la presuposición (con la que funcionan todos los individuos), de que las cosas significan lo mismo para mí que para los demás, y que las cosas que presupongo o doy por sentadas también son presupuestas por los demás. La segunda propiedad se refiere al *origen social del conocimiento*: sólo una parte muy pequeña de mi conocimiento del mundo se origina en mi propia experiencia, mientras que la mayor parte está formada por conocimientos pre-existentes que me han sido heredados. Este saber heredado me es dado en forma de tipificaciones, y "el medio tipificador por excelencia que permite transmitir el conocimiento de origen social es el vocabulario y la sintaxis del lenguaje cotidiano" (Schutz, 1974:44). El lenguaje cotidiano está lleno de tipificaciones, y el estudio de las mismas es una vía de acceso al mundo de la experiencia. De ahí que la investigación fenomenológica en general, y ciertamente la centrada en la salud, se base en análisis cualitativos de entrevistas en profundidad, pues es el material lingüístico el medio a descifrar.

Por ejemplo, en otro trabajo (Castro, 2000) hemos dilucidado con detalle la lógica que explica que los habitantes de una zona rural del centro de México se refieran a sus hijos pequeños como "gordos" o "contentos" para señalar que están sanos, libres de enfermedades. Tales expresiones son *tipificaciones* que condensan una vasta experiencia social acumulada y cristalizada en palabras específicas. Dicha experiencia tiene que ver con condiciones de precariedad e incertidumbre, en las que la desnutrición y la desdicha son siempre posibilidades la-

tentes, en virtud de la adversidad que se vive cotidianamente. En ese contexto, la salud es experimentada subjetivamente como un logro, como una conquista que se alcanza a veces *por suerte*, y a veces porque se tiene mucho aguante para sobreponerse a las dificultades, pero nunca como algo que se dé por sentado o que sea una consecuencia natural de las condiciones de vida diarias. A diferencia de las clases medias y altas, que pueden dar por sentada la salud (y que, por lo tanto, casi no tienen sinónimos para nombrarla), estos sectores más oprimidos no pueden dar por sentada la salud dada su cotidianidad llena de dificultades, carencias y padecimientos. La salud, entonces, se vuelve sinónimo de estar bien alimentado (gordo) o de vivir por el momento sin pesadumbres (contento). Estas son las tipificaciones de la experiencia de la salud mismas que, cuando se las examina de cerca, resultan muy reveladoras de la condición social de quienes las usan en su lenguaje cotidiano.

Finalmente, la tercera propiedad del sentido común es que éste se encuentra *socialmente distribuido*, lo que significa que el conocimiento "que un individuo tiene a mano en un momento cualquiera de su vida está estructurado en zonas de diversos grados de claridad, nitidez y precisión" (Schutz, 1974:45). Por ejemplo, hay cosas que son de sentido común para los médicos, que no lo son para los pacientes. Así como hay cosas de sentido común para las parteras empíricas, o para los responsables de las políticas de salud, que no lo son para el resto de los individuos.

La perspectiva fenomenológica resulta sumamente útil para el estudio de la experiencia subjetiva de la salud y la enfermedad, precisamente por el aparato conceptual y metodológico que provee. La enfermedad crónica suele traducir una desarticulación de estas tres tesis para el enfermo, así como una ruptura de su "actitud natural". La salud, dice Gadamer (1996) es la posibilidad de no ocuparse de sí mismo. La mayoría de las personas sanas viven su cuerpo sólo como un fondo del que emerge la vivencia del "yo". Las capacidades motrices se dan por sentadas, y el cuerpo se hace presente sólo en circunstancias muy específicas, como cuando nos ejercitamos o cuando disfrutamos de los placeres sensoriales. Al aparecer una enfermedad crónica (por ejemplo alguna forma de parálisis, o alguna forma de dolor continuo, como la

fibromialgia) el cuerpo se vuelve inusualmente presente y problemático: ya no es más posible la *actitud natural* de antes en la que se daban por sentado un conjunto de movimientos espontáneos (subir y bajar escaleras, contener las ganas de ir al baño mientras se está ocupado en otra cosa más importante, salir a dar una caminata). A diferencia de los demás, el enfermo crónico suele necesitar invertir una enorme cantidad de energía en calcular sus movimientos, y tiempo para realizarlos. Por ejemplo, el que usa silla de ruedas necesita prever si las calles por donde desea circular tienen rampas en las esquinas que le permitan cruzar sin dificultad, así como verificar el estado mismo de las aceras. El que padece de insuficiencia respiratoria debe calcular que el traslado que piensa hacer a pie de un lugar a otro no le exija más esfuerzo del que puede dar su cuerpo, o bien debe asegurarse de que en el trayecto habrá lugares para descansar a intervalos. La que sufre de fibromialgia requiere estar rodeada de muebles que le permitan cambiar constantemente de postura (sentada, con los pies sobre un banco, acostada). El que sufre de alguna forma de parálisis puede requerir muchos minutos para subir unas escaleras. Y así sucesivamente.

Todas estas necesidades de los enfermos crónicos rompen con el mundo que los demás dan por sentado. Por lo mismo, quienes no sufren tales padecimientos no necesariamente están en condiciones de comprender lo que significa e implica andar por el mundo desde el cuerpo de un enfermo crónico. La interacción entre el enfermo crónico y quienes le rodean suele verse tensionada por estas rupturas de la normalidad. Todo ello, a su vez, se traduce en formas muy agudas de sufrimiento que impactan no sólo en las relaciones sociales, sino en la propia percepción del yo, en la percepción del tiempo y del espacio, en la autoestima y la sensación de control sobre uno mismo, sobre el cuerpo, y sobre las circunstancias inmediatas (Shuman, 1999).

Esta experiencia subjetiva de los padecimientos puede estudiarse científicamente desde la perspectiva de la fenomenología social. Es decir, aunque se trate de experiencias subjetivas, es posible estudiarlas objetivamente. Para ello, la cientificidad propuesta por Schutz debe adecuarse a varios postulados, de los cuales los dos más importantes son: el *postulado de la coherencia lógica* y el *postulado de la interpretación subjetiva*. De acuerdo al primero, las explicaciones que se ofrezcan

deben realizarse bajo un esquema conceptual coherente que sea además compatible con la lógica formal, garantizando así que se trate de objeto científico distinguible de los objetos del sentido común. De acuerdo al segundo postulado, debe presuponerse la existencia de un sentido lógico en la experiencia subjetiva que se busca estudiar. Ello, a su vez, supone la renuncia a la tentación simplificadora que atribuiría al *absurdo* o a la *irracionalidad* de los actores las descripciones y las explicaciones que éstos ofrecen acerca de sus padecimientos.[32]

Schutz propone que la *acción*[33] de los individuos es interpretable según los motivos. Estos pueden ser *motivos para* y *motivos porque*. Los *motivos para* se refieren a la acción orientada al futuro, es decir al estado de cosas u objetivos que se pretenden alcanzar con una acción determinada. En cambio, los *motivos porque* aluden a las experiencia y determinaciones pasadas del actor, que lo llevaron a actuar de tal o cuál manera. Los *motivos para* son discernibles antes de efectuar la acción, mientras que los *motivos porque* sólo son discernibles una vez consumada la acción. Así por ejemplo, alguna vez entrevistábamos a diversas mujeres sobre los motivos relacionados con el hecho de haberse unido en pareja siendo aún muy jóvenes. Una de ellas respondió que ya quería irse a vivir con su pareja (*motivo para*); otra, en cambio, explicó que el novio la raptó y días después pidió su mano a sus padres, dejándola a ella sin mayor alternativa más que someterse (*motivo porque*). Siguiendo a Schutz, diríamos que dilucidar la naturaleza de los motivos de la acción es fundamental para la sociología en salud. Ésta se ocupa entonces, al aplicar un enfoque fenomenológico, de estudiar la experiencia subjetiva de los actores, analizando su sentido

[32] Pierre Bourdieu (1991) insistió en la necesidad de diferenciar entre ser racional y ser razonable. Aunque Schutz haya implicado en varias ocasiones que los individuos son racionales en su acción, podríamos corregir esa apreciación a la luz de la genial diferenciación sugerida por Bourdieu: la acción de los individuos suele ser razonable, aunque no necesariamente sea racional.

[33] La *acción social* se define como toda conducta a la cual los individuos atribuyen algún sentido, mismo que a su vez es producto de diversas formas de interacción social. El concepto, originalmente propuesto por Weber (1981), permite recuperar la dimensión subjetiva de los individuos como un objeto de estudio en el marco de las ciencias sociales.

común y los supuestos sobre los que descansa, las tipificaciones más comunes que usan para dar cuenta de sus circunstancias, los motivos que vinculan a sus acciones, etc.

No todas las cuestiones relacionadas con la salud son analizables desde esta perspectiva, desde luego. El objeto de estudio pertinente al enfoque fenomenológico en salud es la *experiencia subjetiva* (de los enfermos, de los cuidadores, del personal de salud, etc.). Los conceptos de motivos, sentido, fines, actos, se refieren a "cierta estructura de la conciencia, a cierto ordenamiento de todas las experiencias en el tiempo interior, a cierto tipo de sedimentación" (Schutz, 1974, p.125).

¿Y por qué estudiar la experiencia subjetiva en el campo de la salud? (de los enfermos, de sus familiares a cargo de ellos, de los médicos, las enfermeras, de los estudiantes en proceso de convertirse en médicos, etc.). Porque generamos información sobre la experiencia en sí de los actores, sobre la visión del mundo que le es concomitante, y sobre el mundo de vida en el que está inserto. Tres órdenes de realidad interconectados sobre los cuáles se puede generar nuevo conocimiento. Por ejemplo, en el caso de los enfermos, el enfoque fenomenológico nos permite acercarnos a formas de sufrimiento no detectadas por la medicina, a las vinculaciones de esas formas de sufrimiento con los arreglos sociales predominantes, y al mapa cognoscitivo que forma el mundo de la vida de la sociedad que estudiamos. En el caso de los médicos, el mismo enfoque nos permite acercarnos a la experiencia subjetiva de saberse a cargo de diagnosticar y curar, así como de interactuar con pacientes de todo tipo; a la visión del mundo que resulta y se refuerza desde esa posición de experto; y a las vinculaciones de esas experiencias y de esa visión del mundo con la estructura del campo médico.

Uno de los rasgos más sobresalientes de la sociología de Schutz es su propuesta de hacer de la vida cotidiana el objeto de estudio. El mundo de la vida cotidiana es aquella esfera de la realidad donde los individuos tienen influencia mediante su conducta y sus interacciones con los demás. De tal manera que la actitud natural opera fundamentalmente en el mundo de la vida cotidiana. Pero hay otras dimensiones de la realidad que también percibimos, aunque de manera más distante. Todas ellas forman el *mundo de la vida*, y la propuesta de Schutz es

que es posible discernir sociológicamente las estructuras de significado del mundo de la vida.

Al estudiar científicamente la experiencia subjetiva de los diversos actores del campo de la salud desde la perspectiva de la fenomenología social, nos ponemos en condiciones no sólo de describir lo que hacen los individuos, sino de explicar, por c*omprensión*[34] dichas conductas. Ello significa que el enfoque fenomenológico difiere de un estudio estrictamente etnográfico en tanto que éste último tiende a poner el énfasis en la descripción de un contexto determinado o de una cultura en particular, mientras que aquel se centra en el mundo subjetivo de los actores. Para estudiar éste último, sostenemos, no es posible ignorar el contexto pero, como veremos, diversos estudios fenomenológicos tienden a minimizarlo y a enfatizar sólo la visión del mundo de los actores y la experiencia subjetiva que se asocia a ella.

Corrientes que derivan

De la fenomenología de Schutz se derivan varias corrientes sociológicas, ninguna de las cuáles ha permanecido estrictamente como fenomenología. Podemos identificar al menos tres de ellas: a) la etnometodología, b) la sociología cognitiva de Ciocourel y el análisis conversacional, y c) el construccionismo social, en la vertiente impulsada por Berger y Luckmann. Desde luego, estas corrientes han centrado su atención en diversos objetos de estudio, y el interés por las cuestiones médicas y de salud varía entre una y otra. Y ciertamente las tres abandonan el estudio

[34] Las ciencias sociales deben a Vico la diferenciación entre esa forma de saber basada en el mero *entendimiento*, y esa otra forma de saber basada en la *comprensión*. *Entendemos* los fenómenos que nos son externos: por ejemplo la órbita de los planetas, la germinación de las semillas, o el ciclo de la lluvia. En cambio, *comprendemos* aquellos fenómenos —los fenómenos humanos— con los cuales estamos implicados en tanto seres humanos: los motivos, las angustias, los anhelos, los proyectos personales, las estrategias de acción, "el sentido por el cuál sé qué es ser pobre, luchar por una causa, pertenecer a una nación, unirse a, o abandonar una iglesia o un partido, experimentar nostalgia, terror, la omnipresencia de dios, [interpretar] un gesto, una obra de arte, una broma…" (Berlin, 1983: 184).

de la experiencia subjetiva en sí misma para centrarse en otras materias, y sólo de manera indirecta aborda la experiencia.

La *etnometodología* es un enfoque creado originalmente por Harold Garfinkel (2006) en la década de los sesentas del siglo pasado, que tiene como interés el estudio de los *etno* métodos, es decir los métodos por medio de los cuáles los actores sociales logran sostener la normalidad cotidiana. El objetivo de la etnometodología es el estudio de las acciones como un continuo logro práctico de los miembros de un grupo (Garfinkel, 2006:12). Y su postulado fundamental tiene que ver con la reflexividad, un fenómeno de extremo interés para las ciencias sociales, pues sostiene que las actividades por medio de las cuáles los individuos producen y manejan situaciones organizadas de la vida cotidiana, son idénticas a las actividades por medio de las cuáles dichos individuos dan cuenta de esas mismas situaciones (Garfinkel, 2006: 9). A diferencia de la fenomenología, se trata de un enfoque eminentemente empírico, sin mucha sofisticación teórica ni filosófica, que ha producido trabajos igual de fascinantes como controversiales en diversos campos, pero no en el terreno de la experiencia subjetiva de la salud y los padecimientos.[35] La razón es simple: la etnometodología centra su mirada en el *hacer* de los individuos, en sus acciones y en la manera en que éstas se ajustan cuando la normalidad es perturbada, en contraste con la fenomenología que centra su mirada en la interioridad de los individuos, en su visión del mundo, en su sentido común, en sus motivos para actuar, y en la manera en que todo ello se relaciona con la manera en que experimentan la realidad.

La orientación empírica de la etnometodología favoreció el desarrollo de la investigación sistemática de las conversaciones cara a cara o telefónicas, mirándolas siempre como un logro sostenido entre los actores participantes. Ello dio pie al surgimiento del *análisis conversacional*, una prolífica corriente igualmente empírica que parte del postulado de que la conversación entre dos o más personas es la forma quintaescencial de la interacción social. El objetivo fundamental de este enfoque es esclarecer las competencias sociales que se ponen en

[35] Para una revisión sintética de los aportes de la Etnometodología ver Ritzer (2000); y Giddens y Turner (1990).

juego y que hacen posible la interacción conversacional en diversos escenarios sociales, así como descubrir las *realidades* que se construyen por ese medio (Sacks, 2000). En el campo de la salud, un típico ejemplo es el estudio de Heath (1986), que mediante el análisis de videos y conversaciones en clínicas y hospitales entre personal de salud y entre médicos y pacientes, muestra como se logran los diagnósticos. Un caso semejante es el de Atkinson (1995), que analiza cómo es que la interacción de médicos y personal de salud entre sí, más que entre éstos y los pacientes, es el escenario donde se construye el conocimiento médico o los diagnósticos sobre los pacientes. Sin embargo, a los efectos que nos ocupan en este capítulo, destaca en particular el trabajo de Cicourel, que impulsó la *sociología cognitiva* basada en el análisis conversacional y la etnometodología. Aunque no es del interés de Cicourel el estudio de la experiencia subjetiva *per se*, sus análisis son lo más próximo que encontramos a esta materia dentro de este campo, máxime que el autor ha llevado a cabo varios estudios tomando como unidad de observación justamente el encuentro médico-paciente. Así, sin ser estrictamente fenomenológicos, sus estudios aportan hallazgos muy relevantes acerca de los supuestos de sentido común sobre los que se estructura un encuentro médico-paciente, así como los aspectos conversacionales y contextuales que configuran los diagnósticos clínicos (Cicourel, 1985, 1987a, 1987b).

Finalmente, una tercera corriente derivada de la fenomenología es el *construccionismo social*, impulsada por la obra fundacional de Berger y Luckmann (1986), *La construcción social de la realidad*, originalmente publicada en 1967, y que muy pronto se convirtió en una referencia dentro de la sociología del conocimiento. Discípulos directos de Schutz, los autores propusieron una teoría que permite analizar en diferentes planos las actividades de construcción de la realidad en que se encuentran inmersos lo mismo los individuos que las diversas instituciones sociales. De acuerdo a este enfoque, la construcción social de la realidad sigue tres etapas: la *externalización*, que es el proceso mediante el cual se construyen los productos culturales (por ejemplo la idea de que la mente y el cuerpo son entidades diferentes); la *objetivación*, que es el proceso mediante el cual los productos culturales adquieren realidad propia, independiente de los individuos

que la crearon, comúnmente reflejado en procesos específicos de institucionalización (por ejemplo, el desarrollo de instituciones de salud mental independientes del resto de las instituciones de salud); y la *internalización*, o el proceso mediante el cual los individuos aprenden, mediante la socialización, la "realidad objetiva de las cosas" (por ejemplo la existencia de las enfermedades mentales separada del resto de las enfermedades) e incorporan dicha realidad a su acervo de conocimientos, a su sentido común, y al conjunto de cosas que simplemente dan por sentadas.

Desde esta perspectiva, y al mismo tiempo en diálogo con otros enfoques construccionistas ajenos al enfoque de la fenomenología de Schutz, se impulsó toda una agenda de investigación orientada a dilucidar el carácter socialmente construido de la "realidad" en sus múltiples manifestaciones, y a caracterizar los procesos sociales y los juegos de poder que dieron origen a las mismas.[36] De tal manera que la investigación sobre la construcción social de los padecimientos puede ser rastreado sólo parcial, y a veces sólo indirectamente a la fenomenología. A modo de ejemplos paradigmáticos, podemos mencionar los estudios de Conrad (1975) sobre la construcción social de los niños inquietos como hiperkinéticos; de las adicciones como evidencias de defectos de carácter (Harding, 1986); de la teoría vascular como origen de la esclerosis múltiple (Nicolson y McLaughlin, 1988); de la mortalidad infantil como preocupación médica (Armstrong, 1986); del estrés como mitología moderna (Pollock, 1988); de la violencia contra las mujeres como un evento privado (Stark, Flitcraft y Frazier, 1983), y muchos otros más.

También la experiencia subjetiva ha sido objeto de atención desde esta perspectiva. En este caso, sin abandonar el carácter socialmente construido de los padecimientos, las investigaciones en esta materia

[36] Esta agenda de investigación se vio reforzada por otra corriente también construccionista, que no deriva de la fenomenología sino de la teoría de la etiquetación, y que se orientó al estudio de la enfermedad en tanto desviación social y su consecuente medicalización. Los estudios de Goffman (1984), Scheff (1970) y Szasz (2000) sobre la construcción social de la enfermedad mental son ejemplos paradigmáticos de esta segunda corriente. Pero como hemos señalado, éstos no son estudios que deriven o busquen ampliar la agenda propuesta por la fenomenología social.

ilustran de qué manera tales procesos colectivos se asocian a formas específicas de sufrimiento y adaptación. Podemos citar como ejemplos los trabajos sobre el sufrimiento subjetivo de los enfermos crónicos de Charmaz (1980, 1983); de las mujeres que sufren violencia de pareja (Loseke, 1987); y de las personas con lepra (Waxler, 1981); o bien el trabajo sobre la experiencia de sentirse embarazada, de Miller (1978), entre otros muchos.

No pretendemos hacer aquí una revisión de la literatura sobre el construccionismo social en salud, ni mucho menos. Pero no podemos dejar de mencionar que estos enfoques también han producido resultados en el plano institucional, específicamente en lo que respecta al papel que juegan las enfermedades en la construcción de pacientes, y las formas de experiencia subjetiva que se deriva de ello. Sólo a modo de ejemplos mencionemos los trabajos pioneros de Scott (1970) sobre el proceso de estigmatización médica de los pacientes y la concomitante calidad diferencial en la atención que reciben a partir de tales procesos, y el trabajo de Rosenhan (1973) que postuló la imposibilidad de distinguir a las personas sanas de los enfermos mentales en las clínicas psiquiátricas, y mostró que el contexto institucional es el que construye las identidades de unos y otros.

Por último, hay que señalar también que el enfoque del construccionismo social —que, como dijimos antes, evolucionó por su cuenta a partir de diferentes orígenes, siendo la fenomenología sólo uno de ellos— ha sido objeto de rigurosas críticas por diversos autores. Éstos han denunciado el abuso al que se ha sometido esta corriente (que lleva a algunos al relativismo total, a partir de la noción de que la realidad como tal no existe, ya que se postula que todo es una construcción social) y su lectura constituye un balance indispensable para quién desee adentrarse en estas aguas inciertas (Bury, 1987; Searle, 1997).

Fenomenología social en salud hoy

Cuando tenemos como objeto de estudio la experiencia subjetiva, y como encuadre general a la fenomenología, podemos aún distinguir variantes disciplinarias: además de la fenomenología sociológica, tene-

mos la psicológica, la filosófica y la antropológica. La fenomenología *psicológica* centra su interés básicamente en las estructuras cognitivas internas del individuo al costo de ignorar prácticamente todo el contexto social en que están inmersos; la fenomenología *filosófica*, por su parte, explora el tema de la salud con miras a desarrollar el proyecto original de Husserl, sin atender mayormente otras dimensiones psicológicas y sociales (Toombs, 1993, 2001). Finalmente, la fenomenología *antropológica* echa mano básicamente de la dimensión cultural para interpretar lo que se narra desde la experiencia del padecimiento, y constituye desde luego una variante muy relevante en el tema de nuestro interés (Kleinman, 1988; Good, Brodwin, Good & Kleinman,1992). Pero como reconoce Good (2003) en su excelente estudio sobre la experiencia subjetiva del dolor mandibular crónico, el tema ha permanecido esencialmente inexplorado desde este enfoque.[37]

La fenomenología social, tal como la hemos descrito, se ha desarrollado básicamente a través de las tres escuelas derivadas que describimos brevemente en las secciones previas de este capítulo. Otras producciones próximas a este enfoque, pero no estrictamente tales, son las de Augé y Herzlich (1995) y las contenidas en el volumen de Morse (1991).

Por otra parte, resulta reveladora una revisión de las características del grueso de la actual producción fenomenológica en salud. Ésta es impulsada básicamente por la investigación que se realiza desde la Enfermería, y que se difunde ante todo en revistas como Qualitative Health Research, Journal of Advanced Nursing, Journal of Holistic Nursing, y otros semejantes. Es decir, se trata de investigación fenomenológica en salud pero que no necesariamente podemos etiquetar de fenomenología *social*. Dentro de este campo, se ha consolidado una diferenciación que distingue la *fenomenología descriptiva*, que se asocia directamente al pensamiento de Husserl, de la *fenomenología interpretativa*, que reivindica su vinculación con la obra de Heidegger (Wojnar y Swanson, 2007).

[37] Ver en particular el capítulo 5 de esta obra: "El cuerpo, la experiencia de la enfermedad, y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico" (Good, 2003).

La investigación fenomenológico-*descriptiva* adopta la noción de Husserl de que lo que interesa es estudiar los fenómenos tal como se manifiestan a través de la conciencia. Esta última, se postula, contiene una serie de estructuras básicas, llamadas *esencias*, que es posible dilucidar mediante el estudio del significado de las diversas experiencias humanas. La vía para adentrarnos en tales estructuras es la identificación de lo que se da por sentado en la vida cotidiana, pues lo común para los individuos es vivir sin detenerse mayormente a reflexionar críticamente sobre sus propias experiencias diarias. Se postula que hay esencias universales (también llamadas *estructuras eidéticas*), y su identificación es uno de los fines que se persigue bajo este enfoque de investigación. Husserl denomina subjetividad trascendental a la identificación y descripción de tales estructuras. Un componente central de este enfoque, de acuerdo a este autor, es el control de todas las prenociones que posee quien investiga y que pueden ser proyectadas en el objeto de estudio inadvertidamente. A esta técnica de anulación de las ideas personales y del conocimiento previo que se pueda tener sobre la materia de estudio, se le llama *bracketing* (Koch, 1995; Lopez y Wills, 2004).[38] El carácter científico de este enfoque, sostenía Husserl, estriba en la estricta fidelidad al fin descriptivo de lo que hay en la conciencia de los sujetos investigados, y en la búsqueda de los aspectos comunes a todas ellas.

Por su parte, el enfoque fenomenológico-*interpretativo*, también llamado hermenéutico, parte de colocar en el centro un aspecto que Husserl había dejado en los márgenes: la relevancia del contexto cultural para comprender las interpretaciones que hacen los individuos de sus propias experiencias. En este caso no es el conocimiento consciente, sino las experiencias subjetivas lo que interesa interpretar. Heidegger propuso el concepto de *mundo de la vida* para referirse justamente al hecho de que las experiencias de los individuos estás

[38] Si bien no siempre resulta del todo claro, ni siquiera en los escritos de Schutz, cómo se llega a manejar dicha técnica, algunos autores señalan que un componente que ayuda en este sentido es abstenerse de revisar la literatura y de leer cualquier cosa que tenga relación con el problema que se esté investigando (Wojnar & Swanson, 2007). Habría que cuestionar, desde luego, cómo se puede diferenciar el "bracketing" de una mera interpretación sin controles, pero igualmente llena de prenociones.

siempre influidas por el mundo en que viven. Por ello, "no es el puro contenido de la subjetividad humana lo que constituye el foco de la investigación hermenéutica sino, más bien, lo que las narrativas de los individuos implican acerca de lo que experimentan cotidianamente" (López y Willis, 2004:729). La interpretación de lo que comunican los individuos debe hacerse siempre en conexión con el contexto social, histórico y político que moldea sus experiencias. Desde este enfoque se señala la imposibilidad del *bracketing*, tal como lo postula Husserl, y se argumenta más bien la necesidad de hacer explícitas al máximo posible las prenociones que orientan la interpretación que hace quien investiga, para lo cual, al contrario de lo que se sostiene desde aquel enfoque, se debe contar con un marco conceptual riguroso y bien informado, y se debe tratar de controlar la manera en que este marco influye en la interpretación que se hace.

El campo, desde luego, no está exento de importantes debates, entre los que destaca la cuestión acerca de las diferencias entre la fenomenología europea o tradicional, y la fenomenología norteamericana. Algunos autores acusan a la corriente norteamericana de haberse alejado demasiado de los planteamientos originales de Husserl como para volverse irreconocibles como fenomenólogos, mientras que desde esta corriente se reivindican las potencialidades creativas del enfoque y el derecho a explorar en nuevas direcciones (Crotty, 1996; Paley, 1998). En todo caso, se han identificado dos diferencias clave entre ambas escuelas. La primera se refiere al tipo de experiencia que interesa a cada una: la fenomenología europea ha puesto el énfasis en la experiencia *inmediata*, también llamada pre-reflexiva, es decir en aquella que es reportada por el individuo pero sometida a escrutinio para verificar que lo que el investigador tiene en las manos no es más bien una experiencia ya elaborada, sobre la que se ha reflexionado. La fenomenología norteamericana, en cambio, no insiste en la necesidad de hacer una investigación *crítica* de la experiencia, sino que la acepta tal como es presentada por los sujetos bajo estudio. Ello implica una renuncia al estudio *objetivo*, en términos de Husserl, de la experiencia subjetiva, para dar paso al estudio de la experiencia tal como es vivida por los propios individuos.

La segunda diferencia se refiere al papel que se le asigna a la cultura. La fenomenología europea, más fiel al proyecto filosófico que le dio origen, concibe a la cultura como un obstáculo para acceder a las "fuentes primordiales" de las que surgen los conceptos y las categorías que nos han sido heredados, es decir, como una especie de contaminante que nos impide ver el mundo en la "prístina inocencia de la primera mirada" (Spiegelberg, 1982). En cambio, desde la fenomenología norteamericana se cuestiona la imposibilidad de desprenderse genuinamente de la mirada que impone la cultura, y se postula que lo relevante es situar las experiencias que se estudian justamente en la cultura de los individuos (Caelli, 2000).

Conclusión: el riesgo de la trivialización

A partir de lo que hemos señalado podemos reconstruir brevemente el mapa actual de la investigación fenomenológica en salud. La fenomenología en general se inicia con Husserl, y una variante importante es impulsada por su discípulo Heidegger. De ambos deriva la fenomenología social impulsada por Schutz. La investigación en salud dentro de la propuesta de Schutz, muy escasa, es lo más próximo a la fenomenología social que encontramos en el campo. Con mayor o menor fidelidad al autor, se han desarrollado trabajos de investigación fenomenológica en salud no sólo con enfoque sociológico sino también filosófico, psicológico y antropológico.

Del pensamiento sociológico de Schutz se derivaron a su vez tres escuelas: a) la etnometodología de Garfinkel, b) el análisis conversacional (de Sacks) y la sociología cognitiva (de Cicourel); y c) el construccionismo social de Berger y Luckmann (que, recordemos, no es la única escuela de pensamiento y análisis construccionista). Las tres corrientes han impulsado investigación en salud, pero ésta sólo indirectamente puede reconocerse como fenomenológica.

En la actualidad, la investigación fenomenológica en salud es desarrollada sobre todo desde la enfermería, en dos vertientes: la fenomenología descriptiva, basada en Husserl, y la fenomenología interpretativa o hermenéutica, basada en Heidegger. Y desde dos escuelas:

la europea, que tiende a ser básicamente filosófica, y la norteamericana, que tiende a ser más práctica para el desarrollo de la enfermería. Pero ninguna de ellas tiene un enfoque social, bien sea sociológico o antropológico. El saber que producen es filosófico —aunque esto también ha sido puesto en duda—, o bien es un saber de orden *práctico*, útil para el campo de la enfermería.

En el mundo anglosajón hay una enorme literatura sobre investigación fenomenológica en salud que aquí no hemos intentado siquiera reseñar, pero de la cual hemos mencionado ya a algunos de sus principales exponentes y, sobre todo, sus principales coordenadas. En cambio, la situación en América Latina es enteramente la opuesta, pues se caracteriza por una muy exigua producción que pueda efectivamente demostrar su carácter fenomenológico-social. Alves (1993 y 2006) ha encarado directamente el tema, y sus revisiones reportan, ante todo, investigaciones realizadas en los países anglosajones. En todo caso, sostenemos que la investigación que realizamos sobre la experiencia de la salud y la reproducción en el marco de la pobreza en el centro de México adopta una perspectiva claramente fenomenológica (Castro, 2000). Existen, además, al menos dos revisiones sobre la experiencia subjetiva de los padecimientos, una contenida en el primer capítulo de nuestro libro antes mencionado, y la otra publicada por Mercado (1996) en las que se da cuenta de la variedad de enfoques con que el problema ha sido abordado, y donde queda claro que el enfoque fenomenológico social ha quedado casi siempre al margen.

Por último, hay que advertir que existen también algunas publicaciones que reclaman poseer un enfoque fenomenológico, mismo que se "acredita" tan sólo citando brevemente a Schutz o a alguna otra autoridad en la materia. Tal es el caso de algunos trabajos aparecidos en *Salud Pública de México* sobre sexo recompensado, o en la *Revista Latinoamericana de Enfermagem* sobre necesidades de cuidado de mujeres embarazadas, o sobre enseñanza de enfermería en salud mental. En realidad se trata de trabajos que no ponen a operar verdaderamente a los conceptos centrales de esta perspectiva. El análisis que presentan suele ser francamente irrelevante, paradójicamente de mero sentido común. Una prueba de calidad a la que se puede someter los trabajos que claman adoptar una perspectiva fenomenológico-social

consiste en seleccionar los conceptos que los autores identifican como centrales (derivados de los autores que citan), y retirarlos del texto. Si se constata que el análisis que se presenta no se ve alterado, como es el caso en estos trabajos, queda evidenciado que tales conceptos, por más que se les haya invocado, no hacían falta o no sirvieron de nada para el análisis que se terminó realizando. No pasan la prueba que podríamos llamar de la fidelidad al método. Se trata de trivializaciones frente a las que hay que estar alerta, pues la perspectiva fenomenológica en salud, tal como hemos tratado de mostrar en este capítulo, constituye un abordaje metodológico importante, sólidamente fundado en tradiciones filosóficas y sociológicas muy serias que, bien utilizadas, pueden rendir frutos muy relevantes en cuanto a generación de conocimientos se refiere.

Capítulo V
Navarro y la medicina social latinoamericana a mediados de la década de los ochenta

I. Introducción

En círculos académicos estadounidenses, frecuentemente se afirma que Navarro es uno de los principales autores en torno al análisis sociológico marxista de la salud y la medicina, mientras que en círculos latinoamericanos el lugar de este autor es más relativo. En este capítulo haremos una comparación de los principales conceptos usados por Navarro y algunos de los principales autores de la medicina social latinoamericana (en particular, aunque no exclusivamente, Laurell), y centraremos el análisis en el estado que había alcanzado la cuestión hacia mediados de la década de los ochentas del siglo pasado. El análisis que sigue lo haremos únicamente en relación a algunos aspectos del análisis de los determinantes sociológicos del proceso salud-enfermedad, con el doble objetivo de documentar, por una parte, el hecho de que, hacia esos años, la iniciativa dentro del pensamiento médico-social de izquierda la llevaban, con mucho, los autores latinoamericanos; y por otra parte, para mostrar cuánto más esclarecedora puede ser la aplicación juiciosa y crítica de los conceptos del marxismo en el campo de la salud, en comparación con otros ejercicios más dogmáticos.

En la primera parte de este capítulo se presenta una comparación del objeto de estudio según lo definen ambas partes y la principal hipótesis que se propone para abordarlo. En la segunda parte ofrecemos

una discusión del concepto de *clase social* utilizado tanto por Navarro como por la tradición latinoamericana. La tercera parte del capítulo consiste en una comparación del desarrollo de ambas tradiciones en lo tocante al análisis de la salud y el trabajo. Finalmente, en la cuarta parte se comparan algunos ejemplos de análisis efectuados tanto por Navarro como por la tradición latinoamericana sobre el impacto del desarrollo capitalista en la condición de salud de la población.

A lo largo del capítulo mostraremos que la calidad de la teorización de Navarro, por lo menos hasta mediados de los años ochentas, era bastante limitada en comparación con las propuestas que formulaba en esos mismos años la corriente latinoamericana, limitaciones que se pueden atribuir, por lo menos en parte, a su falta de investigación empírica y a la rígida manera en que utilizaba el enfoque marxista.

Entre los autores de la tradición latinoamericana, sin duda Asa Cristina Laurell es la figura principal. Utilizaré sus escritos en la mayor parte de este capítulo, aunque no exclusivamente, para ilustrar mis argumentos. Como hemos hecho en otros capítulos de este mismo libro, hay que advertir que la que sigue no pretende ser una revisión exhaustiva de los documentos de ambas partes, sino que simplemente hemos elegido algunos de los textos más representativos para ilustrar el punto.

II. La salud como objeto de estudio

En 1976, Navarro publicó *Medicine Under Capitalism*, donde recopila artículos que se habían dado a conocer en los dos años anteriores. El libro inicia reconociendo la importancia de analizar la medicina en su contexto, como parte de un sistema social específico, en lugar de tratar de entender la dinámica principal del fenómeno médico en sí misma, como si estuviera desvinculada de las principales fuerzas sociales que caracterizan un momento histórico determinado, tal como lo había hecho el pensamiento funcionalista, con Parsons a la cabeza. Su hipótesis señalaba que

> la medicina—la parte—queda determinada por las mismas fuerzas que determinan a la sociedad—el todo (Navarro, 1976:vii. Énfasis añadido).

Navarro define a "la medicina" como todo aquello relacionado con ella: el estado de la salud, la práctica médica (i.e. profesiones médicas, servicios de salud, etc.) y el conocimiento médico. De acuerdo al autor, las diferencias observadas en el estado de la salud entre los habitantes de áreas urbanas y rurales de Estados Unidos, así como entre los países de Latinoamérica, se pueden expresar mediante el uso de las mismas categorías que explican la lógica de todo el sistema capitalista: la desigual distribución del poder político y económico en la sociedad. Asimismo, la naturaleza, composición y funciones de los sistemas de salud —tanto en Estados Unidos como en América Latina—se pueden explicar mediante el uso de las mismas categorías que definen la estructura social: clase, poder y dominación. Más aun, sugiere que la misma composición de clase existente en toda la sociedad se puede observar dentro del sector salud estadounidense y que en general las causas que determinan el subdesarrollo de América Latina son las mismas que determinan el subdesarrollo de los sistemas de salud de la región. El libro en su conjunto busca demostrar dichas hipótesis e ilustrar su validez al utilizar algunas fuentes secundarias.

Desde sus inicios, el enfoque marxista latinoamericano ha mostrado un interés permanente en cuestionar conceptos utilizados de manera convencional y en desarrollar definiciones específicas y altamente sofisticadas. En 1975, Asa Cristina Laurell publicó su artículo *Medicina y Capitalismo en México* (Laurell, 1975), que sin duda constituye una de las fuentes fundadoras de la Medicina Social Latinoamericana. La autora afirma que los objetivos de este enfoque son, primero, "analizar *cómo* determinados procesos sociales llegan a expresarse en la patología que presentan las distintas clases o grupos"; y segundo, "esclarecer *la manera como* aspectos económicos, políticos e ideológicos se combinan en la conformación de los sistemas de atención a la salud y determinan el carácter de los servicios médicos" (Laurell, 1975:80. Cursivas añadidas). En otras palabras, desde un principio, la Medicina Social Latinoamericana se ha interesado más en entender específicamente *cómo* suceden los fenómenos de salud, en el marco del capitalismo periférico en que están insertas nuestras sociedades, que en simplemente postular que lo que ocurre a nivel macro (la sociedad

en su conjunto) se replica de igual manera en el nivel micro (la medicina moderna).

La búsqueda de esa meta ha obligado a la perspectiva latinoamericana a elaborar herramientas conceptuales y metodológicas precisas, tarea que implica tomar al marxismo como marco un general de referencia, y a partir de ahí elaborar o refinar las categorías de análisis en función del objeto específico de estudio. A diferencia de Navarro, —quien en *Medicine Under Capitalism* da por sentado el objeto de estudio, es decir, "los sistemas de medicina occidentales", "la salud"— Laurell dedica una parte sustancial de su artículo a cuestionar dichos conceptos. La idea subyacente consiste en que si el análisis marxista se va a emplear para examinar el fenómeno de la salud, el primer concepto a (re)definir bajo esa perspectiva es el propio concepto de salud.

La autora propone que la enfermedad no se puede considerar como un simple estado biológico ni como consecuencia mecánica de un cierto grado de pobreza. En lugar de utilizar acríticamente los conceptos de "salud" o "enfermedad" por separado, Laurell propone el concepto de *proceso de salud-enfermedad*, argumentando que la salud y la enfermedad no pueden ser consideradas como entidades separadas, sino que son dos momentos (unidos de forma dialéctica) del mismo fenómeno, que se contienen mutuamente. La autora señala que el vínculo entre la salud y la enfermedad posee una evidente dimensión biológica, así como una dimensión ideológica oculta. Es decir, para detectar una enfermedad se requiere tanto la presencia de una anormalidad biológica como la interpretación socialmente determinada del fenómeno. Para ilustrar este punto, Laurell afirma que es relativamente sencillo identificar los valores sociales subyacentes a la definición de enfermedad cuando el análisis se refiere a otras épocas. Por ejemplo, podemos observar el prejuicio religioso de la gente que creía que los epilépticos eran poseídos por espíritus malignos, pero es mucho más difícil detectar cómo influye la ideología capitalista en nuestra definición de enfermedad precisamente porque dicha ideología se describe a sí misma como el estado más avanzado y racional del conocimiento. El fundamento de la actual definición de enfermedad es la valoración de la capacidad productiva y competitiva de los individuos; es decir,

los valores específicos de una sociedad basada en la explotación del trabajo y en la promoción de la competencia.

Laurell postula que el proceso salud-enfermedad es consecuencia de la relación entre los individuos organizados en sociedad y la naturaleza. En otras palabras, la salud y la enfermedad quedan determinadas por la manera en que los individuos transforman y se apropian de la naturaleza. Dicha apropiación no se puede reducir a meros procedimientos técnicos: implica relaciones sociales específicas, por lo que la noción remite al concepto marxista de *modo de producción*.[39] Por tanto, de acuerdo con Laurell, el problema principal es entender la manera en que las relaciones de producción e intercambio existentes en una formación social específica se expresan en la relación entre salud y enfermedad colectivas y la respuesta colectiva a dicho fenómeno (servicios y sistemas de salud, etc.).

Sólo hasta después de unos años Navarro logró alcanzar un nivel teórico equivalente (Navarro, 1980). Así, lo que Navarro buscaba demostrar (que las *mismas* fuerzas que determinan la totalidad del sistema social afectan también lo que sucede dentro del campo de la medicina) era en realidad el supuesto principal del enfoque latinoamericano, que a su vez lo que ha buscado explicar desde sus comienzos son las formas particulares y específicas, desde el punto de vista del materialismo histórico, en que el capitalismo se refleja en los fenómenos de salud.

III. Clase social y salud

La clase social es un concepto central de los escritos de Navarro. Muchas de sus publicaciones contienen dicho concepto aun en el título y dedican muchas páginas a analizar la manera en que clase y salud se relacionan entre sí (por ejemplo, Navarro, 1980, 1982, 1983). En *Me-*

[39] Marx y Engels (1978) propusieron este concepto para dar cuenta del modo de obtener los bienes necesarios para el consumo productivo y personal. El modo de producción constituye la unidad de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción. Los autores identificaron varios modos de producción existentes a lo largo de la historia, entre los que destacan el esclavista, el feudalista, el modo de producción asiático, y el capitalista.

dicine Under Capitalism, Navarro dedica un capítulo al "subdesarrollo de la salud de la clase trabajadora". Aquí nuevamente, el concepto principal (clase social) se da por sentado y se utiliza de manera no crítica. Prácticamente en ninguna de sus publicaciones, por lo menos hasta mediados de los ochentas, Navarro intentó definir ese concepto en términos específicos, lo que lo llevó, paradójicamente, a efectuar análisis que no se distinguen de los estructural-funcionalistas. Un ejemplo de ello aclarará nuestro argumento.

En *Medicine Under Capitalism*, Navarro define a la "clase alta o corporativa" como los "dueños y controladores de la riqueza" (p. 83). Por otro lado, a la "clase trabajadora" la define como "compuesta primordialmente de obreros o trabajadores industriales, personal de servicios y asalariados agrícolas" (p. 83). Entre esas dos clases, Navarro identifica a la "clase media", que a su vez se divide en clase media alta y baja. Según Navarro, la clase media alta se compone de dos grupos: *a*. profesionales que realizan trabajo intelectual (como médicos, abogados, etc.) y *b*. la clase media comercial, "asociada a la pequeña y mediana industria, que incluye desde empresarios que contratan a unos cuantos trabajadores hasta propietarios de empresas bastante grandes de todo giro comercial" (p. 83). La clase media baja se compone de: *a*. dueños de pequeños comercios, trabajadores adiestrados en diversos oficios y artesanos que trabajan por su cuenta, y *b*. oficinistas y vendedores.

El primer aspecto cuestionable de tal clasificación es la falta de claridad sobre qué definición de clase social utiliza el autor. En otras palabras, aunque dice seguir el modelo de categorización de Miliband (1969), no queda claro, ni siquiera en la fuente, la naturaleza de la definición. Ciertamente, no constituye una definición marxista porque en ese caso resultaría imposible colocar en la misma categoría (clase media alta) a profesionales como médicos y abogados y a empresarios que contratan trabajadores, debido a que una de las categorías discriminatorias del análisis marxista de las clases sociales es la *explotación* del trabajo.[40] Navarro no explica bajo qué definición es posible reunir a

[40] Es decir, la plusvalía que los propietarios de los medios de producción extraen de los trabajadores mediante el trabajo asalariado. La *propiedad privada de los medios de producción*, la *explotación del trabajo* y la *extracción de plusvalía* son categorías analíticas fundamentales del pensamiento marxista, que sirven como referente para

quienes no explotan directamente el trabajo de otros y a quienes viven de él. La aparente diferencia entre los empresarios que poseen compañías pequeñas o "bastante grandes" y los dueños de las grandes corporaciones es cuantitativa más que cualitativa (habrá quienes exploten a sólo 5 o 15 trabajadores mientras que otros explotan a 15,000 pero todos ellos extraen plusvalía de los trabajadores, desde el punto de vista marxista). La intención de Navarro en ese capítulo es demostrar, sin lograrlo, que la categoría de clase social no ha sido superada y que es, en efecto, un concepto central para entender la distribución de la morbilidad y mortalidad en los Estados Unidos (p. 86). En un análisis que difícilmente se puede diferenciar de los estructural-funcionalistas (en tanto que no proporciona ningún hallazgo adicional a los propuestos por ese enfoque sociológico), argumenta que

> aun si tomamos al ingreso y a la ocupación como indicadores de clase (y todos conocemos las limitaciones de esos indicadores) y utilizamos cifras estandarizadas por edad, encontramos mucha mayor mortalidad y morbilidad en la clase trabajadora que en la clase corporativa y la media alta (p. 85).

Así, tras definir a las clases sociales en términos de ocupación e ingresos, Navarro hace referencia a las "bien conocidas" limitaciones de ese enfoque. ¿No debería entonces habernos proporcionado una mejor operacionalización del concepto de clase social? Su argumento pretende demostrar que aun utilizando esos limitados indicadores, se pueden observar diferenciales en el estado de salud de la población, pero no considera que esos mismos hallazgos se pueden obtener mediante el uso de una teoría convencional de estratificación social. En otras palabras, la contribución marxista al tema no sólo consiste en mostrar que en efecto existen diferencias (que difícilmente se pueden negar incluso a la luz de la teoría social más conservadora), sino en establecer que esas diferencias se pueden comprender mejor al usar un concepto como el de *clase social*. Desde una perspectiva marxista,

---

clasificar y diferenciar cualitativamente a las clases sociales (en propietarios y no propietarios, que extraen plusvalía y que no la extraen, etc.).

el punto es demostrar que reducir la clase social a algunos indicadores secundarios (como ocupación o ingresos) resulta muy empobrecedor tanto en términos de la exactitud de la medición como de capacidad explicativa. Otros trabajos de Navarro, donde debido a los temas estudiados se esperaría encontrar mayor profundización en lo tocante a clase social y salud (i.e. Navarro, 1980; 1983), no ofrecen nuevas y claras aportaciones a ese respecto. Por consiguiente, resulta crucial contar con una definición y medición de clase más elaborada.

La medicina social latinoamericana logró importantes avances en ese sentido. Bronfman, Tuirán y López (1983) sostuvieron que para lograr delimitar y definir objetivamente una clase social se deben considerar dos atributos, a saber: a) su carácter como grupo social que ocupa una determinada posición en relación a la explotación y b) su naturaleza antagónica respecto de otra(s) clase(s) social(es). Los autores mencionan que desde un punto de vista marxista la definición ideal de una clase social debería incluir también las determinaciones político-ideológicas específicas de cada clase pero que las limitaciones impuestas por las técnicas de medición los obligaban a restringir la medición al nivel económico. Adoptaron, en consecuencia, la definición leninista de clase social: "Las clases sociales son grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí (1) por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, (2) por las relaciones en que se encuentran con respecto a los medios de producción (relaciones que en gran parte quedan establecidas y formuladas por leyes), (3) por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo y, consiguientemente, (4) por el modo y la proporción en que perciben la parte de riqueza social de que disponen. Las clases son grupos humanos, uno de los cuáles puede apropiarse del trabajo del otro, por ocupar puestos diferentes en un régimen determinado de economía social" (Lenin, 1957:612. Numeración añadida).

Los autores formularon una propuesta de operacionalización de las cuatro dimensiones identificadas en la definición anterior, que se usó por primera vez en la Encuesta Nacional Demográfica realizada en México en 1982. Esas cuatro dimensiones, a su vez, se midieron a través de un número significativo de indicadores, donde los ingresos y la ocupación eran tan sólo dos de un total de 19 variables utilizadas.

Con la información recopilada mediante la encuesta demográfica a nivel nacional, los autores construyeron ocho clases sociales en términos de la definición arriba mencionada, estableciendo una distinción entre áreas rurales y urbanas. Las clases sociales mexicanas identificadas para áreas no rurales fueron: *a*. burguesía, *b*. pequeña burguesía industrial, *c*. nueva pequeña burguesía, *d*. proletariado (subdividido a su vez en "típico" y "no típico") y *e*. fuerza de trabajo libre no asalariada. Para las áreas rurales, identificaron las siguientes clases: *a*. Burguesía agraria, *b*. Campesinado (subdividiso a su vez en "campesinos acomodados y medios" y "campesinos pobres y semiproletarios"), y *c*. Proletariado agrícola.

Bronfman, Tuirán y López demostraron la hipótesis de que el análisis de clase permite una medición más precisa de los diferenciales del estado de la salud que los indicadores que se utilizan convencionalmente (como ocupación, ingresos, lugar de residencia, escolaridad, etc.) al comparar la esperanza de vida y las tasas de mortalidad infantil asociadas a clases sociales y a indicadores socioeconómicos específicos. Por consiguiente, pudieron demostrar con bases conceptuales y metodológicas rigurosas que a este respecto el enfoque marxista posee una capacidad explicativa más poderosa que los enfoques no marxistas.

IV. Trabajo, proceso laboral y salud

El tema de trabajo y salud, estrechamente relacionado con el de clase social, también ha capturado la atención de Navarro y de la escuela latinoamericana. En *Medicine Under Capitalism*, Navarro sugiere la importancia de estudiar la relación entre trabajo, lugar de trabajo y salud y propone que el concepto marxista de alienación es clave para entender la falta de autorrealización que experimentan los trabajadores y por consiguiente, el creciente número de accidentes y riesgos que actualmente se observan en Estados Unidos. Navarro argumenta que "los principales problemas de salud de los trabajadores estadounidenses resultan de la falta de poder y control sobre nuestras instituciones económicas, políticas y sociales por parte de la mayoría de población" (Navarro, 1976:93). En términos de desarrollo teórico, Navarro no va

más allá de ese punto en su libro. Como veremos más adelante, fue hasta tiempo después que intentó ampliar sus explicaciones.

Por su parte, Laurell publicó *Work and Health in Mexico* (Trabajo y salud en México) en 1979 donde sugiere que

> parte de la dificultad de desarrollar nuevas ideas y modos de acción en salud ocupacional se deriva de la manera en que se concibe al trabajo. Aunque el trabajo es la categoría central del problema bajo estudio, parece tratársele de manera muy espontánea: casi no existen intentos por transformar el trabajo de una categoría empírica a una específica (Laurell, 1979:543).

La autora sugiere que el hallazgo principal del análisis radical de la salud ocupacional ha sido la demostración de que los riesgos a la salud de los trabajadores se encuentran vinculados indisolublemente al funcionamiento de la industria capitalista. Argumenta que

> la forma más común de considerar al trabajo en este contexto es transplantarlo del ámbito de la producción al ámbito del consumo, considerándolo como el generador de recursos que determinan un patrón particular de satisfacción de necesidades…Desde luego no es coincidencia que este desplazamiento ideológico de la producción al consumo ocurra en sociedades que se organizan de acuerdo al principio de explotación del trabajo alienado (p. 544).

Más adelante, la autora critica los análisis enfocados al estrés, categoría central utilizada por Eyer y Sterling en su análisis del trabajo, por producir un análisis de carácter reduccionista del contexto social donde ocurre el trabajo capitalista. Laurell reconoce la sugerencia de Stark en cuanto a que el análisis del trabajo tiene que considerar a la sociedad como un todo y más adelante explica algunos de los más recientes avances latinoamericanos para atender ese problema. La autora señala que el primer paso consiste en reconocer el carácter social del trabajo y considerarlo como tal a nivel analítico y no solamente como un factor más de riesgo ambiental (p. 544). En seguida, proporciona una definición históricamente específica del trabajo:

> la determinación esencial del proceso laboral bajo el capitalismo es que ha sido organizado para maximizar la creación de plusvalía y por tanto de utilidades, hecho que…lo transforma profundamente (p. 545).

Asimismo, la autora explica que un modo particular de producción en una sociedad dada genera un modo particular de consumo, independientemente de determinantes o necesidades biológicas, lo que a su vez explica la inconveniencia de desasociar la esfera del consumo de la de producción en el análisis de la salud y por qué no se debe reducir el trabajo a un simple generador de bienes (p. 545). Sin embargo, la relación entre producción y consumo no explica exhaustivamente la relación entre trabajo y salud, tarea que requiere del desarrollo de conceptos más específicos. Laurell propone que un concepto adecuado es el del *proceso de trabajo*, que según la conceptualización de Marx "especifica la relación entre trabajo, medios de trabajo (instrumentos) y objeto de trabajo, además de brindar la posibilidad de estudiar el carácter histórico del trabajo" (p. 546).

El concepto de *proceso de trabajo* también nos permite comprender el carácter dual de la producción: el técnico (mediante el cual se producen los bienes) y el social (mediante el cual los trabajadores producen un excedente que con el tiempo se apropian los capitalistas). Laurell explica qué aportaciones marxistas se pueden utilizar al analizar la salud y el proceso de trabajo y afirma que cada uno de los tres elementos identificados —trabajo, instrumentos y objeto— se tienen que analizar en términos específicos. Por ejemplo, el estudio del objeto de trabajo debe tomar en cuenta sus propiedades químicas, biológicas y físicas ya que pueden constituir un riesgo a la salud. Por otro lado, los *instrumentos de trabajo*

> ...se pueden analizar en términos de su sofisticación técnica o como expresión de relaciones sociales específicas. El primer aspecto nos habla del esfuerzo físico requerido para la ejecución del trabajo, los riesgos implícitos en la interacción entre trabajador, instrumento y objeto y el grado de control que el trabajador ejerce sobre el instrumento. Ese último aspecto se relaciona directamente con el análisis de los instrumentos de trabajo como expresión de las relaciones sociales que los han

> creado. Por ejemplo, los instrumentos de trabajo creados bajo el capitalismo tendrán como característica distintiva que imponen al trabajador una manera específica de trabajar, lo que significa, entre otras cosas, que la máquina dicta el ritmo de trabajo y limita el poder de decisión relativo del trabajador. Lo primero se relaciona con lo que parece ser el principal riesgo laboral en el capitalismo avanzado —el estrés— y en ciertas condiciones lo segundo aumenta la propensión a accidentes no del trabajador sino del instrumento (p. 545).

Más aun, Laurell sugiere que el principal concepto analítico para entender la salud en el proceso laboral es el *trabajo* en sí. Las diferentes formas de consumo de la fuerza laboral (i.e., extracción de plusvalía absoluta o relativa) se vinculan a las distintas formas de desgaste de los trabajadores. En términos de daños a la salud, la extracción de la *plusvalía absoluta*

> que ocurre habitualmente en el proceso laboral con poco desarrollo de tecnología implicaría una combinación de diferentes elementos: elevado costo calórico, considerable esfuerzo físico y poco tiempo de descanso (p. 547).

Por otra parte, un proceso laboral donde domine la extracción de *plusvalía relativa* se vincula a una mayor exposición a sustancias químicas y a riesgos de accidentes que generan mayor estrés y fatiga. Dicha situación ocasiona cambios fisiológicos corporales que a su vez aumentan la propensión a enfermedades. Para ilustrar lo anterior, Laurell menciona un ejemplo extraído de la realidad mexicana, donde

> ...un sector importante de la población no participa directamente en el proceso productivo capitalista sino en la pequeña producción mercantil agrícola. Su vínculo con el modo capitalista de producción dominante obliga al campesino a emplear cada vez más fuerza laboral en un intento por mantener al mínimo su nivel de consumo en situaciones de creciente desigualdad de intercambio entre sus productos y los de origen industrial. El proceso laboral campesino es, entonces, similar al de la extracción de plusvalía absoluta debido a que con el bajo nivel

> tecnológico, ocurre una rápida erosión física resultado de las largas horas de trabajo y alimentación inadecuada (pp. 547-548).

En la segunda parte del artículo, Laurell ilustra con evidencias empíricas el vínculo que existe entre el proceso de trabajo y la salud en México. Un punto importante es que muestra los cambios en los patrones de enfermedad registrados en la población trabajadora al paso del tiempo en estrecha correspondencia con la cambiante naturaleza del capitalismo en este país.

Tres años después, Navarro (1982) publicó el artículo *The Labor Process and Health: A Historical Materialist Interpretation* (El proceso laboral y la salud: Una interpretación desde el materialismo histórico), que a primera vista y después de lo escrito en *Medicine Under Capitalism* parecería la continuación de su trabajo teórico en esos temas. Navarro comienza por analizar en términos similares a los de Laurell las contribuciones de Eyer y Starling (p.6); al igual que ella, Navarro habla de los dos elementos de todo tipo de producción (el técnico y el social) y distingue, de acuerdo a Marx, los tres elementos del proceso laboral también señalados por Laurell (objeto de trabajo, medios de trabajo y fuerza de trabajo). En esas páginas (9-11), ilustra la manera en que cada uno de esos elementos se vincula a la salud, exactamente en los mismos términos que Laurell lo había propuesto años antes. A manera de ejemplo, vale la pena citar algunas de las oraciones de Navarro:

> el estudio del objeto de trabajo debería tomar en cuenta sus propiedades físicas, químicas y biológicas ya que pueden representar serios riesgos a la salud (p. 9).
> Se pueden analizar los medios de trabajo en términos de su sofisticación técnica o como expresión de sus relaciones sociales específicas (p. 11).

> Los instrumentos de trabajo creados bajo el capitalismo maquinista se caracterizan por imponer al trabajador un estilo específico de trabajo. Dichos instrumentos, como las máquinas, dictan el ritmo de trabajo y limitan las decisiones de los trabajadores.
> Ambos, bajo ciertas condiciones, aumentan la propensión a accidentes no del trabajador sino del instrumento de trabajo (p. 11).

Más adelante, Navarro postula que las diferencias en el desgaste de los trabajadores es resultado de las distintas formas (absoluta o relativa) de extracción de plusvalía. Y propone una sorprendente teorización al respecto:

> podemos hablar de la *expropiación absoluta de la salud* cuando la pérdida de la misma se deriva de la apropiación de la plusvalía absoluta, forma predominante de explotación en países en vías de desarrollo, y de la *expropiación relativa de la salud* cuando la pérdida de la misma se deriva de la apropiación de la plusvalía relativa, forma predominante de explotación en países capitalistas desarrollados (Navarro, 1982:13; cursiva en el original).

El uso del concepto de "expropiación de la salud" resulta engañoso: el valor se puede expropiar, es decir, es posible despojar a un trabajador del valor que ha producido para que alguien más (el capitalista) se convierta en el nuevo poseedor de ese valor. Sin embargo, este análisis no es claro cuando no se refiere al valor sino a la salud del trabajador: ¿quién, en términos de Navarro, es el nuevo poseedor de la salud expropiada de los trabajadores? Puesto de otra manera, el empresario capitalista se enriquece al expropiar la plusvalía de los trabajadores. ¿Podríamos decir que vuelve más saludable al expropiar su salud? Ciertamente no. Navarro no explica en qué sentido teóricamente relevante habla cuando menciona la expropiación *absoluta* y *relativa* de la salud.

La segunda parte del artículo se dedica a abordar "la evolución histórica de…el proceso de trabajo y sus consecuencias en la salud" (p. 13). El relato histórico proporcionado por Navarro es convencional, con un alto grado de generalidad y carente por la mayor parte de contribuciones originales. La parte que se refiere a la relación de esa evolución con la salud no va más allá, en términos teóricos, de la conclusión a la que llega en *Medicine Under Capitalism*. En otras palabras, aquí una vez más Navarro habla sobre la importancia del concepto de alienación como fuente de infelicidad y de los bajos niveles de satisfacción y autoestima experimentados por muchos trabajadores, punto que ilustra mediante la presentación de algunas cifras.

En la tercera sección del artículo, Navarro describe la manera en que la división de la producción social afecta a la salud de los trabajadores por la creación de nuevas industrias (potencialmente contaminantes) y por la introducción de nuevas tecnologías. El autor concluye su artículo argumentando que la exportación de esos avances, desde países capitalistas avanzados a los del tercer mundo, podría llevar también a la exportación de los ya mencionados riesgos de salud inherentes.

En contraste, en 1983, Laurell publicó un estudio sobre el *desgaste obrero en México* (Laurell y Marquez, 1983). Como sugieren las autoras, el estudio es un intento de ir más allá de la mera teorización y esclarecer las características del proceso de desgaste en un momento específico en el tiempo. El trabajo analiza los distintos tipos de procesos laborales empleados por la industria mexicana y su impacto en el proceso de desgaste de la clase trabajadora. En ese estudio, las autoras establecieron una tipología de procesos laborales de acuerdo a las características de su base tecnológica y a la división y organización laboral. Uno de los principales hallazgos es la existencia de una gran diversidad de procesos de trabajo en la industria mexicana, diversidad que genera distintos tipos de desgaste y que significa que entre los trabajadores mexicanos no existe un solo patrón de desgaste sino muchos. Laurell y Márquez explican que la diversidad industrial en México es resultado de diferentes tipos de estrategias de valuación de capital basadas en diversos procesos laborales concretos. Se identificaron dos estrategias: una basada en deprimir los salarios y extender la jornada laboral y la otra en aumentar la productividad mediante el uso de mejor tecnología y la intensificación del trabajo. Se identificaron patrones específicos de desgaste asociados a esas estrategias e importantes implicaciones teóricas derivadas de los mismos: "...la primera estrategia se asocia a un patrón de trabajo excesivo y subconsumo, y la segunda a uno de estrés y fatiga y exposición a químicos;…mientras que el primer patrón tiende a producir mayor impacto en los hijos de los trabajadores, el segundo es de particular relevancia para la población de edad productiva, hecho que debería llevarnos a repensar la utilidad de la mortalidad infantil como indicador general del estado de salud de una población" (Laurell, 1986:5).

En resumen, los avances de la tradición latinoamericana en lo tocante a la salud y el trabajo en la década de los ochentas del siglo pasado, demostraron la importancia de considerar los elementos específicos de cada proceso laboral concreto. De manera convincente, esos estudios argumentaron que conceptos como *patrones específicos de desgaste* son de mayor precisión y pertinencia que los de "expropiación absoluta (o relativa) de la salud". Y mostraron, entre otras cosas, que la mera teorización sobre esos temas, si no va acompañada de la investigación empírica correspondiente, difícilmente permite comprender las dimensiones sociológicas más profundas que la investigación crítica sobre la relación salud y trabajo desea *des-cubrir*.

V. Desarrollo del capitalismo y la salud

Una de las principales preocupaciones de Navarro es explicar el impacto del desarrollo del capitalismo en los niveles de morbilidad. En *Medicine Under Capitalism*, realiza un análisis de los determinantes políticos y económicos del estado de la salud en el sector rural de Estados Unidos. La primera parte del capítulo contiene una breve descripción de las condiciones de salud de las áreas rurales de ese país. Usando el ejemplo de la zona de los Apalaches, presenta tasas de mortalidad infantil y de mortalidad ocasionadas por tuberculosis y accidentes y las compara con las de áreas urbanas donde se observan mejores condiciones de salud. Más adelante menciona que se registra una desigualdad similar en cuanto a la distribución de recursos dentro del sector salud, donde las áreas con mayores necesidades son a la vez las de menor disponibilidad de recursos.

La tercera parte es la porción medular del capítulo. Bajo el subtítulo "Causas del subdesarrollo de la salud en las áreas rurales de Estados Unidos", Navarro argumenta que dichas áreas son pobres no por falta de recursos sino por falta de control sobre los mismos. Presenta sus propuestas teóricas mezcladas con algo de especulación:

> Ciertamente, si la población de los Apalaches pudiera controlar los recursos de su propia área, sería muy poco probable que fueran tan

> pobres y de tan mala salud o que se prestara tan poca atención a la seguridad en el trabajo en las minas…Se puede afirmar con bastante certeza que la gente de los Apalaches se preocuparía mucho más que los actuales dirigentes de la industria del carbón en prevenir la mortalidad y las enfermedades asociadas al trabajo en padres e hijos que laboran en las minas (Navarro, 1976:73).

Con base en lo anterior, Navarro concluye:

> A la luz de esta situación, podemos concluir que la principal causa del subdesarrollo de la salud en la región de los Apalaches es la ausencia de poder y control de sus habitantes sobre la riqueza que generan (Navarro, 1976:73).

Según Navarro, la misma falta de control de la población rural sobre las instituciones de salud explica la desigual distribución de recursos dentro de ese sector. Finaliza el capítulo afirmando que la solución real de esos problemas es la redistribución del poder económico y político y de los recursos en Estados Unidos.

Por esos mismos años, la medicina social latinoamericana logró mayores avances en el estudio del impacto del desarrollo del capitalismo en las condiciones de salud. Laurell y colaboradores (Laurell y cols., 1976; versión en inglés: Laurell y Blanco, 1977) afirman que la relación entre factores socioeconómicos y la enfermedad se ha documentado ampliamente y por ello el tema relevante es más bien especificar el *carácter* de esa relación. Los autores argumentan que dicha especificación no se ha logrado debido a frecuentes conceptualizaciones deficientes. Sugieren que la causalidad social de la enfermedad se debe establecer en relación con el carácter históricamente específico de una sociedad identificando sus procesos críticos y sus consecuencias en el proceso salud-enfermedad. Su posición teórica general es que la estructura económica y las relaciones sociales de producción e intercambio en una sociedad (y no los fenómenos biológicos en sí) determinan el carácter de la relación del hombre con la naturaleza y por consiguiente, el tipo de patología dominante en un momento dado. En consecuencia, proponen dos hipótesis principales: a) en una

comunidad rural con un componente importante de consumo familiar, la morbilidad es diferente a la de otra comunidad con un nivel más alto de desarrollo capitalista; b) las características socioeconómicas y culturales (tipo de actividad productiva, mecanismos de transferencia de excedentes económicos, situación migratoria, organización familiar, hábitos alimenticios, etc.) tienen mayor peso en la morbilidad que factores generalmente conocidos como ambientales (vivienda, calidad del agua, eliminación de desperdicios, etc.) y que los relacionados con la atención médica.

En lugar de comparar las tasas de morbilidad y mortalidad de un área rural con las de un área urbana (ya que la existencia de grandes diferencias es bien conocida), la estrategia seleccionada por los autores fue comparar dos pueblos rurales mexicanos de distintos grados de desarrollo capitalista, lo que les permitió ensayar la tesis de que el capitalismo produce tipos de patología específicos. El problema medular según los autores es el grado de penetración de formas capitalistas de producción e intercambio en áreas rurales porque destruyen la economía rural tradicional de consumo familiar, transforman las estructuras socioeconómicas de la sociedad rural y reorganizan las clases sociales rurales conforme a nuevas condiciones de subordinación.

Los autores proponen considerar tres aspectos clave para este análisis: a) la extensión y calidad de las tierras disponibles; b) el grado de control sobre la tierra y el tipo de cultivos sembrados ahí, y c) el trabajo asalariado y los términos e importancia del intercambio comercial.

Mediante ese estudio se encontró que la morbilidad era significativamente más elevada en el pueblo con mayor desarrollo capitalista (pueblo A: 15.3%) que en el de menor desarrollado (pueblo B: 11%). En el pueblo A, 66.35% de la población económicamente activa eran trabajadores asalariados, mientras que en el pueblo B esta cifra era de sólo 24.4%. Se encontró que en ambos pueblos los campesinos con acceso a la tierra registraban la tasa más baja de morbilidad (11%), mientras que los trabajadores asalariados, en particular los trabajadores asalariados agrícolas registraban las tasas más altas (de 15.1 a 19.1). Asimismo, se encontró que la segunda generación de trabajadores asalariados del pueblo A, donde el proceso de proletarización fue más intenso, registraba la tasa más elevada de morbilidad (21.9%) (Laurell y Blanco, 1977).

Finalmente, otro hallazgo fue que la relación entre condiciones ambientales (calidad de la vivienda, del agua, método de eliminación de excretas y basura) y morbilidad estaba sobredeterminada por la clase social. De esta manera, "los asalariados con buenas condiciones nunca tenían tasas de morbilidad más bajas que los propietarios con malas condiciones ambientales" (Laurell, 1986:12). En general, el estudio demostró que el proceso de proletarización en áreas rurales de México (es decir, el proceso de desarrollo capitalista) ha obligado a los trabajadores asalariados a vivir en condiciones que generan un proceso de salud-enfermedad que es, desde varios puntos de vista, aun peor que el de los campesinos.

Evidentemente, el refinado nivel de conceptualización y medición utilizado a lo largo de ese estudio permitió a los investigadores identificar las causas del subdesarrollo de la salud en áreas rurales (en México) de manera mucho más específica que los más imprecisos términos propuestos por Navarro (para áreas rurales de Estados Unidos).

VI. Conclusión

A lo largo de este capítulo hemos señalado la relevancia de algunos de los avances de la medicina social latinoamericana, ya evidentes a mediados de la década de los ochentas del siglo pasado. Hemos mostrado que, comparados con dichos avances, los de Navarro (por lo menos los relacionados a la causalidad social del estado de la salud) eran más bien pobres y superficiales, y ciertamente poco originales. Dentro de la escuela latinoamericana, se han producido herramientas metodológicas y conceptuales refinadas que a su vez, en ocasiones han permitido a dicha tradición llevar a cabo análisis marxistas de los fenómenos de salud en América Latina de una manera claramente superior a la mera transferencia mecánica y/o dogmática de conceptos clásicos marxistas a ese campo. Cuando se ha dado, dicha superioridad se ha apoyado también en la naturaleza históricamente específica de los estudios empíricos realizados por académicos latinoamericanos para revelar las formas particulares en que el capitalismo influye en el estado de la salud de la población.

Sólo el abierto desconocimiento de ciertos académicos norteamericanos y canadienses (partidarios del estudio neomarxista de los problemas de salud), pudo llevar a algunos de ellos, como Coburn (1983:8), a afirmar que, dada la falta de trabajo empírico dentro de esta tradición, "el enfoque neomarxista en el campo de la salud se [encontraba] en sus comienzos" hacia esos años. En todo caso, dicha apreciación era pertinente sólo para la tradición norteamericana. Mientras que muchos académicos marxistas de Estados Unidos (Navarro entre ellos) habían, hasta ese momento, restringido sus aportaciones al nivel teórico (con resultados desiguales), la tradición latinoamericana había logrado ya sustanciales avances mucho más relevantes tanto a nivel teórico como empírico. Para ilustrar ese punto, podría resultar de interés para el lector comparar la evaluación de Navarro sobre la producción académica marxista estadounidense en el análisis de salud y medicina (Navarro, 1985) con el trabajo equivalente de Laurell sobre América Latina (Laurell, 1986).

Se trataba de un enfoque, el de la medicina social latinoamericana, creativo conceptualmente y riguroso en lo metodológico, que supo utilizar las categorías del materialismo histórico como *herramientas* para construir su objeto de estudio, y evitar así la aplicación meramente dogmática del pensamiento marxista. Al paso de los años, dicho empuje conoció variantes y altibajos regionales que por razones de espacio no podemos explorar aquí. Bástenos mencionar que el desarrollo ulterior de dicho pensamiento sería materia de primer orden para una bien fundada sociología del conocimiento, que debería identificar las zonas donde la capacidad de hacer aportaciones se mantiene, y diferenciarlas de aquellas donde la práctica académica marxista ha quedado reducida a un mero culto.

Sin duda, la sociología médica estrictamente teórica es importante, pero es claro que la investigación empírica bien anclada en conceptos y teoría puede contribuir de manera significativa al desarrollo de marcos conceptuales y hallazgos esclarecedores dentro de este campo. Quizás una de las mayores aportaciones de la tradición latinoamericana que acabamos de reseñar haya sido demostrar la validez de esta afirmación.

Capítulo VI
Habitus profesional y ciudadanía: hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México[41]

Introducción

Más allá de las perspectivas disciplinarias clásicas —como el interaccionismo simbólico, la fenomenología, y el marxismo, entre otras— la sociología médica puede adoptar marcos teóricos de desarrollo más reciente, que permiten una construcción del objeto acorde a la dificultad de los problemas que se desean analizar. Tal es el caso del estructuralismo genético de Pierre Bourdieu y de la perspectiva de los derechos en salud. Es aún muy reducida la bibliografía existente en torno a la aplicación de ese autor en el estudio de los problemas de la salud-enfermedad. Y menor aún la que puede haber tratando de combinar a Bourdieu con un enfoque de derechos. Por ello, en este capítulo buscaremos introducir al lector a este enfoque adoptando una estrategia diferente a la que hemos venido utilizando a lo largo de este libro. En lugar de extensas revisiones de la literatura (que, como hemos dicho, casi no existe en este caso), en este capítulo optaremos por

[41] Investigación financiada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), proyecto 83466. Un especial agradecimiento también a Lucía Ortiz, asistente de este proyecto, que ha realizado una admirable labor de búsqueda de información.

presentar la fundamentación general y los primeros hallazgos de una investigación actualmente en curso a cargo del autor de este libro, cuyo objetivo es identificar los orígenes sociales de la frecuente violación de derechos de las usuarias de los servicios públicos de salud reproductiva, que se ha venido registrando en las últimas décadas en México. Es una investigación sociológica que busca justamente combinar las herramientas propuestas por Pierre Bourdieu con el enfoque de los derechos en salud. Nuestra investigación busca identificar las características estructurales (y estructurantes) centrales del campo médico, y del *habitus* profesional de los prestadores de servicios de salud, así como del *habitus* de las usuarias de esos servicios, con el fin de descubrir, en el terreno de las lógicas-prácticas que se ponen en juego en el espacio de la consulta médica, los factores que inhiben el desarrollo de una cultura ciudadana en salud, y facilitan la violación de diversos derechos de las usuarias de los servicios.

Tras presentar los antecedentes generales del problema, en la primera parte discutimos los conceptos de salud reproductiva y ciudadanía en salud, en tanto categorías centrales de nuestro análisis. Posteriormente introducimos los conceptos sociológicos que estructuran nuestra indagación: *campo* médico, *habitus* profesional y *violación de derechos* reproductivos en el espacio de la salud. En la tercera parte, entonces, planteamos el problema de investigación que nos ocupa específicamente, y delineamos el enfoque metodológico que estamos adoptando, en el marco de una línea general de indagación en la que hemos venido trabajando en los últimos años y que también mencionamos brevemente. La cuarta parte presenta algunos resultados preliminares de este proyecto. Mostramos ahí la génesis escolar de un *habitus* profesional autoritario que, es nuestra hipótesis, jugará un rol determinante en el problema de la violación de derechos de las mujeres, más adelante, durante los años de la práctica profesional. Finalmente, el trabajo concluye enfatizando el carácter preliminar de nuestros hallazgos y la necesidad de continuar con esta investigación, capitalizando la información que hemos acumulado en proyectos previos y manteniendo la perspectiva sociológica y de derechos humanos que nos ha guiado hasta ahora.

Antecedentes

Un artículo recientemente publicado en la revista *Salud Pública de México* da cuenta en términos estadísticos de las quejas médicas atendidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (Conamed)[42] en el período 1996-2007 (Fajardo-Dolci *et al.*, 2009). El artículo reporta que durante estos años la Conamed recibió 18,443 quejas, de las cuáles la más alta concentración (15%) corresponde a la especialidad de ginecología y obstetricia. El artículo asimismo consigna la extrañeza de los autores respecto al hecho de que sólo el 5% de las quejas provienen de usuarios de la Secretaría de Salud, siendo que esta institución atiende a un tercio de la población general, la de más bajos recursos de este país. Para explicar esta "baja demanda" de atención de quejas de la población que acude a los centros de salud de esta institución, los autores vagamente hacen referencia a "factores de tipo sociocultural *ya analizados en México*" (pp.124, cursivas nuestras). Para sustentar esta última afirmación, los autores refieren a otro trabajo donde se afirma que el escaso número de quejas de la población puede deberse a "la pobre cultura de la población para enfrentar a quienes tradicionalmente han sido figuras de poder, los médicos" (Valdés, Molina y Solís, 2001:453).

Tenemos así, expresada en un párrafo, toda una agenda de investigación que la salud pública y la biomedicina apenas pueden vislumbrar, pero que sólo puede ser planteada adecuadamente desde una perspectiva sociológica. En efecto, la investigación convencional, como la citada más arriba, no acierta sino a constatar las estadísticas que dan cuenta de la existencia de un grave problema médico-social y de derechos, pero no logra sino quedarse en la orilla de una intuición más bien vaga y general que anticipa la importancia de los llamados "factores socioculturales".

Desde hace varios años se han acumulado diversas denuncias que señalan que en las instituciones de salud, tanto públicas como privadas, con frecuencia se violan, bajo diversas formas, los *derechos*

[42] Institución pública creada en Junio de 1996, con el fin de "contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios" (Diario Oficial de la Federación, 1996).

reproductivos de las mujeres. Si bien la investigación sobre esta materia se inició desde la década de los ochentas (Bronfman y Castro, 1989), es el discurso de los derechos humanos y el activismo de las diversas organizaciones feministas lo que ha permitido posicionar centralmente en la agenda política esta cuestión. En el ámbito internacional, por citar sólo un ejemplo de particular relevancia, el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer documentó la existencia de diversas formas de violencia contra las mujeres en los servicios públicos de Perú (Cladem, 1998) así como la ejecución de un programa de Estado para la imposición de la anticoncepción quirúrgica entre los sectores más vulnerables y desprotegidos de esa población (Cladem, 1999).

En el caso de México también desde hace varios años se ha acumulado conocimiento sobre la existencia de este tipo de abusos. La Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) ha emitido más de 100 recomendaciones sobre esta materia en los últimos años, dirigidas en su mayoría a instituciones públicas de salud, a partir de quejas presentadas por usuarias de dichos servicios para las que se comprobó la violación de sus derechos humanos y/o de salud.[43] Nuestra propia investigación nos ha llevado a identificar algunos de los mecanismos interaccionales (entre prestadores de servicios y usuarias), así como institucionales, que se ubican en el origen de la violación de los derechos de las mujeres durante la atención del parto (Castro y Erviti, 2002, 2003 y 2004). En otras ocasiones se ha tratado bien de investigaciones oficiales, como la Encuesta Nacional de Planificación Familiar (Conapo, 1995) o la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (IMSS, 1998), cuyos datos sobre problemas de violación de derechos reproductivos han trascendido; bien de informes de investigación académica (Figueroa, 1990); o bien de denuncias individuales que publican diversos medios de prensa, ya sea porque las afectadas logran hacer llegar su caso a estos medios, o porque se trata de demandas que los tribunales han resuelto a favor de las mujeres.[44]

[43] Rastreo hecho por el autor en la página de la CNDH (http://www.cndh.org.mx), así como en las Comisiones Estatales de Derechos Humanos.

[44] Un rastreo por internet en tres periódicos nacionales (El Universal, Milenio, y La Jornada) nos llevó a identificar 115 notas periodísticas sobre este tipo de abusos.

Derechos reproductivos y ciudadanía en salud

A partir de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994, la comunidad de naciones adoptó una definición de salud reproductiva que permite dejar atrás la visión fragmentada que por muchos años prevaleció en relación a los diversos aspectos de la reproducción. El gran avance de este nuevo concepto radica simultáneamente en la visión integradora que formula de los diversos aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y en la conceptualización que ofrece de estas materias dentro del marco de los *derechos humanos*. Así, el concepto de *salud reproductiva* incluye el derecho a la salud sexual, que a su vez incluye el derecho al acceso a una vida sexual satisfactoria, segura, y sin riesgos. Incluye también el derecho al acceso informado a la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, así como a la libre elección y uso de ellos; e incluye el derecho de las mujeres a *acceder a servicios de salud adecuados* que propicien una atención digna y de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, sin riesgos, y que garanticen las mejores condiciones para tener hijos sanos (Cook, Dickens y Fathalla, 2003).

Desde la perspectiva de los derechos humanos, la aplicación operativa de la definición de salud reproductiva exige cambios en la concepción y planeación de los servicios de salud, en la promoción de modos de vida sanos y en las respuestas a las exigencias para mejorarla (Langer, 1999). Además requiere que los servicios de salud consideren la calidad de la atención que prestan como uno de los elementos principales, así como la adopción de un enfoque integral en la prestación de los servicios de salud reproductiva (OPS, 1998). Pero sobretodo requiere de investigación que permita conocer cuáles son las condiciones materiales, sociales y culturales que determinan la práctica profesional de los prestadores de servicios en materias como la sexualidad, la salud y lo derechos reproductivos, la maternidad y el proceso obstétrico, particularmente en condiciones críticas como las urgencias obstétricas. Sostenemos que un conocimiento de esta naturaleza nos ayudaría a identificar mejor los principales determinantes del maltrato y de la violación de derechos de las mujeres que se registran en este contexto,

así como las condiciones que obstaculizan el pleno desarrollo de la agenda de la salud reproductiva en el espacio de la salud.

El concepto de *ciudadanía* es central para realizar investigación sociológica entorno a derechos en salud. Se refiere a la condición de los individuos que, en razón de su pertenencia a una comunidad política determinada, poseen ciertos derechos que deben y/o pueden ejercer, y ciertas obligaciones que deben cumplir, con la finalidad de garantizar la plena realización de sus capacidades individuales y las de la comunidad a la que pertenecen (Hindes, 2002). El concepto deriva de Marshall (1950), que propuso distinguir tres dimensiones: la civil, la política, y la social. Esta última es la que incluye, entre otros, el derecho a acceder a los servicios de salud y de ser atendido en ellos con plena autonomía y dignidad.[45]

La investigación sobre ciudadanía debe diferenciar entre las cuestiones normativas (esto es, lo *que deben ser* los ciudadanos, lo que se postula desde los documentos oficiales y regulatorios) y las descriptivas (esto es, *lo que en realidad son* a partir de las condiciones materiales que enmarcan su existencia). Debe también distinguir las variaciones en la *apropiación subjetiva de los derechos* y de la posibilidad de hacerlos valer, pues tales diferencias se anclan en las desigualdades de género, de clase y de etnia, por mencionar sólo a algunas (Stasiulis y Bakan, 1997; Harrison, 1991).

En esta investigación resulta crucial la noción de ciudadanía en su aplicación a la salud reproductiva, tanto del lado de los profesionales que la atienden como de las usuarias de dichos servicios. La *ciudadanía* se refiere a la capacidad de ejercer los derechos que garantiza a cada individuo el orden normativo vigente. En el caso de los prestadores de servicios de salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, etc.), los derechos y las condiciones laborales constituyen un punto medular de su práctica. En el caso de las usuarias, la *ciudadanía reproductiva* se refiere a la capacidad de las mujeres de apropiarse, ejercer y defender sus derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

[45] Siguiendo la tipología de Turner (1990), cabría diferenciar dos tipos de ciudadanía, según su origen: la *pasiva*, que es básicamente otorgada por el estado, esto es, que va de arriba (los poderes del estado) hacia abajo (los integrantes de la sociedad); y la *activa*, que es básicamente conquistada por los individuos, esto es, que va de abajo hacia arriba.

Entre ellos se incluye su capacidad de reclamar una atención médica libre de autoritarismos y atropellos, por parte de los servicios de salud, especialmente en los casos de embarazos de alto riesgo.

A partir de lo que hemos encontrado en investigaciones precedentes, sabemos que muchas mujeres que sufren maltrato durante la atención institucional de su embarazo y parto, optan por no protestar, y asumen como culpa suya el maltrato recibido por haberse "portado mal", por no haber reprimido suficientemente sus expresiones de dolor, por haber exasperado a los médicos (Castro y Erviti, 2002).

En países como México, de más está insistir, amplias capas de la población permanecen alejadas de un auténtico desarrollo de la ciudadanía en tanto condición subjetiva, personal, esto es, en tanto capacidad efectiva de apropiación, ejercicio y defensa de los derechos.[46] Al mismo tiempo, sin embargo, los documentos de la Organización Mundial de la Salud que postulan a la salud reproductiva como un derecho implican un tipo de ciudadanía universal y homogénea. Si bien se reconoce la existencia de países con muy diversos grados de desarrollo económico y social, la apuesta en estos documentos es incentivar al conjunto de las naciones a avanzar hacia un estándar universal de derechos (OMS, 2002). Existen numerosas recomendaciones acerca de las leyes que deben impulsarse y la normatividad que debe adoptarse para avanzar hacia esa meta. Pero lo que casi no existe aún son investigaciones que indaguen sobre las *condiciones de posibilidad* para el ejercicio de los derechos, esto es, sobre las condiciones materiales, culturales, e ideológicas que dificultan el cambio real, progresivo, de los individuos de una condición de meros *sujetos* en salud (o pacientes), a otra de *ciudadanos*.

Una muy importante raíz de esta carencia es la apropiación que ha hecho el campo médico de este problema. Bien se trate de formas

[46] Las teorías de Marshall, Harrison, Turner y otros suponen un ciudadano universal, indiferenciado por género, que en realidad no existe. Las mujeres han sido excluidas de los procesos de ciudadanización, y ahí donde han alcanzado un estatus sólido de ciudadanas lo han hecho más tarde que los hombres y sólo después de largas luchas políticas (movimiento de mujeres). El acceso a la ciudadanía es un proceso altamente estructurado por género y etnicidad, además de clase social. Por tanto, el desarrollo de la ciudadanía social implica una honda transformación tanto de las relaciones de género como de las relaciones de clase y etnia (Walby 1994).

menores de maltrato, o bien se trate de claras violaciones de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud, estamos frente a lo que el discurso médico hegemónico refiere como un mero problema de "calidad de la atención", en una de sus variantes. Pero sería ingenuo, a los efectos de esta investigación, adoptar esa *perspectiva gerencial* e imaginar que sus soluciones se refieren a cuestiones meramente técnicas y de suficiencia de recursos.

Por el contrario, la vía adecuada para hacer del maltrato a las mujeres en los servicios de salud reproductiva y de los atropellos que ellas sufren con frecuencia en ese espacio, materia de estudio sociológico, consiste en problematizar el objeto desde la perspectiva de los derechos en salud. Al hacerlo así, se introduce en escena a las usuarias de los servicios en tanto *ciudadanas*, y se deja de lado la perspectiva médica que, al construirlas como *pacientes*, históricamente las ha ubicado en la parte más baja de un sistema jerarquizado dentro del cuál han sido clasificadas ante todo como recipiendarias pasivas de los servicios, de las que se espera ante todo su colaboración y su acatamiento a las órdenes médicas. Ver las cosas desde la perspectiva de los derechos implica abrir la ruta para mirar a los prestadores de servicios no nada más como profesionales que, en la medida de sus posibilidades, cumplen con un determinado estándar de calidad, sino también como agentes sociales comprometidos activamente (si bien, casi nunca concientemente) en el sostenimiento de un orden —el orden médico— que, a veces muy a su pesar, se estructura sobre la base de un conjunto de prácticas de poder que los victimiza en primer lugar a ellos mismos —los años de formación, el internado, la residencia médica, son prueba de ello— y que apuntan exactamente en sentido opuesto a lo que implica la noción de *derechos* (Erviti, Castro y Sosa, 2006).

Campo médico, *habitus* profesional y violación de derechos reproductivos

En términos sociológicos un campo "puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones" (Bourdieu y Wacquant, 2005: 150). Tales posiciones pueden identificarse

materialmente, así como clasificarse en función de las relaciones que guardan entre sí (de dominación, subordinación, homología, etc.). Al mismo tiempo, es posible rastrear las determinaciones que las posiciones imponen a los actores o agentes que forman dicho campo. El campo médico, entonces, está constituido por el conjunto de instituciones políticas que regulan mediante leyes y reglamentos la *cuestión sanitaria* de la sociedad; por las instituciones de salud y seguridad social que prestan servicios directamente a la población; por las instituciones que forman a los nuevos cuadros profesionales que eventualmente pasarán a formar parte del campo; por los agentes que operan aquellas y estas instituciones, como los formuladores de políticas, los médicos, el personal de enfermería, el personal paramédico, así como los profesores y estudiantes de todas estas especialidades; y, desde luego, por los y las usuarias de dichos servicios.

El *campo médico* presenta una paradoja crucial: por una parte, las instituciones públicas de salud son un *espacio de ejercicio de la ciudadanía*, en tanto que constituye un derecho social el acceso a ellas; pero por otra parte, la participación de las mujeres en estos espacios de salud es problemática, pues en ellas funciona una estructura *disciplinaria* diseñada para mejorar la eficiencia de la atención que se brinda, y que presupone la *obediencia* y la *conformidad* de las usuarias con los dictados del poder médico. El funcionamiento de los hospitales y de los servicios de salud en general está pensado bajo una lógica médico-administrativa altamente racional. Por ello, desde el ingreso a la institución de una mujer a punto de parir, o de una mujer que busca acceso a métodos de anticoncepción, se realizan una serie de prácticas tendientes a garantizar la funcionalidad institucional. Dichas rutinas, sin embargo, no siempre son percibidas por las mujeres como prácticas concordantes con las necesidades de atención y seguridad que requieren (Stevenson, 2004; Campero, *et al.*, 1998; Galante, 1996). El círculo paradójico se cierra: a los hospitales públicos las mujeres acceden en su calidad de ciudadanas,[47] porque es su derecho. La atención que ahí re-

[47] Si bien no sabemos con qué grado de asunción real de sus derechos acuden a los servicios. También podría ocurrir que acudan a los servicios no porque sepan que es su derecho, sino pensando que es una dádiva que les dispensa el Estado.

ciben, sin embargo, es vivida en términos despersonalizantes, y la posibilidad de reclamar los propios derechos reproductivos (i.e. trato de ciudadana, y no de paciente) se ve reducida al mínimo o eliminada.

Se trata entonces de *dos lógicas-prácticas diferentes*:[48] la de las mujeres en proceso de parto, o que buscan servicios de salud reproductiva, y la de los prestadores de servicios de salud. Cada una de ellas se expresa en prácticas específicas cuya problemática coexistencia[49] se sitúa en el origen de la producción y reproducción de muchas formas de maltrato y abuso que el campo médico suele etiquetar como *problemas de calidad*, pero que desde la perspectiva ciudadana pueden denominarse *violaciones de derechos* sexuales, reproductivos y de salud de las usuarias. Lo que queremos decir es que la "mala calidad" de la atención que el establishment médico ve en los casos de abuso y maltrato, ciertamente puede estar vinculada de origen a deficiencias en las competencias técnicas y a omisiones o errores de juicio médico, pero no se agota sólo en ello.

En efecto, lo que está en juego en el campo médico es el predominio de un grupo —la profesión médica— sobre el resto de las ocupaciones paramédicas y los usuarios de servicios de salud. Un predominio entendido como la capacidad de imponer los esquemas dominantes de percepción y apreciación de la realidad dentro del ámbito de la salud y la enfermedad, así como las reglas de operación y evaluación de los diversos actores del campo. Hace varias décadas Freidson demostró que el rasgo central de una profesión es su autonomía, es decir, la capacidad de delimitar por sí misma su propio saber, así como su ámbito de intervención (Freidson, 1970). Al poseer el control sobre su propia materia de conocimiento[50] —en permanente expansión— el

[48] Bourdieu advierte sobre la necesidad de guardarse de buscar en las producciones del habitus más lógica de la que hay en él: "la lógica de la práctica es ser lógica hasta el punto donde ser lógico cesaría de ser práctico" (Bourdieu, 1996:86).

[49] Ya sea que coincidan (como en el caso de pacientes que se someten plenamente al personal de salud) o que colisionen (como en el caso de pacientes "difíciles" que quieren ver sus opiniones tomadas en cuenta).

[50] Aunque no necesariamente tenga el control sobre sus *condiciones* de trabajo. A este respecto es muy ilustrativo el largo debate de las décadas pasadas y ésta, sostenido por autores como Coburn, Johnson y el propio Freidson, entre otros muchos, sobre la ruta que ha seguido la profesión médica, y el esfuerzo por dilucidar si lo que ha enfrentado es ante todo un proceso de *desprofesionalización* o de *proletarianización*.

campo médico ha dictado también los términos en que cabe estudiar los problemas de la "calidad de la atención". Es decir, la manera en que se ha definido el estudio de los problemas de calidad de la atención es un efecto directo de la estructura de poder y del funcionamiento del campo médico. De ahí el silencio que se ha guardado desde esta perspectiva sobre la cuestión de los derechos en salud y sobre la violación de los mismos en las instituciones. Así se explica que casi la totalidad de la investigación sobre este problema sea de carácter médico-gerencial o de salud pública; que se haya centrado ante todo en los aspectos meramente interaccionales entre médicos y pacientes, y en las cuestiones de abasto de recursos y de medicamentos; y que se haya excluido de la mirada al menos cuatro cuestiones centrales desde la perspectiva de la sociología, estrechamente entrelazadas entre sí:

a. la manera en que se forma a los médicos en las universidades y en los hospitales de enseñanza,
b. la estructura rígidamente jerarquizada del campo médico,
c. las condiciones de trabajo en las grandes instituciones de salud, y
d. el impacto de estas cuestiones en el desarrollo del *hábitus* médico.

Este conveniente silencio ha permitido reducir el problema de la violación de derechos en el espacio de la salud a un mero problema de *calidad de la atención*, por ende monitoreable a través de indicadores simples —de *estructura, proceso y resultado*, según enseñó Donabedian (1988)— y con "soluciones" basadas ante todo en la ética, la buena voluntad y la cooperación de los médicos; en el incremento de los recursos, y, en todo caso, en la capacitación para la amabilidad en el trato con los usuarios (tal como se propuso la Cruzada por la Calidad, impulsada por la Secretaría de Salud hace pocos años). No sorprende, por tanto, el reiterado fracaso de las múltiples iniciativas y programas de mejoramiento de la calidad, tal como se evidencia en las numerosas demandas penales y quejas por mala práctica médica, así como en diversos estudios sobre esta materia.

El *hábitus médico* es el conjunto de predisposiciones *incorporadas* —esto es, que teniendo una génesis social y material específicas, han pasado a formar parte del propio cuerpo y de la subjetividad de los pro-

fesionales— que, a través de un largo proceso de socialización, iniciado en los años de formación, y sostenido en la práctica profesional rutinaria, llenan de contenido las prácticas concretas de los médicos, en su quehacer cotidiano. El *hábitus* es la interiorización de las estructuras objetivas que a su vez permite la reproducción de aquellas (Bourdieu, 1991). El principio de la acción social, dice Bourdieu (1999), estriba en la complicidad entre estos dos estados de lo social: entre la historia hecha cuerpo en forma de *habitus*, y la historia hecha cosas en forma de estructuras y mecanismos propios del campo, en este caso, del campo médico. Para explorar las vastas implicaciones de esta formulación debemos preguntarnos: para los prestadores de servicios de salud,

- que han incorporado en forma de *hábitus* las relaciones de poder del campo médico;
- cuya "actitud natural" ante el mundo, en términos de Husserl (1988), es producto de la incorporación de un vasto sistema de jerarquías y, con frecuencia, de abusos y maltratos sufridos durante los años de formación, y reproducidos puntualmente sobre las nuevas generaciones de residentes e internos a su cargo;
- y que enfrentan múltiples presiones laborales para atender una numerosa consulta con escasos recursos,

¿en qué medida es posible para ellos establecer relaciones *ciudadanas* con las usuarias de servicios de salud, es decir, relaciones basadas en la igualdad, en el conocimiento y el reconocimiento de los diversos derechos de salud y reproductivos, en la rendición de cuentas, en el trato igualitario?

Es éste un cuestionamiento que no ha sido formulado así por los estudios convencionales de "calidad de la atención" —salvo tibias alusiones a las arduas condiciones de trabajo de los médicos en las grandes instituciones públicas de salud— porque la investigación en esta materia está atrapada por —es producto de— la lógica del propio campo médico. Sólo rompiendo esa atadura, sólo *objetivando* a la violación de derechos de las usuarias de servicios de salud reproductiva como un problema cuya génesis debe buscarse también fuera de lo que ocurre dentro del consultorio; sólo concibiendo a estos "problemas de

calidad" como un *epifenómeno* del campo médico que se manifiesta en las prácticas cotidianas que resultan del rutinario encuentro entre la estructura de poder de dicho campo y el *hábitus* de los médicos y de las usuarias de los servicios, sólo en esa medida será posible hacer una investigación auténticamente científica, desde la perspectiva de la sociología, en esta materia.

Que la calidad de la atención no es un problema meramente gerencial, técnico y de disponibilidad de recursos, quedó demostrado desde hace varios años, con el desarrollo de investigaciones sobre esta materia con perspectiva de género. Matamala (1995) y otras autoras argumentaron que los estudios que se centran en la caracterización de la estructura, el proceso y los resultados —sin menoscabo de la utilidad de esa información— sólo fortalecen al modelo biomédico. Y, junto con otras autoras, abrieron la investigación en esta materia *del lado de las usuarias* (Casas, Dides e Isla, 2002). Los recientes estudios sobre *consentimiento informado*, y sobre los sesgos de género presentes en los encuentros médico-paciente, hicieron contribuciones muy importantes para la objetivación sociológica del problema. Esos estudios fueron decisivos para incorporar la cuestión de la ciudadanía y los derechos reproductivos y de salud de las mujeres, e incluso para mostrar la existencia de determinantes de género en la formación de los médicos. Pero incluso esas investigaciones omitieron abrir la caja de Pandora *hacia el otro lado*: no del lado de las usuarias de los servicios, sino del lado de los prestadores de los servicios. Es decir, omitieron problematizar las cuestiones de la violación de derechos de las usuarias a modo de poner en el centro de la mirada a la *fábrica social* de los médicos y de las instituciones de salud, para poder explorar desde ahí las determinaciones más profundas, invisibles en tanto estructurantes del campo médico e incorporadas en forma de *hábitus* de sus agentes (Castro, 2008).

El problema y el método

Si bien la acción legal en torno a los casos de violación de derechos de las mujeres en las instituciones de salud es indispensable para combatir la cultura de la impunidad y el encubrimiento existente en

algunos ámbitos, y para alcanzar una verdadera equidad de género en ese marco, sostenemos que ese tipo de medidas no bastan por sí mismas para cambiar las cosas. También es necesario el estudio sociológico de los mecanismos que hacen posible los desencuentros que mencionamos más arriba entre prestadores de servicios de salud y usuarias, en el marco de los servicios de salud reproductiva. Más aún, una acción verdaderamente preventiva tendría que estar orientada a identificar aquellas condiciones y aquellos conflictos asociados a la deficiente oportunidad y calidad de la atención que anteceden a la violación de derechos propiamente dicha, pero que constituyen un paso en esa dirección. Es necesario explorar qué *esquemas de percepción y apreciación* ponen en juego los prestadores de servicios de salud en cada encuentro con las usuarias y con los diferentes actores sociales de la red institucional de servicios o campo médico (médicos de primer y segundo nivel; médicos generales y médicos especialistas; médicos y enfermeras, trabajadoras sociales, etc.); qué *patrones de interacción*, y qué estrategias de comunicación y sometimiento se activan en ese nivel *micro* de realidad; qué *lógicas-prácticas* funcionan en la cotidianidad de los servicios que, al mismo tiempo que pueden pasar casi inadvertidas (debido a su carácter rutinario), juegan un papel central en la generación de las condiciones de posibilidad que desembocan en ese fenómeno social que llamamos *violación de derechos reproductivos en el espacio de los servicios de salud*.[51]

Del planteamiento anterior se desprende una vasta línea de investigación que debe explorar simultáneamente las características básicas del *campo médico* en México, así como el *habitus* de sus principales agentes. Ello con el fin de documentar y acreditar el papel que

[51] Este proyecto representa la continuación de una línea de investigación que hemos venido impulsando en los últimos años en este campo. Es posible clasificar en dos grandes áreas los avances que hemos completado hasta ahora, y cuyos resultados han servido de punto de partida para esta nueva investigación: a) los estudios sobre percepciones y prácticas de parte del personal médico en los servicios de gineco-obstetricia (Castro y Erviti, 2002 y 2003; Erviti, Castro y Sosa, 2006; Bronfman y Castro 1989; Castro y Erviti, 2004; Erviti, Sosa y Castro, 2007). Y b) los estudios sobre percepciones y apropiación de derechos de parte de las mujeres (Erviti, Castro y Collado 2004; Erviti, Sosa y Castro, 2010).

juega el encuentro de esas dos formas de lo social en la producción de las diversas formas de *violación de los derechos* de las mujeres en el espacio de la salud.

La hipótesis de trabajo es que la violación de derechos reproductivos, bien durante la atención del parto, bien en el marco de los servicios de salud reproductiva en general (con el concomitante problema de "calidad de la atención" que se le asocia, pero que no es lo mismo) es fundamentalmente un efecto de la estructura de poder del *campo médico* y de la *lógica-práctica* que caracteriza el *habitus* de los prestadores de servicios. La cuestión, desde luego, es dilucidar de manera sistemática y científica la forma en que ambas problemáticas están ligadas.

En este capítulo sólo podemos esbozar los primeros hallazgos que hemos obtenido al explorar la génesis social del *habitus* médico en los años de formación universitaria y hospitalaria.[52] Buscamos identificar en el *currículum oculto* (que se aprende en forma paralela al currículum oficial), el conjunto de reglas, conminaciones, valores entendidos, estrategias de adaptación, interiorizaciones y prácticas, que dan lugar a la suma de predisposiciones autoritarias que, como médicos, aprenderán eventualmente a desplegar para imponerse sobre las usuarias de los servicios. Y que, ya en funcionamiento, se reflejará como una predisposición que, al entrar en contacto con una estructura propicia del campo médico, redundará en una mayor probabilidad o riesgo de vulnerar los derechos de las mujeres.[53] Retomando a Pierre Bourdieu, sostenemos que un análisis sociológico de la educación que reciben los médicos nos lleva, de hecho, "a la comprensión de los 'mecanismos' responsables de la reproducción de las estructuras sociales y

[52] Como hemos señalado, la investigación en su conjunto explorá también el habitus de las usuarias, así como la estructura del campo médico en su conjunto. Nos apoyamos, además, en el análisis estadístico y de contenido de las denuncias de mala práctica médica presentadas ante la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Arbitraje Médico, y la Comisión Nacional y las Comisiones Estatales de Derechos Humanos, entre otras.

[53] En otros trabajos mostraremos a dicho *habitus* en funcionamiento, propiamente. Aquí sólo queremos dar cuenta de la génesis escolar del mismo, de algunos de los aprendizajes e interiorizaciones cruciales de los años de formación, que serán determinantes para ser médico o médica de la forma en que se suele ser en nuestro contexto.

de la reproducción de las estructuras mentales que, por estar genética y estructuralmente ligadas a aquellas estructuras objetivas, favorecen el desconocimiento de su verdad y, por tanto, el reconocimiento de su legitimidad" (Bourdieu, 1989:5, itálicas añadidas).

Los resultados que siguen se basan en un muy somero primer análisis de 11 grupos focales con médicos,[54] de tres estados de la república, en diferentes niveles de formación: residentes, especialistas jóvenes (de menos de 45 años de edad) y especialistas de más de 45 años de edad, todos de las áreas de gineco-obstetricia y medicina familiar. En total son más de 100 médicos los que han participado en estos grupos.

Primeros hallazgos

Los preguntas abordadas en la discusión en los grupos focales abarcan un amplio espectro de temas, que van desde los motivos para haber estudiado medicina (cuyo análisis permitirá discernir la naturaleza social de la *vocación*) hasta las características de la práctica profesional cotidiana.[55] Sin embargo, en lo que sigue nos centraremos únicamente en los hallazgos relativos a los años de formación.

[54] Estos 11 grupos focales corresponden a un primer año de trabajo de campo. Durante el segundo año (en curso) realizaremos tres grupos focales más en otro estado de la república, y aún durante el tercer año buscaremos realizar otros más.

[55] Los grupos focales que estamos realizando con médicos exploran temas como sus experiencias en los años de formación en la facultad y como especialistas; su exposición al currículum no oficial de la carrera de medica; los aprendizajes en torno a los valores entendidos, las jerarquías, los secretos profesionales dentro de la profesión; sus años como residentes y su elaboración acerca de las experiencias duras que debieron vivir en el contexto hospitalario a manos de otros colegas o de sus superiores; su historia laboral como prestadores de servicios de salud; su experiencia como gineco-obstetras; y sus percepciones sobre diversos temas como las mujeres que atienden: su origen, su condición social, sus embarazos y partos; "el deber ser" de las mujeres durante el embarazo (en particular durante el embarazo de alto riesgo), en salas de parto, y durante el puerperio: lo que es "bueno" y "conveniente" para ellas; sobre las condiciones materiales y organizativas de su trabajo hospitalario; sus percepciones y experiencias sobre su interacción con los diferentes niveles de la jerarquía médica;

Al respecto cabe señalar cuatro dimensiones que han surgido hasta el momento y en las que, por la consistencia de los testimonios a lo largo de los grupos, se puede identificar la existencia de un programa paralelo de aprendizaje, de un currículum oculto, no menos importante que el currículum propiamente académico u oficial que deben cubrir los estudiantes de medicina. La primera se refiere a los aprendizajes sobre la ***imagen*** personal que el estudiante debe proyectar sobre los demás. Desde los comienzos en la facultad, los futuros médicos aprenden que es esencial vestir siempre de blanco, impecablemente, sin ninguna mancha evidente, pues esto último es fácilmente motivo de censura por parte de los profesores. Deben asimismo usar ropa bien planchada pues las arrugas sobre la misma serán también motivo de regaños y castigos. Se trata de un trabajo institucional de construcción de una nueva identidad, la del médico, que comienza desde el primer semestre de la carrera bajo el deber de *aparentar* que se es médico.[56] Los largos años de formación permitirán hacer la transición de la apariencia a la plena asunción de la identidad, pero es preciso comenzar con lo primero tempranamente. La admonición de un profesor, tal como la recordó uno de los participantes, resume cabalmente el mandato contenido en estas reglas: "de aquí en adelante ustedes ya son distintos. Ya no eres cualquier cosa, ya deberías comportarte distinto porque traes el uniforme blanco y eso te diferencia de la gente".

La construcción de la nueva identidad se finca lo mismo en procesos de *diferenciación* que de *identificación* social. Ejemplo de lo primero es el hecho de que los alumnos varones aprenden que no está permitido el uso de aretes ni el pelo largo, pues tales rasgos "relajan la disciplina del grupo". Ejemplo de lo segundo es la frecuencia con que, desde los inicios de la carrera, los alumnos reciben trato de "doctor" o "doctora" por parte de sus profesores. Se trata de prácticas constituyentes de una identidad que trabaja activamente para refrendar esa imagen que exalta la ideología médica de un profesional claramente

sobre sus derechos y condiciones laborales; sobre los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres; y sobre la posibilidad de cambiar o mejorar la práctica diaria.

[56] Los interaccionistas simbólicos mostraron la importancia de trabajar sobre las apariencias externas como un recurso que ayuda a transformar la identidad en la dirección deseada. Ver, por ejemplo, Goffman, 1989.

identificado con cierto tipo de masculinidad o feminidad, que a su vez son íconos de un conjunto de valores tradicionales que hacen "respetable" a quien los exhibe y le confieren autoridad.

Pero la promesa de autoridad contenida en esa imagen idealizada llegará sólo al cabo de un largo proceso de formación. Para ello, es preciso sobrevivir a una segunda dimensión importante de aprendizaje, que se refiere al papel de ***los castigos y el disciplinamiento corporal*** en la formación del médico. Desde los primeros semestres de la carrera, los estudiantes de medicina perciben la centralidad del castigo como recurso didáctico mediante el cual se les forma. En particular, es en los años del internado y la residencia que el castigo es usado como un vehículo para la trasmisión de conocimientos. Hay un sinnúmero de faltas, omisiones, carencias técnicas, y equivocaciones, normales en la práctica de un aprendiz, que los superiores detectan en los internos y residentes, que éstos no necesariamente estaban en condiciones de evitar (pues no habían recibido la instrucción correspondiente y no se suponía que conocieran el correcto proceder), y que son corregidas a través de castigos. No es que los castigos se apliquen únicamente ante la reiteración de una falla: se usan en primer lugar como recurso didáctico, como forma de transmisión del conocimiento. Pero, obviamente, sirven al mismo tiempo como recurso de disciplinamiento y de afianzamiento de una jerarquía. Durante los grupos focales hemos recolectado decenas de descripciones de situaciones en las que los participantes recibieron un castigo. Lo más revelador es que en varias ocasiones los participantes señalaron que no había habido ninguna falta, por mínima que fuera, que pudiera explicar el origen del castigo. ¿Por qué se les castigaba entonces? La respuesta de uno de los participantes lo resume con claridad: "era marca personal, porque el otro quería marcar su jerarquía. Y sin derecho a réplica porque te duplican el castigo".

Los castigos más típicos, ya en los años del internado y la residencia, son la prolongación de las guardias, que últimamente, ante la prohibición de imponer guardias de castigo, se llaman eufemísticamente "guardias complementarias". Son jornadas de trabajo extenuantes que se extienden por varios días, que se traducen en un enorme desgaste físico y emocional de los castigados. Otras sanciones frecuentes son la obligación de investigar sobre la materia en que se cometió el error y

presentar un artículo al respecto en un breve lapso (sacrificando horas de descanso); la desacreditación frente a los pacientes y los pares; la obligación de repetir el llenado del expediente de los pacientes, y muchas otras más.

A través de la dinámica de los castigos, el orden médico se revela nítidamente a quienes desean ser parte de él: se aprende, por una parte, que hay jerarquías, superiores, que pueden en todo momento remarcar su condición de tales. Y por otra, se aprende que no es posible sustraerse a esta forma de proceder, no digamos, por supuesto, tratando de desafiar a un superior, sino incluso cuando se aspira a no replicar el maltrato que se ha sufrido en carne propia sobre los residentes que están a cargo de uno. La obligación de castigar a los de menor rango se impone, a veces, porque de no hacerlo los médicos de mayor rango castigarán a quien se negó a castigar. Pero a veces los propios agentes desconocen porqué ahora actúan de la misma manera que antes detestaron en sus superiores. Como señaló uno de los participantes: "yo criticaba a los R3[57] y ahora estoy haciendo lo mismo… esas son cosas que pasan por alguna razón, y a lo mejor lo estamos haciendo por inercia o de manera inconsciente…".

Claramente asociado al tema precedente, la tercera dimensión de aprendizaje que queremos destacar aquí se refiere al orden de las ***jerarquías*** dentro de la profesión. El campo médico, como el militar, está rígidamente organizado en líneas de mando y compuesto por agentes de diferente *rango*. La centralidad de tales jerarquías se aprende no sólo mediante la dinámica de los castigos antes descrita, sino a través de un conjunto de prácticas y convenciones que se manifiestan desde los primeros días de estudiante en la facultad. Junto al cúmulo de testimonios de agradecimiento que los participantes expresan hacia muchos de sus mentores, también abundan los testimonios acerca de maestros en la universidad que sistemáticamente humillaban o descalificaban a los estudiantes en clase ("Los mismos que te van formando te empiezan a desalentar en los primeros semestres").

La cuestión es aún mucho más evidente durante los años de la residencia médica. Ahí los médicos en formación aprenden que un

[57] Médicos residentes de tercer año.

residente del primer año (R1) sólo está autorizado a hablar con su inmediato superior, el residente de segundo año (R2), pero de ninguna manera con un R3 o R4 (aún cuando se trate de también de médicos en formación casi de la misma edad). El R1 se dirige al R2 como "doctor", lo mismo que el R2 al R3. Pero este último debe dirigirse al R4 y a los superiores de éste como "maestro". Y, naturalmente, el trato hacia los superiores es siempre hablando de usted, jamás tuteándolos.

Por otro lado, es bien conocida la formación que deben adoptar los médicos cuando se pasa la visita a los pacientes: "primero va el maestro, luego el doctor, después los residentes 4, 3, 2 y 1 y al último el interno y detrás el estudiante." Lo que indica que el orden de las jerarquías se despliega incluso visualmente, y que su importancia en el campo médico se internaliza gradualmente, día tras día, a fuerza de socializar dentro de la estructura hospitalaria, bajo las reglas de comportamiento y de etiqueta que ahí operan. Un ejemplo paradigmático del valor simbólico de esta jerarquización del campo, y de sus efectos, se resume en la siguiente descripción contada por uno de los participantes en un grupo focal: "un estudiante llega temprano a clase… se llena el salón. Al final llega un R3: paran al estudiante". No sorprende entonces que al referirse al duro trabajo que deben realizar los internos y los residentes del primer año, varios residentes de segundo y tercer año hayan explicado las cosas con una simple sentencia: "En el hospital hay roles. Hay peones".

Las dos últimas dimensiones mencionadas, la del disciplinamiento sistemático y la de las jerarquías, adquieren una realidad particularmente acuciante cuando se les mira desde una perspectiva de género. O dicho en otras palabras: la cuarta dimensión que conviene enfatizar aquí se refiere al ***disciplinamiento de género*** que está vigente en el campo médico a lo largo de toda la carrera profesional.

Desde los primeros años en la facultad, suelen presentarse agresiones contra las mujeres, que éstas deben superar si de verdad aspiran a convertirse en médicas. Abundan los ejemplos: el del profesor que al entrar a clase les preguntaba a las mujeres que qué estaban haciendo ahí, si deberían estar vendiendo verdura en el mercado; el de aquel otro que mandaba a las mujeres a sentarse en la parte posterior del salón, y sólo permitía que se sentaran al frente a aquellas que estuvie-

ran dispuestas a "enseñar pierna"; la de aquella que, gracias a sus altas calificaciones, había ganado ya la exención de un examen, cuando fue obligada a pasar al frente del salón para que el maestro pudiera "admirar su figura". Al negarse a hacerlo, fue obligada a presentar examen.

El hostigamiento hacia las mujeres no necesariamente disminuye cuando termina la licenciatura y se accede a los años de especialidad. Además de la obligación que se impone a muchas de ellas de presentar pruebas de no-embarazo antes de comenzar, hay testimonios acerca de médicos-docentes que tratan de desalentar a las mujeres que quieren hacer una especialidad: "mejor ponga un consultorio de medicina general al lado de su casa para que pueda atender a su esposo y a sus hijos". También hay evidencias de que ciertas especialidades, como cirugía y urología, entre otras, están material y simbólicamente cerradas para las mujeres. Tal exclusión se logra mediante prácticas concretas de hostigamiento sistemático a aquellas mujeres que intenten cursar alguna de estas especialidades.

A todo lo anterior se suma la colaboración de los y las usuarias de los servicios de salud. Las residentes y especialistas participantes reportan que en general el público suele referirse a ellas como "señoritas" (y rara vez como "doctora"), mientras que, por el contrario, cualquier personal masculino, incluyendo los enfermeros y los camilleros, suelen recibir el trato de "doctor".

Conclusión

La génesis del *habitus* médico que opera en los servicios de salud reproductiva puede rastrearse desde los primeros años de formación universitaria, pasando por los años del internado y los de especialización. En este trabajo apenas hemos planteado el enfoque general de nuestra investigación, y hemos esbozado los primeros hallazgos en el estudio de dicho *habitus*.

Hemos identificado, por lo pronto, cuatro dimensiones centrales del currículum no oficial que deben aprender e interiorizar los estudiantes de medicina y los médicos que están haciendo su especialidad en gineco-obstetricia o medicina familiar. Tales dimensiones se refie-

ren al cultivo de una imagen, al papel de los castigos y el disciplinamiento corporal, al orden de las jerarquías, y al disciplinamiento de género.

La suma de aprendizajes que derivan los médicos de ese currículum paralelo puede recapitularse a través de varias frases de síntesis que aportaron los propios médicos especialistas participantes cuando se les pidió que resumieran qué les parecía todo aquello, visto ahora en retrospectiva, habiendo ya superado todas esas pruebas, y siendo lo que son hoy en día, gineco-obstetras o médicos familiares en pleno desarrollo profesional. Sus respuestas:

- "También eso es formación"
- "Se aprende a resistir"
- "Nos forma el carácter"
- "Para mí fue muy adecuado, muy drástico, muy duro para que uno pusiera mayor atención en las cosas"
- "Fueron tratos fuertes que al final rindieron frutos"
- "Eso te forma, te curte, te jala…"
- "Entonces aprendes que la disciplina te va formando también y que es parte de ti y que la debes de entender y la debes aceptar como formativa, como propia tuya, para mejorar un poco, a veces se caía en el abuso, pero esto te da jerarquía… y eso te forma y eso te da una valoración de lo que es el respeto, lo que es la lealtad y muchas cosas más".

Son respuestas que denotan que estos agentes han completado el camino de la socialización, y han sido adoptados plenamente por la institución a la que aspiraron pertenecer. Ahora la encarnan, hablan en su nombre, y pueden incluso fungir como sus promotores ideológicos, como cuando uno de ellos señaló que el currículum paralelo de aquellos años de formación le permitió "aprender a ser un médico que se entrega", poniendo así en circulación nuevamente la imagen del médico sacrificado que trabaja, ante todo, por el bien de los demás. O como cuando se expresan con gratitud de quienes los maltrataron severamente en el pasado, pero a quienes se les reconoce como un mérito haber sido tan exigentes.

Estamos frente a un aparato, el de la educación médica, que funciona eficientemente en transformar la identidad y las predisposiciones de los que ingresan por primera vez en él, y que logra, al cabo de los años y para quienes no desertan en el camino, convertirlos en agentes, actores, representantes y portavoces de la profesión médica. Se trata de un aparato que juega un papel central en la génesis de un *habitus* profesional que, junto con el currículum oficial, desarrolla otro currículum paralelo basado en el disciplinamiento del cuerpo y en el cultivo de cierta imagen; en el castigo como forma de transmisión de los conocimientos; en la interiorización de las jerarquías y su posterior encarnación y defensa; en la desigualdad de género.

Son todos éstos rastros de un *habitus* que aún es preciso analizar en funcionamiento, en el espacio hospitalario, en plena interacción con las usuarias de los servicios. Un *habitus* cuya *lógica-práctica* aún es necesario reconstruir dentro del campo médico al cual pertenece y cuya *necesidad* —en tanto conjunto de predisposiciones estructuradas por, y estructurantes del campo médico— aún hay que demostrar.

No estamos, entonces, aún en condiciones de señalar que ese *habitus* así inculcado desde los años de formación está en el origen, ni mucho menos que sea la causa única de la violación de los derechos de las mujeres en el espacio de la salud. Pero ciertamente hemos dado un paso en esa dirección. Nuestros siguientes avances deberán mostrar que las dimensiones de ese *habitus* que aquí hemos discernido (más las que se añadan, como resultado del análisis actualmente en curso), efectivamente propenden al mantenimiento de un estilo autoritario en los encuentros con las usuarias, y que dichas propensiones están efectivamente en el origen de la violación de derechos y de las múltiples formas de maltrato que se registran en el espacio de la salud sexual y reproductiva. La ruta general está trazada en términos conceptuales y metodológicos.

Capítulo VII
Dificultades en la integración entre métodos cuantitativos y cualitativos en la investigación social en salud

Introducción

En este capítulo final discutiremos algunos de los problemas que se presentan en los esfuerzos de integración entre métodos cualitativos y cuantitativos en el campo de las ciencias sociales aplicadas a la salud. Con este objetivo en mente, en la primera parte se presenta un "encuadre" sintético de una discusión más bien antigua; se muestra que el debate entre lo cualitativo y lo cuantitativo se viene dando desde la fundación de las ciencias sociales, y se analizan algunas de las posiciones contemporáneas al respecto. En la segunda parte se discuten, con mayor detalle, cuatro de los principales problemas en torno a la integración de los métodos cualitativos y cuantitativos para los que no existe una solución satisfactoria y que constituyen tensiones epistemológicas de las que, al menos, hay que estar conscientes. Se abordan así, en forma sucesiva, la cuestión del poder en la generación de los datos, y los problemas de la validez externa, de la confiabilidad y de las modalidades de integración entre ambos tipos de abordajes. El capítulo concluye enfatizando la necesidad de vincular el debate entre los abordajes cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud con los desarrollos de la teoría social más general.

La discusión entre los abordajes cualitativos y cuantitativos

La controversia respecto de las diferencias entre los métodos cualitativos y los cuantitativos, y sobre las implicaciones epistemológicas y empíricas de su integración, se remonta al origen mismo de las ciencias sociales. Los fundadores de la sociología, al debatir sobre el objeto de estudio de esta disciplina, no ignoraban el correlato metodológico de sus propuestas. Durkheim advertía sobre el riesgo de confundir los hechos sociales con las formas que éstos adoptan en los casos particulares, y postulaba que "la estadística nos ofrece el medio apropiado para aislarlos" (Durkheim, 1978:35); defendía la posibilidad de abordar los fenómenos sociales con la misma objetividad y el mismo distanciamiento respecto del objeto de estudio que los que se presume se hace en las ciencias naturales.

Weber, en cambio, señalaba que "mientras en la astronomía los cuerpos celestes nos interesan solo en sus relaciones *cuantitativas*, susceptibles de medición exacta, en las ciencias sociales nos concierne la tonalidad *cualitativa* de los procesos... cuya comprensión por vía de la revivencia es... una tarea... específicamente distinta de aquella que pueden o pretenden resolver las fórmulas de las ciencias naturales exactas en general" (Weber, 1982:62. Cursivas en el original).[58]

A pesar de la propuesta concreta de Durkheim, el enfoque positivista en general, y los métodos cuantitativos en particular, devinieron la estrategia de análisis predominante en las ciencias sociales solo hasta mediados del siglo XX, con el desarrollo del funcionalismo empírico (Merton) y de las técnicas de análisis estadístico (Lazarsfeld). Estos desarrollos, a su vez, se alimentaban también de una revisión de las

[58] Hay que advertir, sin embargo, que desde un comienzo cada escuela sociológica ha dado cabida, de manera complementaria, a conceptos que no forman parte de su núcleo teórico, obligadas a dar cuenta de las múltiples dimensiones de la realidad (Alexander, 1982; 1983). De este modo, mientras los enfoques interpretativos necesitan, de alguna manera, incluir algunas referencias a la estructura social en tanto realidad que se impone desde fuera, los enfoques estructurales suelen abrir un espacio para la subjetividad humana, tal como lo hizo el propio Marx (1961) con su concepto de *alienación* para dar cuenta en mayor o menor medida de la capacidad interpretativa de los actores.

formulaciones del Círculo de Viena de los años veinte del mismo siglo XX, y de las formalizaciones de autores como Hempel (1949), Nagel (1961) y Popper (1959), entre otros (Baldus, 1990).

El debate contemporáneo, que ciertas "modas" hacen aparecer como novedoso, reitera una vieja discusión (Wiseman, 1972), si bien con una diferencia: la perspectiva hegemónica era entonces la cualitativa y la corriente que tenía que legitimar su existencia era la cuantitativa (Churchman, 1971). Al volverse *dominante* esta última, continuó el debate entre lo cuantitativo y lo cualitativo, solo que han sido los defensores de tal perspectiva los que han debido escribir desde una posición de subalternidad. A partir de la década de los sesenta, estos esfuerzos de reivindicación estuvieron acompañados por la aparición de textos, hoy clásicos, que señalaban la importancia de vincular la historia (el nivel macro) con la biografía (el nivel micro), y la subjetividad con la estructura social (Mills, 1979); en su momento, constituyeron las expresiones metodológicas de corrientes sociológicas en formación, como la etnometodología (Cicourel, 1982) y el interaccionismo simbólico (Glaser y Strauss, 1967), y que señalaban la necesidad de traer de regreso al "actor" dentro de la teoría sociológica (Touraine, 1987).[59]

Desde mediados de los años sesenta del siglo pasado, con el surgimiento de las corrientes interpretativas, se abrieron de nuevo espacios para los métodos cualitativos. Estos abordajes han visto incrementado significativamente su grado de sofisticación con la incorporación de las perspectivas constructivistas, que contraponen al ideal positivista de

[59] A estos debates no fue ajena la influencia de las agencias financiadoras internacionales. Así como en ciertos periodos un protocolo de investigación social que no contemplara un uso extensivo de métodos cuantitativos simplemente no era financiable, la "moda" actual apunta en la dirección contraria, y los estudios cualitativos están mereciendo especial consideración (léase financiamiento) por parte de dichas agencias. Lo que no resulta del todo claro es la secuencia de la relación: ¿las agencias recogen lo mejor de la discusión académica y financian lo que en cada momento aparece como *lo más adecuado*, o más bien la discusión renace como resultado de la decisión de las agencias —y de los investigadores que en ellas trabajan— y las investigaciones son las que *se adecúan*? Lo más probable es que ambas alternativas expliquen parcialmente la realidad; pero una indagación más rigurosa en este sentido contribuiría a deslindar el peso de la discusión académica y el de las decisiones corporativas en la modulación de lo que los científicos sociales hacemos.

"descubrir" la realidad, la inevitabilidad del carácter "construido" de los conocimientos. Una oposición de concepciones tal es uno de los problemas nodales en el debate contemporáneo entre los métodos cualitativos y los métodos cuantitativos, y se refleja no solo en las ciencias sociales en general, sino en la aplicación de estas a los problemas de salud. A partir del desarrollo del *constructivismo social* (Berger y Luckman, 1986; Watzlawick y cols., 1994), la comparación entre los métodos cuantitativos y los cualitativos no puede plantearse únicamente en términos de una disputa en torno al objeto de la ciencia social —patrones colectivos de conducta medibles numéricamente versus los significados subjetivos que los actores elaboran (Wilson, 1990)— sino que deben, necesariamente, recuperar el problema de la generación de conocimientos como práctica socialmente determinada y mediada por el lenguaje (Clifford, 1986). El auge del positivismo significó el abandono de este tipo de reflexión; su estancamiento actual sugiere la posibilidad de reformular la crítica del conocimiento de la única manera en que es posible hacerlo: como teoría de la sociedad (Habermas, 1988). Y por el hecho de que estos debates constituyen un fenómeno característico de, y generalizado en, las ciencias sociales en su conjunto, la sociología de la salud no puede permanecer al margen de tales desarrollos.

La literatura en torno a la posibilidad y lo deseable de la articulación entre los enfoques cualitativos y cuantitativos en el área de la salud es ya muy abundante anulando. Algunas publicaciones se han desarrollado específicamente para mostrar la utilidad de esta combinación (Janes, Stall y Gifford, 1986); otras argumentan que el nivel de análisis de la investigación en salud pública y ciencias sociales es equivalente (el nivel poblacional), por lo que la aplicación de los diversos métodos de las ciencias sociales en la investigación en salud debería ser casi natural (Inhorn, 1995); y otras más, por el contrario, postulan la imposibilidad de una combinación entre los métodos estadísticos y los métodos cualitativos, a partir del carácter socialmente construido de toda actividad científica y de una consecuente falta de objetividad —como la que defiende el positivismo— de sus datos (Smith, 1990; Bury, 1986).

Junto a la literatura que busca específicamente tomar una posición acerca de este tema, existe otro conjunto de publicaciones que combinan métodos cualitativos y cuantitativos en salud, pero sin un

referente teórico de mayor envergadura en el cual anclar las propias posiciones. Esta superficialidad se manifiesta no solo en el nivel conceptual, sino también en el nivel técnico: casi no hay ejemplos de combinación de técnicas estadísticas complejas (regresión logística, análisis factorial, y otras), con técnicas cualitativas sofisticadas (historias de vida, entrevistas en profundidad y demás) (Steckler y cols., 1992).

El cúmulo de bibliografía sobre este tema provocó la aparición de intentos para clasificarla (Pedersen, 1992; Steckler y cols., 1992). Algunas de tales clasificaciones proponen dividir a la literatura entre autores *puristas* (los que postulan la imposibilidad de articular ambos abordajes), *eclécticos* (los que aceptan los dos enfoques como válidos) y *pragmáticos* (los que articulan ambas metodologías a partir del abordaje de su tema de estudio). En realidad, a tales clasificaciones convendría superponerles otra más, que agrupe a los diversos autores según el objetivo predominante —explícito o implícito— que persiguen con su investigación. Si lo que buscan es enriquecer la teoría sociológica, esto es, si se hace *sociología de la salud*, entonces es fundamental apegarse a la tradición que se defiende, y dependiendo de cuál sea ésta, será más o menos pertinente combinar ambos abordajes. Por ejemplo, un análisis funcionalista de la conducta del enfermo tolera mucho más la combinación de métodos que un análisis fenomenológico; pero también puede resultar menos pertinente. A la inversa, un análisis marxista de la reforma de los sistemas de salud es más permeable a la combinación de métodos cualitativos y cuantitativos que un enfoque simbólico-interaccionista, y lo más probable es que resulte también más pertinente.

Si, por el contrario, lo que se busca es hacer *sociología en la medicina*, es decir, contribuir a resolver problemas concretos de salud, entonces es fundamental abordar el problema con estricto apego a ese fin y ser más flexible en cuanto a combinación de teorías y métodos (Minayo y Sanches, 1995). Hay que advertir que tanto la generación de teoría como la resolución de problemas constituyen dos momentos de un solo proceso: el de la investigación científica. Es legítimo privilegiar uno u otro, en función de los objetivos y del contexto del investigador; esto es, en función del *interés cognoscitivo*, en términos de Habermas (1989). Pero es indispensable que ambos sean rigurosos teórica y metodológicamente, y congruentes con su propio fin. La opción por

investigar enfatizando la generación de teoría exige que quienes la desarrollan conozcan bien los paradigmas conceptuales pertinentes para evitar terminar haciendo, más o menos inadvertidamente, mera sociología espontánea; mientras que el énfasis por transformar la realidad abre más espacios para la interdisciplinariedad, y exige a sus practicantes la generación de conocimientos que contribuyan de manera directa a mejorar la salud de la población y a brindarle servicios.

A pesar de la abundante producción bibliográfica sobre este tema, es posible advertir la existencia de algunos problemas centrales de este debate que no han sido resueltos de forma satisfactoria hasta hoy. Sobre algunos de ellos conviene abundar en el resto de este capítulo.

Problemas no resueltos en la discusión contemporánea

Problema 1. El poder como elemento constitutivo del dato

Una de las críticas que se suelen hacer a los abordajes cuantitativos desde la perspectiva de los métodos cualitativos es su propensión a servirse de, más que a comunicarse con, los sujetos de estudio (Ibañez, 1994, Cornwell, 1984). El argumento es que las encuestas utilizan a los individuos para extraer de ellos información que luego se procesa (y eventualmente se publica), sin que medie ningún tipo de "devolución" a quienes dieron origen a los datos (Oakley, 1981). Se argumenta que la situación de entrevista es tan artificial —un individuo se limita a preguntar y el otro a responder—, que es posible formular cuestionamientos muy sólidos sobre la validez de los datos así obtenidos (Cicourel, 1982).

Los métodos cualitativos, en cambio, parecerían encontrar una de sus fuentes de legitimación primaria en el hecho de que permiten una comunicación más horizontal o igualitaria entre el investigador y los sujetos investigados (Deegan y Hill, 1987). Sin negar que, en efecto, algunos de los abordajes cualitativos —como la entrevista en profundidad o la historia de vida—, permiten un acercamiento más "natural" a los sujetos, es necesario reflexionar con más detalle sobre las condiciones que hacen posible este tipo de encuentros. En países como

México —y probablemente también en otros contextos nacionales, regionales o locales— la mayor parte de los estudios se hacen sobre/con sujetos sociales que viven bajo alguna forma de subordinación, sea esta económica (en el caso de los desposeídos), de género (en el caso de las mujeres), sexual (en el caso de las minorías sexuales), étnica (en el caso de los indígenas), generacional (en el caso de los adultos de mayor edad) o de algún otro tipo. En muchos casos, es precisamente esa condición de subordinación la que da origen a su "disposición" a colaborar. El dato etnográfico se monta sobre estructuras de poder que funcionan en el nivel micro: por más igualitario que sea quien investiga, el acceso a los grupos subordinados suele estar dado por lo que su *master estatus* representa (universitario, citadino, blanco, joven, etc.), porque el habitus de los sujetos de estudio suele incluir una predisposición a responder prontamente a las solicitudes de brindar atención que se les formulan, por su orientación estructural *para el otro* (Derber, 1979; Sennet y Cobb, 1979). Esas estructuras de poder en funcionamiento pueden ser de varios tipos: en los casos en los que se ofrece una compensación económica a los participantes, la investigación suele montarse sobre la necesidad del otro: su necesidad económica dificulta que se rehúse a participar. Pero el investigador está obligado a reflexionar: ¿se trata de individuos que aceptan participar en pleno uso de su libertad, o es más bien que la investigación se plantea en el marco de la lógica "contractual" que caracteriza a nuestras sociedades?

Estrechamente vinculado a este tema aparece el *consentimiento informado*. Para las grandes agencias financiadoras y las universidades de países desarrollados, el consentimiento informado significa ofrecer abiertamente la posibilidad de rechazar la participación en una investigación en sus inicios o durante su transcurso. Pero en contextos como el de América Latina, en donde una forma de opresión predominante se refiere a la falta de "ciudadanización" de los individuos, esto es, al desconocimiento casi absoluto de muchos de ellos no solo de sus derechos básicos, sino incluso del hecho mismo de que pueden tener derechos en ámbitos como la salud, o en el contexto de una entrevista, la presencia de un investigador que "ofrece" el derecho de aceptar o rehusar libremente la participación, suele ser visto por los informantes con grandes dosis de reserva y suspicacia por lo antinatural que este

acto les resulta. De este modo, desembocamos en un dilema ético que cuestiona de raíz el argumento esbozado al principio de esta sección, en el sentido de que la investigación cualitativa se reivindica a sí misma a partir de su "naturalismo", de su supuesta habilidad para estudiar a los actores sociales en su escenario natural.

De ahí que sea fundamental profundizar la reflexión en esta dirección para saber mejor qué tipo de dato, estamos produciendo. La reflexión de Rosaldo (1986) sobre la etnografía de Le Roy Ladurie (1988) sobre Montaillou, puede resultar particularmente esclarecedora, sobre todo porque aborda un ejemplo extremo; se pregunta Rosaldo: ¿cuál es el estatuto teórico y ético de una investigación magistral cuyos datos originarios fueron obtenidos mediante coerción, en la que los sujetos fueron forzados a hablar, sin alternativa, frente al inquisidor? Si bien estamos lejos de sugerir que esta desigualdad extrema (inquisidor-acusado) se reproduce en la investigación cualitativa en países como México, proponemos que la reflexión sobre casos extremos de este tipo pueden ser muy útiles en un campo como el nuestro, en el que no se ha teorizado suficientemente sobre las implicaciones epistemológicas de las condiciones de generación de los datos.

Problema 2. Las posibilidades de generalización de los hallazgos

Una vez generado, ¿cuán generalizable es el dato? El problema de la generalización de los datos —o validez externa, según Campbell y Stanley (1982)—, se ha resuelto tradicionalmente de una manera simplista. Suele haber acuerdo entre los diversos autores en el sentido de que los métodos cuantitativos son débiles en términos de validez interna —casi nunca sabemos si miden lo que quieren medir—, pero fuertes en validez externa —lo que encuentran es generalizable al conjunto de la población. Lo inverso se presume para los métodos cualitativos: se afirma que se trata de métodos con mucha mayor validez interna, si bien son débiles en términos de sus posibilidades de generalización. A mediados del siglo pasado, bajo el dominio de los métodos positivistas, la solución que se proponía a este problema se planteaba tratando de no sustraerse a la lógica de los métodos cuantitativos y sugiriendo el

uso de procedimientos "cuasi-estadísticos" (Becker, 1958). Años más tarde, el problema de la generalización se ha abordado en términos del *principio de incertidumbre sociológica* (Burawoy, 1991), que sostiene que mientras más profunda es la observación sociológica menos generalizables son los hallazgos y viceversa.

Sin embargo, al plantearse de esta manera se excluyen de la discusión algunos problemas centrales que conviene hacer evidentes. En primer lugar, para los que hacen ciencia social privilegiando el momento de generación de teoría, en el ideal de la generalización estadística se refleja el postulado durkheimiano de que los hechos sociales, los que interesan a la sociología, son, por definición, colectivos; es decir, son comunes a un grupo de individuos en la sociedad, aunque olvidan lo central de la argumentación: los fenómenos son generales si son colectivos; pero "de ningún modo puede afirmarse que es colectivo a causa de su carácter general" (Durkheim, 1978:35). Interesa verificar la generalidad de los fenómenos colectivos que interesan a la sociología sólo para medir su alcance. No se trata de que sean generalizables y que por eso tengan carácter colectivo; la dirección analítica correcta es la contraria: son hechos colectivos, por tanto, estudiables estadísticamente. Sin embargo, dentro de las ciencias sociales la generalización no parece reparar en esta precisión, y tiende a tomar como equivalentes ambas direcciones analíticas. Un debate sobre el problema de la generalización de los datos, debidamente anclado en la teoría sociológica, debería dar más espacio a los procedimientos analíticos mediante los cuales se presume el carácter de "hechos colectivos" (ergo estudiables sociológicamente) de los fenómenos de interés, más que centrar el peso de toda la argumentación en la necesidad de extrapolar los hallazgos a la población general.

En cambio, en el caso de quienes privilegian la investigación aplicada a los problemas de salud, es mucho más claramente entendible la necesidad de contar con hallazgos cuyo grado de validez externa sea determinable, porque se pretende que de esta investigación se deriven políticas y programas de intervención concretos. Aquí se advierte un sesgo similar al anterior: la prenoción, presente en muchos evaluadores, de que un criterio para atribuir *calidad* a la ciencia social aplicada a la salud es que sea generalizable en sus hallazgos; es

decir, la presuposición de que sólo los fenómenos de carácter general o mayoritario interesan a las disciplinas sociales. De alguna manera, los enfoques cuantitativos siempre preguntan, por lo general explícitamente, a los cualitativos: "¿cuán generalizables son tus hallazgos?" No obstante, desde sus orígenes la corriente sociológica interpretativa ha postulado que los hechos que más interesan a la sociología son, justamente, lo contrario de cualquier generalización. Weber señalaba: "…la ciencia social que queremos promover es una ciencia de realidad. Queremos comprender la realidad de la vida que nos circunda, y en la cual estamos inmersos, *en su especificidad*… queremos comprender… las razones por las cuales [un fenómeno] ha llegado históricamente a ser así-y-no-de-otro-modo" (Weber, 1982:61. Cursivas en el original). Esto es así por el carácter mismo del objeto de la sociología que señalábamos más arriba: si los fenómenos que interesan son aquellos mediados por la interpretación de los individuos, entonces son las interpretaciones locales, históricamente circunscritas, las que interesan. Entendidas las cosas desde este punto de vista, la pregunta relevante a formular ante quien presuma contar con nuevos hallazgos sociológicos en el campo de la salud es más bien: "¿cuán particularizables son tus hallazgos?". Desde la óptica de esta corriente sociológica, un hallazgo sociológico general es aún un dato que requiere de un trabajo de "particularización" y "especificación" para poder considerarlo como realmente sociológico. En este caso también se cuenta con una justificación pragmática en el terreno de las ciencias sociales aplicadas a la salud: si la investigación va a servir de base para la formulación de políticas y programas de intervención, entonces ésta debe ser lo suficientemente acotada, especifica y particular como para garantizar la formulación de una intervención pertinente y adecuada a las particularidades del grupo al que va dirigida.

Entonces, desde esta perspectiva, ambos enfoques están en igualdad de circunstancias. Aceptar superficialmente que una limitación de los métodos cualitativos es su dificultad para generalizar, es aceptar de antemano que el ideal de la ciencia social es la generalización y es, por ende, suscribir los postulados básicos de la sociología positivista. Igualmente legítimo es adscribirse a la necesidad de hacer ciencia social que ilumine las particularidades y especificidades de los

diversos y múltiples grupos sociales. En el ámbito de las ciencias sociales aplicadas a la salud, la reflexión debe incorporar ambas posturas simultáneamente. Dos preguntas deben ser contestadas —ambas necesariamente— si se quiere mejorar el aporte práctico de la ciencias sociales a la salud: ¿Cuán generalizables son tus hallazgos? y ¿cuán particularizables son tus generalidades?

En segundo lugar, es superficial, y por ello errónea, la postura que sostiene que los métodos cualitativos no pueden generalizar. Por "generalización" entendernos aquí la capacidad de teorizar —de explicar cosas— fundadamente sobre elementos que están más allá de aquellos que sirvieron directamente para la indagación. Es posible identificar por lo menos cuatro estrategias de generalización validas para los métodos cualitativos que, naturalmente, no pasan por la estadística. La primera de ellas se refiere al grado de adecuación (*fit*) entre la situación estudiada y otras similares a las que cabría aplicar los mismos conceptos y hallazgos del estudio original. Se trata de un procedimiento relativamente simple, que postula que al seleccionar un escenario "típico" para la investigación los resultados pueden ser aplicables al conjunto de escenarios (comunidades, grupos o instituciones) que constituyen el "tipo" del cual el caso en cuestión forma parte (Schofield, 1990; Guba y Lincon, 1982).

La segunda estrategia se refiere a la generalización conceptual o analítica, ya identificada por Znaniecki (1934), quien señalaba que mientras los métodos estadísticos abstraen por generalización, los métodos cualitativos generalizan por abstracción. Al estudiar procesos sociales en un reducido grupo de casos, se busca obtener información que nos permita teorizar sobre el proceso que interesa. La generalización que se logra aquí es de carácter conceptual: al final se tienen datos sobre los procesos que interesan al investigador; por ejemplo, el proceso de convertirse en enfermo crónico (Bury, 1982), o el proceso de estigmatización de las personas enfermas (Gofftnan, 1986); o bien el proceso de adscripción de significados a un evento de enfermedad dado (Herzlich, 1973), entre otros. La generalización no es en términos numéricos (no podemos afirmar que tan frecuente es en la sociedad tal o cual proceso), sino en términos analíticos: podemos generalizar sobre las características conceptuales del proceso bajo estudio.

La tercera estrategia deriva de la escuela fenomenológica: la validez externa de una investigación puede sostenerse a partir de la exploración sistemática de lo que los individuos dan por sentado. En consecuencia, la capacidad de generalización de los hallazgos puede presumirse toda vez que el análisis descansa en aquellos recursos del *sentido común que indexan*[60] la *normalidad* que prevalece entre los sujetos estudiados. Esta información suele presentarse en las entrevistas abiertas (en profundidad, historias de vida, grupos focales, etc.) y a menudo resulta de una elaboración o detallamiento de la persona entrevistada, más que de la respuesta a una pregunta especifica. Se trata de expresiones que hacen referencia a un orden establecido; esto es, a un conjunto de cosas que se dan por sentadas y que constituyen la realidad cotidiana de los individuos. Al explorar con detenimiento los testimonios de los entrevistados, es posible localizar aquellos elementos que por estar tan *incrustados* en la estructura social los individuos sencillamente los dan por sentados. En otras palabras, es en el lenguaje mismo de los entrevistados en donde es posible advertir las claves que permiten presumir el potencial de generalización de los hallazgos, por lo menos entre las comunidades o grupos que participan de las mismas características socioeconómicas y culturales de la población estudiada (Castro, 2000). Como señalaba Schutz (1962), cada grupo "tipifica" su experiencia sobre un fenómeno dado al crear las palabras y expresiones específicas para referirse a él. Consecuentemente, la identificación como "tipificaciones" de ciertas expresiones cotidianas en el lenguaje de los entrevistados permite presumir que ellas representan la experiencia colectiva del grupo en relación a los temas de interés. La 1ógica de este razonamiento es comparable a la que subyace a la gramática. Un especialista en esta disciplina no requiere necesariamente trabajar con una muestra estadísticamente representativa de testimonios verbales

[60] Indexicalidad es un término originalmente de la lingüística, que la etnometodología adoptó para referirse a las expresiones del lenguaje cotidiano que sólo adquieren sentido en un contexto específico. Ejemplos básicos son "esto", "yo", "usted", palabras de las que no podemos saber a qué o a quién se refieren salvo que conozcamos el contexto en que se usan cada vez. Se habla de expresiones indexicales porque funcionan al igual que las palabras del índice analítico de un libro: son entradas que remiten a un universo más amplio, dentro del cual es posible darles sentido (Coulon, 1988).

para poder caracterizar la estructura de una lengua determinada. De hecho, el análisis de la estructura del discurso de un solo individuo es suficiente para identificar, con un alto grado de precisión, la lógica que subyace a dicha lengua, tal como la usan todos los que la hablan. Esto es posible, precisamente, porque el gramático trabaja con el lenguaje, que es un producto social profundamente incorporado por en los individuos. Cada uno de ellos puede desplegar cierto grado de creatividad en el uso del lenguaje; pero dicha creatividad siempre tiene lugar dentro de los límites impuestos por la estructura propia de esa misma lengua. Análogamente, cada sujeto del grupo estudiado puede interpretar su experiencia sobre el tema de interés en términos relativamente creativos. Pero esta interpretación permanece siempre dentro de los patrones generales de expresión definidos por el grupo al que dicho sujeto pertenece (cada individuo es portador de su sociedad). Esos patrones generales son identificables mediante el análisis cuidadoso del lenguaje de los grupos. En consecuencia, puede argumentarse que los hallazgos así obtenidos son validos no solo para los casos que los proporcionaron, sino también para la población de la que dichos casos provienen.

La cuarta estrategia, cercana a la anterior, es la de los casos únicos como expresión de contraste de lo general en un grupo determinado. Casos únicos o singulares son aquellos que presentan características poco comunes respecto del conjunto de la población. Estos casos son expresión de los límites de lo posible dentro de un orden social dado. Su estudio supone una exploración de las fronteras de un sistema cuyas generalidades están implicadas en los propios rasgos de singularidad del caso estudiado. El trabajo de Ginzburg (1994) es paradigmático: al estudiar el comportamiento de un individuo poco común del Medioevo (Menocchio), el autor es capaz de reconstruir muchos de los rasgos centrales de esa época. El principio en funcionamiento es claro: la singularidad, dice el autor, tiene límites precisos. También un caso límite "puede ser representativo: tanto en sentido negativo —porque ayuda a precisar qué es lo que debe entenderse en una determinada situación como estadísticamente más frecuente—, como en sentido positivo al permitir circunscribir las posibilidades latentes..." de la cultura popular o de lo común en un grupo dado (Ginzburg, 1994:18). Esta es una estrategia analítica que si bien hasta ahora ha sido poco utilizada en el

campo de las ciencias sociales aplicadas a la salud, también permitiría hacer generalizaciones.

Problema 3. El problema de la confiabilidad (o replicabilidad)

Un tercer problema se refiere a la confiabilidad o posibilidad de replicar los hallazgos cualitativos en observaciones subsiguientes. Este problema es particularmente relevante en el terreno de la aplicación de las ciencias sociales a la salud debido a dos supuestos relacionados: la confiabilidad es una forma de asegurar la validez de los datos, y ésta es crucial para fundamentar políticas y programas de intervención concretos. La noción convencional de confiabilidad descansa en la visión positivista del conocimiento, que presupone que la realidad se encuentra "más allá" de cualquier individuo, y que la búsqueda sistemática de la misma por parte de diversos investigadores, o por él mismo en diversos momentos, debe dar siempre los mismos resultados. A esta postura se ha opuesto la corriente del constructivismo social, que postula que la realidad que podemos conocer es solo aquella que podemos construir. Al mirar el problema desde esta perspectiva, es posible cuestionar el supuesto de objetividad en el que se monta el criterio de confiabilidad. Los métodos cuantitativos permiten replicar los hallazgos con cierta regularidad si se siguen los mismos métodos y técnicas. En el caso de los métodos cualitativos, la imposibilidad de hacer algo similar es consustancial al marco teórico mismo que les da origen: si la interpretación sociológica se da reviviendo los hechos, según la cita de Weber que se presentó antes, necesariamente se da paso a un elemento de subjetividad que no solo no es disfrazable sino que debe ser explicitado. En el caso de los métodos cuantitativos, los datos son básicamente un producto del instrumento estandarizado que se utiliza. En el caso de los métodos cualitativos, en cambio, los datos son básicamente el producto de la interpretación del investigador. En el, primer caso, la producción de datos está determinada por recursos externos al investigador; en el segundo caso, el instrumento esencial es la capacidad interpretativa (recurso interno) del investigador mismo (Taylor y Bodgan, 1996). Sin embargo, ninguno de los dos logra escapar al

carácter construido de los conocimientos, y en ninguno se está en condiciones de asegurar que el conocimiento producido es, esencialmente, producto de un contacto "exitoso" con "la realidad". La confiabilidad, entonces, no debe verse como un criterio de verdad del conocimiento, sino como un efecto del método científico que se utiliza.

En consecuencia, se puede no solo admitir, sino también explicar, por qué la confiabilidad no es posible dentro de los métodos cualitativos a la manera de los abordajes cuantitativos. Geertz (1989) habla de la necesidad de aceptar que los fenómenos culturales son cognoscibles solo mediante actos de interpretación que varían de uno a otro, como en el caso de una obra musical. Este ejemplo, sin embargo, es imperfecto, porque si bien es verdad que las partituras admiten alguna variación en su interpretación, también lo es que todas ellas se basan en una codificación externa de la obra, en un documento escrito, interpretable solo bajo ciertas reglas y procedimientos específicos. ¿Existe algo similar para el caso de los estudios en profundidad y las etnografías? La respuesta es, sencillamente, negativa.

Si esta es una realidad con la que debemos convivir, por lo menos debería ser posible formalizar ciertos estándares de evaluación que nos permitan distinguir, con un amplio grado de consenso, una buena etnografía de una que no lo es; y una buena interpretación analítica —pertinente y con gran poder explicativo— de una que no lo es. Esto ocurre porque pese a su enorme componente intuitivo, la investigación cualitativa debe mantenerse más próxima al ámbito de la actividad que llamamos ciencia que al de la poesía, más próxima a la sociología científica que a la sociología espontánea.

En realidad, una buena parte de la literatura contemporánea sobre la pertinencia de la investigación cualitativa tiene relación directa con sus formas y criterios de evaluación. No deja de llamar la atención, sin embargo, la dificultad que reportan los diversos autores para formalizar esos criterios. Uno de los mayores obstáculos para lograr lo anterior deriva de la diversidad misma de perspectivas teóricas que nutren la investigación cualitativa, cada una de las cuales puede proponer criterios congruentes con sus propios postulados (Koch, 1996). En principio, hay por lo menos dos criterios cuya existencia se presume indispensable en todo estudio cualitativo de calidad: el primero, una

interpretación del sentido subjetivo de los actores; y el segundo, una descripción de su contexto social (Rogers y cols., 1996). Pero, ¿cómo evaluar el "rigor" o la credibilidad con que esta reconstrucción ha sido hecha por el investigador? Es interesante señalar que las propuestas de solución a este problema tampoco pueden escapar al carácter interpretativo del conocimiento que se busca evaluar: para algunos autores, puede presumirse la existencia de rigor en el desarrollo de una etnografía si los lectores especializados "reconocen" o se identifican con los hallazgos reportados (Guba y Lincon, 1989), o si aprenden en ella las reglas básicas para funcionar adecuadamente en el contexto social que se describe (Mays y Pope, 1995); otros, en cambio, enfatizan la necesidad de explicitar el proceso de construcción de la interpretación que se presenta: se presume rigor si los lectores son capaces de valorar (o "auditar") los eventos y los actos del investigador que resultaron relevantes en el proceso de producción del reporte en cuestión (Koch, 1994; Altheide y Johnson, 1994).

En síntesis, el problema de la confiabilidad de la investigación cualitativa no puede ser tratado en los mismos términos que la investigación cuantitativa. Ante la imposibilidad de replicar los hallazgos de este tipo de investigación, es necesario trasladar el tema al problema de su "evaluación": ¿cómo sabemos que un estudio cualitativo es bueno o no? Hemos visto que las alternativas de respuestas a esta pregunta tienden más a enfatizar que a resolver el problema de la subjetividad y la consecuente irreplicabilidad del conocimiento cualitativo. Se trata de un problema que exige una permanente reflexión y que debe procurar soluciones en un terreno igualmente distante de la rigidez positivista y del relativismo sin fin del postmodernismo contemporáneo.

Problema 4. Las posibilidades de la integración

La cuestión del poder presente en el acto mismo de generación de la información, las posibilidades y los límites de la generalización de los datos, y la confiabilidad y evaluación de la calidad de una investigación cualitativa, son tres problemas inherentes al uso de métodos cualitativos y al esfuerzo de combinarlos con los métodos cuantitativos.

La decisión de combinar o no estos métodos, y la manera de hacerlo dependen en última instancia del objeto mismo de estudio, así como de las condiciones materiales en que se realiza la investigación. De ello dependerá que a veces la integración metodológica sea deseable, y que a veces, en cambio, convenga más defender un "sectarismo" epistemológico. De ahí que no existan fórmulas ni recetas que indiquen mecánicamente cuándo y cómo proceder con la integración metodológica. En un artículo que ya hemos citado (Steckler y cols., 1992) y que introduce un número especial de la revista *Health Education Quarterly*, los autores hacen referencia a un intento frustrado: comisionaron a varios investigadores que pretendían "integrar" métodos y les pidieron presentar sus trabajos para que sirvieran como ejemplo de lo que "se hace bien" en este campo. La conclusión a la que llegan los autores es que los trabajos no logran su cometido y se convierten en modelos de una yuxtaposición superficial de las herramientas más simples, tanto de los métodos cuantitativos como de los cualitativos. Los mismos autores de esa introducción ofrecen ahí una propuesta de "modelos de integración" que también resulta discutible.

Otras propuestas de integración que existen en la literatura tienden a enfatizar la posibilidad de "complementación" de ambos abordajes (Pope y Mays, 1995; Holman, 1993); aunque, en general, no se hace una discusión crítica de esas posibilidades y las propuestas suelen desembocar en la alternativa de la simple yuxtaposición de métodos. Un análisis sugerente sobre esta problemática es el desarrollado por Bericat (1998), que propone una clasificación de formas de combinar métodos cualitativos y cuantitativos, en función de la jerarquía que se establece entre ambas metodologías. No iríamos muy lejos tratando de desarrollar una nueva clasificación en esta materia. En lugar de ello, conviene aquí mostrar dos ejemplos concretos de nuestro trabajo de investigación con estrategias de integración que ilustran diferentes problemas.

En primer lugar, la investigación sobre las concepciones populares de salud, enfermedad y reproducción, suele partir de una exploración cualitativa encaminada a identificar las principales nociones y creencias que existen sobre estos temas, para luego alimentar el diseño de encuestas que buscan generar correlaciones entre dichas creencias

y ciertas variables socioeconómicas y/o ciertas prácticas en salud. Los estudios de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP), tan en boga hace algunos años, respondían a esta lógica. En una investigación que realizamos en una comunidad rural del centro de México (Castro, 2000) la integración de métodos cualitativos y cuantitativos procedió a la inversa. Mediante un censo general de población pudimos caracterizar sociodemográficamente a la localidad y construir una clasificación tipológica de los habitantes a partir de variables socialmente relevantes para cada sexo, en función de nuestro objeto de estudio. En el caso de las mujeres, la clasificación se basó en la paridad, el estado civil y la edad al primer parto, e incluyó ocho opciones posibles. En el caso de los hombres, la clasificación se basó en la escolaridad y la ocupación, e incluyó nueve opciones posibles. A su vez, esta tipología sirvió de base para orientar nuestra decisión de entrevistar en profundidad a no más de tres informantes por cada tipo, bajo el supuesto de que lo que interesaba era determinar no la representatividad estadística, sino la tipológica de la información así generada. Por su parte, la investigación cualitativa procedió con un nivel de profundidad tal que nos fue posible presumir la validez externa de los hallazgos a partir de la tercera estrategia de generalización señalada más arriba, es decir, mediante la identificación de los supuestos en los que descansa el discurso de los entrevistados, que a su vez reflejan la "normalidad" que cada uno de ellos indexa en su narrativa (Castro y Eroza, 1998). En este caso, el uso de métodos cuantitativos permitió contextualizar un fenómeno que sólo es interpretable en términos cualitativos —los significados asociados a la salud y la reproducción—, y la integración de ambos tipos de métodos estuvo al servicio de la construcción propiamente sociológica del objeto de estudio: analizar los determinantes sociales macro y micro en la producción de la experiencia subjetiva de la salud y los padecimientos.

En segundo lugar, una investigación sobre la violencia de pareja que sufren las mujeres embarazadas nos llevó a preguntarnos si dicha violencia es mayor durante el embarazo en comparación con la que sufren las mujeres en el año inmediato anterior al embarazo (Castro, 2004). La idea era no sólo explorar los determinantes socioeconómicos de la violencia en ambos períodos, sino también comparar la preva-

lencia y el grado de severidad con que se presentan. Se trataba a todas luces de un objeto de investigación que exigía un abordaje cuantitativo, basado en la técnica de la encuesta, con un cuestionario de respuestas cerradas, y un análisis estadístico de los datos. Éste constituyó el aspecto central de nuestra investigación. Sin embargo, sabíamos que estábamos frente a un problema con múltiples dimensiones simbólicas, frente al cual las mujeres necesariamente despliegan su capacidad de interpretar y atribuir significado a su experiencia, con el fin de dar respuesta, así sea temporal, a cuestiones tales como la causa de la violencia que sufren, los motivos de sus agresores, la diferencia entre violencia mínima o moderada y violencia severa, las posibles soluciones a su problemática, las consecuencias de la violencia, y otras. Decidimos entonces identificar a las mujeres que de acuerdo a la encuesta que se aplicó sufrieron los niveles más severos de violencia durante embarazo, y volvimos a ellas para invitarlas a concedernos una entrevista abierta. Entonces pudimos prescindir del formalismo que impone la técnica de la encuesta, y explorar en profundidad la experiencia de estas mujeres en particular. Constatamos, así, que la violencia en el embarazo suele presentarse como culminación de una larga trayectoria de violencia que se inicia, muchas veces, desde las etapas tempranas de la infancia, y formulamos, en consecuencia, el concepto de *trayectorias de contra-empoderamiento*. Con este concepto pudimos dar cuenta de los patrones de interacción social que reproducen y perpetúan la desigualdad de poder en que están situadas muchas mujeres, mediante los cuales se minan sistemáticamente sus esfuerzos por alcanzar mayores niveles de autonomía, independencia y control sobre sus vidas. En este caso, el uso de métodos cualitativos estuvo al servicio de los métodos cuantitativos, pues sirvió para profundizar en el conocimiento y en la interpretación de lo que revelaban las estadísticas que generamos.

Conclusión

El debate entre los abordajes cualitativos y cuantitativos no es un desarrollo novedoso ni exclusivo del campo de las ciencias sociales aplicadas a la salud. En consecuencia, para apreciar mejor sus alcances

e implicaciones es necesario vincularlo con la discusión más general que tiene lugar en la teoría social.

En la actualidad, los científicos sociales en salud que utilizan abordajes cualitativos enfrentan problemas epistemológicos y metodológicos que tienen que ver con el papel del poder y la ética en la generación de los datos, la dificultad de la validez externa, la cuestión de la replicabilidad y evaluación de la investigación cualitativa, y el problema de las alternativas de integración entre métodos cualitativos y cuantitativos. No es posible ofrecer una solución definitiva a todas estas cuestiones; pero ciertamente es impostergable una reflexión sistemática acerca de ellas, que parta del objeto de estudio que nos compete —la salud—, pero que se nutra del cuerpo teórico más general de las ciencias sociales.

La interrelación entre los métodos cualitativos y los cuantitativos no admite soluciones unívocas, sino que depende de dos factores cuando menos: el momento que al investigador le interesa privilegiar (generación de teoría o transformación de la realidad) y el tema que se elige. Como se ha acreditado en este capítulo, existen variadas formas de integrar ambos abordajes. Esas formas conducen por diferentes caminos, producen distintos resultados y tienen implicaciones diversas.

Pero en última instancia, es fundamental tener presente siempre que la elección del tipo de investigación (cualitativa o cuantitativa), así como la decisión de combinar o no ambas perspectivas en un mismo proyecto, depende enteramente del tipo de objeto de estudio que tengamos entre manos. Y este último es función tanto del problema que queremos estudiar, como del marco teórico desde el cuál elijamos conceptualizarlo. A lo largo de este libro hemos mostrado parte de la riqueza analítica de las ciencias sociales, así como el alto grado de esclarecimiento que se puede alcanzar utilizando adecuadamente su rico acervo teórico-metodológico. Pero este libro no puede ser sino apenas una introducción a esta forma de estudiar el mundo. Su principal cometido se verá ampliamente cumplido si tras su lectura, el estudiante de medicina social o de salud pública decide continuar formándose en teoría social y metodología, o si el estudiante de ciencias sociales decide seguir explorando a la salud y los padecimientos como un objeto de estudio válido y relevante.

Referencias

Agoff C., Herrera, C. y Castro, R. "The weakness of family ties and their perpetuating effects on gender violence: a qualitative study in Mexico". *Violence against women* 13(11) (2007. 1206-1220)

Aguirre-Beltrán G. *Medicina y magia. El proceso de aculturación en la estructura colonial*. México. Instituto Nacional Indigenista (1963).

Aguirre-Beltrán G. *Antropología Médica*. México. CIESAS (1986).

Alexander JC. "The antinomies of classical thought: Marx and Durkheim". *Theoretical logic in sociology*. Berkeley. University of California Press 2(1982).

Alexander JC. "The classical attempt at theoretical synthesis: Max Weber". *Theoretical logic in sociology*. Berkeley. University of California Press 3(1983).

Alexander JC. *Las teorías sociológicas desde la segunda Guerra mundial. Análisis multidimiensional*. Barcelona. Gedisa editorial (1992).

Almada I. "Las ciencias sociales en salud en México". *Ciencias Sociales y Salud en América Latina*. Montevideo. Organización Panamericana de la Salud 142 (1986. 133-142).

Almada I. "Siete tesis equivocadas sobre salud y sociedad". *Cuadernos Médico-Sociales* 52 (1990. 15-25).

Altheide DL. y Johnson JM. "Criteria for assessing interpretive validity in qualitative research", en: Denzin NK y Lincon YS (Eds.) *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks. Sage (1994).

Alves P.C. "A experiencia da enfermedades. consideracoes teóricas". *Cadernos de Saúde Pública* 9(3) (1993. 263-271).

Alves P.C. "A fenomenologia e as abordagens sistémicas nos estudos socio-antropológicos da doenca. breve revisao critica". *Cadernos de Saúde Pública* 22(8) (2006. 1547-1554).

Amuchástegui A. "Dialogue and the negotiation of meaning. constructions of virginity in Mexico". *Culture. Health and Sexuality* 1(1) (1999. 79-93).

Amuchástegui A. *Virginidad e iniciación sexual en México. Experiencias y significados*. México. Edamex. The Population Council (2001).

Amuchástegui A. "Condiciones de posibilidad para el ejercicio del derecho al aborto: discursos sociales, leyes y relaciones sexuales". *Desacatos* 17(2005. 77-82).

Amuchástegui A., y Rivas, M. "Los procesos de apropiación subjetiva de los derechos sexuales: notas para la discusión". *Estudios Demográficos y Urbanos* 19(3) (2004. 543-597).

Anderson WT. y Helm. D.T. "El encuentro medico-paciente: un proceso de negociación de la realidad". En Jaco. E.G.(ed). *Pacientes, Médicos y Enfermedades*. México. Instituto Mexicano del Seguro Social (1982. 427-446).

Arias R y Rodríguez M "'A puro valor mexicano'. Connotaciones del uso del condón en hombres de clase media de la Ciudad de México". En: Lerner S. (ed). *Varones. sexualidad y reproducción*. México. El Colegio de México (1998. 319-340).

Armstrong D. "The invention of infant mortality". *Sociology of health and illness* 8 (3) (1986. 211-232).

Aronowitz R.A. "Lyme disease: the social construction of a new disease and its social consequences". *The Milbank Quarterly* 69(1) (1991. 79-112).

Aronson J. y Marshall VW. "Patients awaiting discharge from hospital". En: Victor W. Marshall (ed.). *Aging in Canada*. Toronto. Fitzhenry and Whiteside (1987. 538-549).

Atkinson P. *Medical talk and medical work*. London. Sage Publications (1995).

Augé M. y Herzlich. C. *The meaning of health and illness*. Luxembourg. Hardwood Academic Publishers (1995).

Banco Mundial. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud*. Washington. Banco Mundial (1993).

Badgley R. "Ciencias de la conducta y enseñanza médica en América Latina". *La Fundación Milbank Memorial* XLIV (2) (1966).

Baldus B. "Positivism's twilight?". *Canadian Journal of Sociology*, 15(2) (1990.149-163).

Becker HS. "Problems of inference and proof in participant observation", *American Sociological Review*, 23(6) (1958. 652-660).

Becker HS. *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. New York. The Free Press (1963).

Becker HS., Geer Hughes B., Everett C. y Strauss Anselm L. *Boys in white. Student culture in medical school*. Chicago. The University of Chicago Press (1961).

Bedregal X. Saucedo I y Ríquer F. *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*. México. Ediciones CICAM (1991).

Benach J. Muntaner. C. and Santana. V. (Chairs). Employment Conditions and Health Inequalities. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Geneva. Universitat Pompeu Fabra. University of Toronto. University of Bahía (2007) (http.//www.who.int/social_determinants/resources/articles/emconet_who_report.pdf)

Bendiz R. y Lipset. S.M. *Clase, status y poder*. Madrid. Ediciones Euramérica, S.A (1972).

Berger P. y Luckmann. T. *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires. Amorrortu (1986).

Berger P. y Luckmann T. *The social construction of reality. a treatise in the sociology of knowledge*. New York. Anchor books (1966).

Bericat, E. *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. Significado y Medida*. Barcelona. Ariel Sociología (1998).

Berlin I. *Contra la corriente. Ensayos sobre historia de las ideas*. México. Fondo de Cultura Económica (1983).

Blanco J. López O. Rivera JA. Rueda F. "Una aproximación a la calidad de vida. Límites conceptuales y metodológicos". *Est. Antrop. Biol*. 8 (1997. 433-448).

Blane David. "An assessment of the Black Report´s 'explanations of health inequalities'". *Sociology of health and illness* 7(3) (1985. 423-445).

Blejer K. *Clase y estratificación*. México. Editorial Edicol (1977).
Bendiz R. y Lipset. S.M. *Clase, status y poder*. Madrid. Ediciones Euramérica, S.A (1972).
Blumer H. *El interaccionismo simbólico. Perspectiva y método*. Barcelona. Hora. S.A. (1982).
Boltvinik J. Santos-Burgoa C. Almada-Bay I. Mendoza R. Chávez AM. *Necesidades esenciales en México. Salud*. México. Coplamar-Siglo XXI (1983).
Bosk Charles L. "Professional responsibility and medical error". En. Harding S. and O'Barr. J.F. (eds.). *Applications of social science to clinical medicine and health policy*. Chicago. The University of Chicago Press (1986. 460-477).
Bos Charles L. *Forgive and remember. Managing medical failure*. Chicago. The University of Chicago Press (1979).
Bourdieu P. *The State Nobility*. Standford. CA. Stanford University Press (1989).
Bourdieu P. *El sentido práctico*. Madrid. Taurus (1991).
Bourdieu P. *Cosas dichas*. Barcelona. Gedisa (1996).
Bourdieu P. *Meditaciones pascalianas*. Barcelona. Anagrama (1999).
Bourdieu, P. *Cuestiones de sociología*. Madrid. Akal (2000).
Bourdieu P. y Wacquant L. *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires. Siglo XXI (2005).
Bourdieu P. *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona. Anagrama (2003).
Bransen E. "Has menstruation been medicalized? Or will it never happen…" *Sociology of health and illness* 14(1) (1992. 98-110).
Briceño-León, R., de Souza MInayo, MC., y Coimbra, CEA. (coords.). *Salud y equidad: una mirada desde las ciencias sociales*. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz (2000).
Bronfman M. "Infant mortality and crisis in Mexico". *International Journal of Health Services* 22 (1) (1992. 157-167).
Bronfman M. *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y mortalidad infantil*. Cuernavaca. CRIM/UNAM (2000).
Bronfman M., Castro R. "Discurso y Práctica de la Planificación Familiar en América Latina". *Saúde em Debate* (Revista do Cen-

tro Brasileiro de Estudos de Saúde-CEBES). Londrina. Paraná. 25(1989. 61-68).

Bronfman M y Castro R (eds.). *Salud. cambio social y política, perspectivas desde América Latina*. México. EDAMEX (1999).

Bronfman M., Castro R., Zúñiga E. Miranda C., Oviedo J. "Del 'cuánto' al 'por qué', la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios". *Salud Pública de México* 39 (5) (1997. 442-450).

Bronfman M., Castro R., Zúñiga E., Miranda C., Oviedo J. "'Hacemos lo que podemos'. los prestadores de servicios frente al problema de la utilización". *Salud Pública de México* 39(6) (1997.546-553).

Bronfman M., Castro V., Guiscafré H,. Castro R y Gutiérrez G. "La medición de la desigualdad, una estrategia metodológica. Análisis de las características socioeconómicas de la muestra". *Archivos de Investigación Médica* 19 (4) (1998. 351-360).

Bronfman M y Gómez-Dantés H. "La condición de la mujer y la salud infantil.". en JG Figueroa (ed.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México. El Colegio de México (1998. 89-125)

Bronfman M., Langer A y Trostle J. (eds). *De la investigación en salud a la política. la difícil traducción*. México. INSP, Manual Moderno (2000).

Bronfman M., Leyva R y Negroni M. Mobile. "Population and HIV/AIDS in Central America and Mexico, research for action". *AIDS* (2002. en prensa).

Bronfman M. Lombardi C. Victora CG. "Operacionalizacao do conceito de classe social em estudos epidemiológicos". Revista de Saúde Pública 22(4) (1988. 253-265).

Bronfman M y Minello N. "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos de América. Prácticas de riesgo para la infección por VIH". En: M Bronfman. A Amuchástegui. RM Martina. N Minello. M Rivas y G Rodríguez. *SIDA en México: Migración, adolescencia y género*. México. Información Profesional Especializada (1995. 3-89).

Bronfman M, Tuirán Rodolfo. "La desigualdad social ante la muerte. Clases sociales y mortalidad en la niñez". *Cuadernos Médico Sociales* 29(53) (1983. 53-75).

Bronfman M, Tuirán Rodolfo y López. Elsa . "La desigualdad social ante la muerte. Clases sociales y mortalidad en la niñez". En *Memorias del Congreso Latinoamericano de Población y Desarrollo*. México. UNAM-PISPAL (1983. 187-219).

Burawoy M. "Introduction". En: Burawoy M y cols., *Ethnography unbound. Power and resistance in the modern metropolis*. Berkeley. University of California Press (1991).

Bury MR. "Chronic illness as biographical disruption", *Sociology of health and illness* 7(1) (1982. 55-75).

Bury MR. "Social constructionism and the development of medical sociology". *Sociology of Health and illness* 8(2) (1986. 137-169).

Bury MR. "Social Constructionism and Medical Sociology. A Rejoinder to Nicolson and McLaughlin". *Sociology of Health and Illness* 9(4) (1987.439-441).

Caelli K. "The changing face of phenomenological research, traditional and American phenomenology in Nursing". *Qualitative Health Research* 10(3) (2000. 366-377).

Cáceres, C., Cueto, M., Ramos, M., y Ballenas, S. (coords). *La salud como derecho ciudadano. Perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima. Universidad Peruana Cayetano Heredia (2003).

Campbell D. y Stanley J. *Diseños experimentales y cuasiexperimentales en la investigación social*, Buenos Aires, Amorrortu editores (1982).

Campero *et al*. " 'Alone I wouldn't have known what to do'. A qualitative study on social support during childbirth in Mexico". *Social science and medicine* 47 (3) (1998. 395-403)

Campero L., Díaz C., Ortíz O. ,García C.,Reynoso S y Langer A. "Apoyo psicosocial durante el parto, experiencias y percepciones de las madres". En: Stern C. y Echárri C. (Comps.) *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México. El Colegio de México (2000. 263-300).

Campero L., Hernández B., Osborne J., Morales S., Ludlow T., Muñoz Ch. "Support from a prenatal instructor during childbirth is associated with reduced rates of Caesarean section in a Mexican study." *Journal of Midwifery and Women's Health*. 2004; 20(4):312-323

Campos R. (ed.) *La Antropología Médica en México*. México. Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana (1992).

Cardaci D. "Nuevos entramados: familia, salud y organizaciones de mujeres". en JG Figueroa (ed.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México. El Colegio de México (1998. 243-265)

Cárdenas R. "La práctica de la cesárea en las áreas urbanas de México".en Stern C. y Echárri C. (Comps.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México. El Colegio de México (2000. 301-328).

Casas L. C. Dides y P. Isla. *Confidencialidad de la información y consentimiento informado en salud sexual y reproductiva*. Santiago de Chile. CORSAPS (2002).

Cassel J. "The contribution of the social environment to host resistance, the Fourth Wade Hamptom Frost Lecture". *American Journal of Epidemiology* 104(2) (1976. 107-123).

Castro R. "The subjective experience of health and illness in Ocuituco, a case study". *Social Science and Medicine* 41 (7) (1999. 1005-1021).

Castro R. "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo" en I Szasz y S Lerner (coords.). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México. El Colegio de México (1996. 57-85).

Castro R. La vida en la adversidad. *El significado de la salud y la enfermedad en la pobreza*. Cuernavaca. CRIM. (2000).

Castro R. *Violencia contra mujeres embarazadas. Tres estudios sociológicos*. Cuernavaca. CRIM-UNAM (2004).

Castro R. "Prólogo: La calidad de la atención como epifenómeno de la estructura del campo médico". en. Castro Vásquez. Ma. Del Carmen. *De pacientes a exigentes. Un estudio sociológico sobre la calidad de la atención: derechos y ciudadanía en salud*. Hermosillo. El Colegio de Sonora (2008. 17-24).

Castro R. y Agoff, C. "El carácter social de la indignación y la impotencia frente a la violencia de género". En: R. Castro e I. Casique (eds.). *Estudios sobre cultura, género y violencia contra las mujeres*. Cuernavaca. CRIM-UNAM (2008.19-39).

Castro R. y Erviti, J. "Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico". *Health and Human Rights* 7(1) (2003. 90-110).

Castro R. y Eroza E. "Research notes on social order and subjetivity: individuals' experience of susto and fallen fontanelle in a rural

community in central Mexico". *Culture, Medicine and Psychiatry* 22(2) (1998. 203-230).

Castro R. y Riquer F. "La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos". *Cadernos de Saúde Pública* (2002. en prensa).

Castro MC. y Salazar G. *Elementos socioculturales en la prevención del cáncer cérvicouterino. Un estudio en Hermosillo. Sonora*. Hermosillo. El Colegio de Sonora (2001).

Castro R. y Bronfman M. "Teoría feminista y sociología médica, bases para una discusión". *Cadernos de Saúde Pública* 9 (3) (1993. 375-394).

Castro R. y Bronfman M. "Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud" en M Bronfman y R Castro (coords.). *Salud. Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*. México. EDAMEX (1999. 49-64).

Castro R. Bronfman M. y Loya M. "Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad. el caso de Ocuituco". *Estudios Sociológicos* 9(27) (1991. 583-606).

Castro R. Campero L. y Hernández B. "La investigación sobre apoyo social en salud, situación actual y nuevos desafíos". *Revista de Saúde Pública* 31(4) (1997. 425-35).

Castro R. Campero L. Hernández L y Langer A. "A study on maternal mortality in Mexico through a qualitative approach". *Journal of Women's Healh and Gender-Based Medicine* 9 (6) (2000. 679-690).

Castro R y Eroza E. "Research notes on social order and subjectivity 'individuals' experience of susto and fallen fontanelle in Central Mexico". *Culture, Medicine and Psychiatry* 22 (2) (1998. 203-230).

Castro R. Eroza E. Orozco E. Hernández JJ. y Aggleton P. "Family responses to HIV/AIDS in Mexico". *Social Science and Medicine* 47 (10) (1998. 1473-1484).

Castro R. y Erviti J. "Las redes sociales en la experiencia del aborto. El caso de las mujeres de Cuernavaca (México)". Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* (2002. en prensa)

Castro R. y Erviti J. "La violación de derechos reproductivos durante la atención institucional del parto: un estudio introductorio". En: B.

Rico. M.P. López y G. Espinoza (coords.). *Hacia una política de salud con enfoque de género*. México. SSA-UNIFEM (2002. 245-263).

Castro R. y Erviti E. "Violation of reproductive rights during hospital births in Mexico". *Health and Human Rights*. 7(2003. 90-110).

Castro R. y Erviti J "El DIU y la obtención del "consentimiento informado" bajo presión. Hallazgos de una investigación sobre violación de derechos reproductivos en México". Lima. Ponencia presentada en el *IX Congreso latinoamericano de medicina social, salud: un derecho a conquistar* (2004).

Castro R., Garcia L. ,Ruiz A y Peek-Asa C. "Developing an index to measure violence against women for comparative studies between Mexico and the United States". *Journal of Family Violence* (2002. en prensa).

Castro R., Orozco E. Eroza E. Manca MC. Hernández JJ. y Aggleton. "PAIDS-related illness trajectories in Mexico: results from a qualitative study in two marginalized communities". *AIDS Care. Psychological y Socio-medical aspects of AIDS/HIV* 10 (4) (1998. 583-598).

Castro R., Peek-Asa C. Ruiz A. "Violence against women in Mexico: a study of abuse before and during pregnancy". *American Journal of Public Health* (2002. en prensa).

Charmaz K." The social construction of self-pity in the chronically ill". *Studies in symbolic interaction* 3(1980. 123-145).

Charmaz K. "Loss of self. a fundamental form of suffering for the chronically ill". *Sociology of health and illness* 5(2) (1983. 168-195).

Charmaz K. "Discovering chronic illness. using grounded theory". *Social Science and Medicine* 30(11) (1990. 1161-1172).

Churchman CW. "Why measure?" en: Franklin BJ y Osborne HW (Eds.), *Research Methods: issues and insights*. Belmont, CA. Wodsworth Publishing Company, Inc. (1971).

Cicourel A. *El método y la medida en sociología?* Madrid. Editora Nacional (1982).

Cicourel A. "Text and discourse". *Annual Review of Anthropology* 14 (1985. 159-185).

Cicourel A."The interpenetration of communicative contexts. examples from medical encounters". *Social Psychology Quarterly* 50(2) (1987a. 217-226).

Cicourel A. "Cognitive and organizational aspects of medical diagnostic reasoning". *Discourse Processes* 10 (4) (1987b. 347-367).

CLADEM. *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima. CRLP-CLADEM (1998).

CLADEM. *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*. Lima. CLADEM (1999).

Clifford J. "Partial truths", en: Clifford J y Marcus GE. *Writing culture. The poetics and politics of Ethnography*. Berkeley. University of California Press (1986).

Cobb Sidney. "Social support as a moderador of life stress". *Psychosomatic medicine* 38(5) (1976. 300-314).

Coburn D. "Work and general psychological and physical well-being". *International Journal of Health Services* 8(3) (1978. 415-435).

Coburn D. "Job alienation and well-being". *International Journal of Health Services* 9(1) (1979. 41-59).

Coburn D. "Medical vs. Class Domination. Implications for Canada". Paper presented at the *C.S.A.A. Annual Meeting*. Vancouver (1983).

Collins R. *Cuatro tradiciones sociológicas*. México. Universidad Autónoma Metropolitana (1996).

CONAPO. *Encuesta Nacional de Planificación Familiar* (1995).

Conrad P. "The discovery of hyperkinesis. Notes on the Medicalization of deviant behavior". *Social problems* 23 (1) (1975. 12-21).

Cook R J., Dickens B M. y Fathalla M F. *Reproductive health and human rights. Integrating medicine, ethics and law*. New York. Oxford University Press (2003).

Cooley ChH. *Human nature and the social order*. New York. Schoken Books. (1967).

Cornwell J. *Hard-earned lives*. London. Tavistock publications (1984).

Coulon, A. *La etnometodología*. Madrid. Cátedra (1988).

Crotty M. *Phenomenology and nursing research*. Melbourne. Churchill Livingstone (1996).

Davies F. "Professional Socialization as Subjective Experience. The Process of Doctrinal Conversion Among Students Nurses". En: Howard S. Becker (ed.) *Institutions and the Person*. Chicago. Aldine (1968. 235-251).

Davies F. *Illness, interaction and the self*. Belmont. CA. Wadsworth Publishing Company. Inc. (1972).

Deegan MJ y Hill M (eds). *Women and symbolic interaction*. Boston. Allen y Unwin Inc. (1987).

Denman C. "Salud y maquila, acotaciones del campo de investigación en vista de las contribuciones recientes". *Relaciones* 74 (19) (1998. 75-100).

Denman C. *Prácticas de atención al embarazo de madres trabajadoras de una maquiladora en Nogales. Sonora. México*. Tesis de doctorado. México. El Colegio de Michoacán (2001).

Denman C., Balcázar H. y Lara F. "Factors associated with work-related accidents and sickness of maquiladora workers, the case of Nogales, Sonora". Mexico. *International Journal of Health Services* 25 (3) (1995. 489-502).

Denzin NK. *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. Englewood Cliffs, NJ. Prentice-Hall. (1989).

Derber Ch. *The pursuit of attention. Power and individualism in everyday life*. Oxford. Oxford University Press (1979).

DHSS *Inequalities in health. Report of a research working Group*. London. Department of Health (1980).

Diario Oficial de la Federación. *Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico* (3 de Junio de 1996).

Diaz-Olavarrieta C., Sotelo J. "Domestic violence in Mexico". *JAMA* 275 (24) (1997. 1937-41).

Donabedian A. *Los espacios de la salud, aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México. Fondo de Cultura Económica (1988).

Dubos R. *El espejismo de la salud. Utopías, progreso y cambio biológico*. México. Fondo de Cultura Económica (1975).

Durkheim E. *Las reglas del método sociológico*. Buenos Aires. La Pléyade (1978).

Eibenschutz C. "¿Qué tan moderna es la salud pública moderna?". *Nexos* 123(1988a. 74-75).

Eibenschutz C. "¿Dónde está la polémica?". *Nexos* 126(1988b. 78-79).

Elu MC. *La luz enterrada, estudio antropológico sobre la mortalidad materna en Tlaxcala*. México. FCE (1993).

Elu. MC. y Langer A (eds.) *Maternidad sin riesgos en México*. México. IMES y Comité Promotor de la Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos en México (1994).

Eroza E. "Las crisis convulsivas entre los tzoltziles y los tzeltales. Del don sagrado al estigma". *Desacatos* 20 (2006.77-108).

Erviti J., Castro R. y Collado A. "Strategies used by low-income Mexican Women to deal with miscarriage and 'spontaneous' abortion". *Qualitative Health Research* 14(8) (2004. 1058-1076).

Erviti J. Castro R. y Sosa I. "Las luchas clasificatorias en torno al aborto, el caso de los médicos en hospitales públicos de México". *Estudios Sociológicos* 24(72) (2006. 637-665).

Erviti J. Sosa I. y Castro R. "El respeto a los derechos reproductivos en las políticas de salud reproductiva. La construcción profesional de los derechos reproductivos". Ponencia presentada en el *XII Congreso de Investigación en Salud Pública*. Cuernavaca. Instituto Nacional de Salud Pública (2007).

Erviti J., Sosa I., y Castro, R. "Social origin of contraceptive councelling practices by male doctors in Mexico". *Qualitative Health Research* 20(6). (2010. 778-787).

Evangelista A. Tuñón E. Rojas M. Limón F. "Derechos sexuales y reproductivos entre mujeres jóvenes de una comunidad rural de Chiapas". *Revista Mexicana de Sociología* 63(2) (2001. 139-165).

Fajardo-Dolci. GE., Hernández-Torres. F., Santacruz-Valera. J., Hernández-Avila. M., Kuri-Morales. P. y Gómez-Bernal. E. "Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. 1996-2007". *Salud Pública de México* 51(2) (2009. 119-125).

Freyermuth G. *Las mujeres de humo. Morir en Chenalhó. Género, etnia y gerenación, factores constitutivos del riesgo durante la maternidad*. México. CIESAS-Miguel Angel Porrúa (2003).

Figueroa JG. "Aproximación al estudio de los derechos reproductivos". *Reflexiones, sexualidad, salud y reproducción*. México. El Colegio de México (1995).

Figueroa JG. "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva". *Cadernos de Saúde* 15 (1) (1998. 87-96).

Figueroa JG. "Derechos reproductivos y el espacio de las instituciones de salud. algunos apuntes sobre la experiencia mexicana". In A. Ortiz-Ortega (comp). *Derechos reproductivos de las mujeres un debate sobre justicia social en México*. México. Edamex y UAM-X (1999. 147-190).

Figueroa JG y Stern C (coords.). *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas, marcos normativos y actores sociales*. México. El Colegio de México (2001)

Figueroa J.G. "Anticoncepción quirúrgica. educación y elección anticonceptiva". Trabajo presentado en la *Cuarta Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*. México (1990).

Fisher S. and Groce. S.B. "Doctor-patient negotiation of cultural assumptions". *Sociology of health and illness* 7(3) (1985. 342-374).

Foucault M. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI. México (1966).

Fragoso A. Velázquez S y Hermida J. "El contrahorizonte de la salud". *Nexos* 106(1986. 46-47).

Freidson E. *La profesión médica*. Barcelona. Taurus (1970).

Freidson E. *La profesión médica. Un estudio de sociología del conocimiento aplicado*. Barcelona. Ediciones Peninsula (1978)

Frenk J. "La estratificación social en la educación médica mexicana". *Salud Pública de México* 26 (3) (1984. 484-491).

Frenk J. "Efectos del origen social y de la socialización profesional sobre las preferencias vocacionales de los internos de medicina en México". *Educación Médica y Salud* 19 (4) (1985. 426-451).

Frenk J. *Social Origin, Professional Socialization and labor market Dynamics. The Determinants of Career Preferences among Medical Interns*

in Mexico. México. Serie Perspecivas en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud Pública (1988a).

Frenk J. "La modernización de la salud pública". *Nexos* 122 (1988b. 57-58).

Frenk J. "De la autonomía al autismo". *Nexos* 124 (1988c. 75-76).

Frenk J., Alagón J., Nigenda G., Muñoz del Río A., Robledo C., Vázquez LA., Ramírez C. "Patterns of medical employment. a survey of imbalances in urban Mexico". *American Journal of Public Health* 81 (1) (1991a. 23-29).

Frenk J y Bashshur R. "Career preferences and perceptions of the medical labor market among Mexican interns". *Social Science and Medicine* 17 (11) (1983. 693-704).

Frenk J., Bobadilla JL., Sepúlveda J y López-Cervantes M. "Health Transition in Middle-Income Countries. New Challenges for Health Care". *Health Policy and Planning* 4(1) (1989. 29-39).

Frenk J., Bobadilla JL.,Stern C. Frejka T. y Lozano R "Elements for a Theory of the Health Transition". *Health Transition Review* 1(1991b. 21-38).

Frenk J y González-Block MA. "Primary care and reform of health systems. a framework for the analysis of Latin American experiences". *Health Serv manage Res* 5 (1) (1992. 32-43).

Frenk J., Gómez-Dantés O., Cruz C., Chacón F., Hernández P y Freeman P. "Consequences of the North American Free Trade Agreement for health services, a perspective from Mexico". *American Journal of Public Health* 84 (10) (1994. 1591-1597).

Frenk J. Hernández H y Alvarez L "El mercado de trabajo médico". *Gaceta Médica de México* 116 (4) (1980. 187-195).

Gabbay JA. "attacked? Tactics for the reconstruction of a disease concept". En. Wright. Peter and Andrew Treacher (eds). *The problem of medical knowledge. examining the social construction of medicine*. Edinburgh. Edinburgh University Press (1982.23-48).

Gadamer HG. *El estado oculto de la salud*. Barcelona. Gedisa (1996).

Galante Di Pace MC. "La atención institucional del parto. contrastes culturales y calidad de los servicios". Oaxaca. *Primera Conferencia por una Maternidad sin Riesgos* (1996).

Gallagher EB. "Lines of reconstruction and extension in the parsonian sociology of illness". *Social Science and Medicine* 10(5) (1976. 207-18).

García de Alba J., Munck V., Salcedo AL., Vargas LA. y Garro T. "Consensus analysis. high blood pressure in a Mexican Barrio" en VC Munck y EJ Sobo (eds.) *Using methods in the filed. A practical introduction and casebook*. Walnut Creek. Altamira Press (1998. 197-210).

Garduño MA. y Rodríguez JC. "Salud y doble jornada, taquilleras del metro". *Salud-Problema* 20 (1990. 41-45).

Geertz C. *La interpretación de las culturas*. Madrid. Gedisa (1989).

Giddens A. Turner J. y otros. *La teoría social hoy*. México. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes y Alianza Editorial (1990).

Ginzburg C. *El queso y los gusanos*, Barcelona, Muchnik Editores (1994).

Glasser BG. y Strauss AL. *Awareness of dying*. Chicago. Aldine Pub. Co. (1965).

Glaser BG y Strauss A. *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. New York. Aldine de Gruyter (1967).

Glassner B. "Fitness and the postmodern self". *Journal of health and social behaviour* 30 (1989. 180-191).

Globalisation Knowledge Network. *Towards Health-Equitable Globalisation. Rights. Regulation and Redistribution. Final Report to the Commission on Health Determinants* (World Health Organisation). Ottawa. Institute of Population Health (2007). (http://www.who.int/social_determinants/resources/globlalization_kn_07_2007.pdf)

Goffman E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York. Doubleday y Company. Inc.

Goffman E. *Strategic Interaction*. Oxford. Blackwell (1969).

Goffman E. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu editors (1984).

Goffman E. *Estigma. Ensayos sobre la identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu editors (1986).

Goffman E. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires. Amorrortu editores (1989).

Gómez T y Forti S. "Prácticas médicas de atención a la salud reproductiva en una comunidad otomí del estado de Querétaro" en: Stern C. y Echárri C. (Comps.) *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México. El Colegio de México (2000. 67-96).

Gómez-Dantéz O. Frenk J y Cruz C. "Commerce in health services in North America within the context of the North American Free Trade Agreement". *Revista Panamericana de Salud Pública* 1 (6) (1997.460-465).

González S. (ed.). *Las mujeres y la salud*. México. El Colegio de México (1995).

González-Block MA. y Frenk J. "El horizonte de la salud". *Nexos* 100 (1986a. 59-61).

González-Block MA. y Frenk J. "El contrahorizonte del economicismo". *Nexos* 106 (1986b. 41-42).

Good BJ. *Medicina. racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Barcelona. Ediciones Bellaterra (2003).

Good MJD., Brodwin. PE., Good. BJ. y Kleinman. A. (eds). *Pain as human experience. An anthropological perspective*. Berkeley. University of California Press (1994).

Guba EG. y Lincoln YS. "Epistemological and methodological bases of naturalistic inquiry", *Educational Communication and Technology Journal*, 30 (1982. 233-252).

Gubrium JF. "The social preservation of mind, the Alzheimer's disease experience". *Symbolic interaction* 9(1) (1986. 37-51).

Gutmann MC. *Ser hombre de verdad en la Ciudad de México. Ni macho ni mandilón*. México. El Colegio de México (2000).

Habermas J. *La lógica de las ciencias sociales*. Madrid. Tecnos (1988).

Habermas J. *Conocimiento e interés*. Madrid. Taurus (1989).

Harding G. "Constructing addiction as a moral failing". *Sociology of health and illness* 8(1) (1986. 75-85).

Harrison ML. "Citizenship, consumption and rights, a comment on B. Turner's theory of citizenship". *Sociology* 25(2) (1991. 209-213).

Hempel CG. "The functions of general laws in history", en: Feigl H y Sellars W (Eds.). *Readings in Philosophical Analysis*, New York. Appleton (1949).

Henderson LJ. "Physician and patient as a social system". *The New England Journal of Medicine* 212(18) (1935. 819-823).

Hernández B., Chirinos J., Romero M y Langer A. "Estimating maternal mortality in rural areas of Mexico, the application of an indirect demographic method". *International Journal of Gynecology y Obstetrics* 46 (1994. 285-289).

Hernández H. "Historia de la participación del estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980". En F Ortíz Quezada (ed.). *Vida y muerte del mexicano*. México. Folios Ediciones (1982. 49-96).

Herrera C. *Invisible al ojo clínico. Violencia de pareja y política pública en México*. México. FLACSO-PUEG-INSP (2009).

Hersh P. *Plantas medicinales: relato de una posibilidad confiscada. El estatuto de la flora en la biomedicina mexicana*. México. Instituto Nacional de Antropología e Historia (2000).

Herzlich C. *Health and Illness. A Social Psychological Analysis*. New York. Academic Press (1973).

Hindes B. "Neo-liberal citizenship". *Citizenship studies* 6(2) (2002. 127-143).

Holman HR. "Qualitative inquiry in medical research", *Social Science and. Medicine* 46(1) (1993. 29-36).

Honig-Parnass T. "Lay concepts of the sick-role. An examination of the professional bias in Parson's model". *Social Science and Medicine* 15A (1981. 615-623).

Hughes EC. *The sociological eye. Selected papers*. New Brunswick. Transaction Publishers (1993).

Husserl E. *Las conferencias de París. Introducción a la fenomenología trascendental*. México. Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM (1988).

Ibañez J. *El regreso del sujeto. La investigación social de segundo orden*. Madrid. Siglo XXI (1994).

Instituto Mexicano del Seguro Social. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva* (1998).

Infante C. "Utilización de servicios de atención prenatal, influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda". *Salud Pública de México* 32 (4) (1990. 419-429).

Infante C. *et al*. "VIH/SIDA y rechazo a migrantes en contextos fronterizos". *Migración y Desarrollo* 3(2004. 45-53).

Inhorn MV. "Medical anthropology and epidemiology: divergences or convergences?", *Social Science and Medicine* 40(3) (1995. 285-290).

Janes CR., Stall R y Glifford SM (eds.). *Anthropology and Epidemiology*. Boston. D. Reidel Publishing Company (1986).

Janssen F. and. Kunst AE. "Cambios de codificación de la CIE y discontinuidades en las tendencias de la mortalidad por causas específicas en seis países europeos, 1950-1999". *Bulletin of the World Health Organization* 82(12) (2004. 904-913).

Jasis M. "A palabras de usuaria... ¿oídos de doctor? Una exploración sobre las necesidades de salud reproductiva de las mujeres en La Paz, Baja California" en Stern C y Echárri C. (comps.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. Mexico. El Colegio de México (2000- 97-146).

Kaplan George A. *Alameda County (California) health and ways of living study. 1974 panel*. Berkeley. CA. Human Population Laboratory, California Dept. of Health Services (1974).

Karasek R., Dean Baker, Frank Marxer, Anders Ahlbom and Tores Theorell "Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease, a prospective study of Swedish men". *American Journal of Public Health* 71(7) (1981. 694-705).

Kleinman A. *The illness narratives. Suffering. healing and the human condition*. New York. Basic Books. Inc. Publishers (1988).

Koch T. "Establishing rigour in qualitative research: the decision trial", *Journal of Advanced Nursing* 19(1994.976-986).

Koch T. "Interpretive approaches in nursing research, the influence of Husserl and Heidegger". *Journal of Advanced Nursing* 21(5) (1995. 827-836).

Koch T. "Implementation of a hermeneutic inquiry in nursing: philosophy, rigour and representation", *Journal of Advanced Nursing* 24. (1996. 174-184).

Lamas M. "La bioética: proceso social y cambio de valores". *Sociológica* 8(1993. 135-147).

Lamas M. "Movimiento feminista y discurso político, los derechos sexuales y reproductivos en la construcción de una ciudadanía

moderna". En: JG Figueroa y C Stern (coords.). *Encuentros y desencuentros en la salud reproductiva. Políticas públicas. marcos normativos y actores sociales*. México. El Colegio de México (2001. 177-194).

Langer A., Garcia C., Leis T., Reynoso S y Hernández B. "El apoyo psicosocial durante el embarazo como estrategia para promover la salud del recién nacido". *Rev Invest Clin* 45 (1993. 317-28).

Langer A. y Nigenda G (eds.). *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*. Cuernavaca. Instituto Nacional de Salud Pública 20(1995)

Langer A. y Tolbert K (eds.). *Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México*. México. The Population Council-EDAMEX (1996)

Langer A. "Planificación familiar y salud reproductiva. o planificación familiar versus salud reproductiva". En: M. Bronfman y R. Castro (coords). *Salud. cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*. México. EDAMEX (1999. 135-150).

Lara MA. y Acevedo MC. "Incorporación de la mujer al trabajo remunerado, repercusiones para su salud reproductiva". En A Langer y K. Tolbert (eds). *Mujer. sexualidad y salud reproductiva en México*. México. The Population Council y EDAMEX (1996. 119-151).

Lartigue T. y Avila H (comps). *Sexualidad y reproducción humana en México*. México. Universidad Iberoamericana y Plaza y Valdés Editores (1996).

Laurell AC. "Sociología médica, una bibliografía comentada". *Revista Mexicana de Ciencia Política* 75(1974. 105-111).

Laurell AC. "Medicina y capitalismo en México". *Cuadernos Políticos* 5(1975. 80-93).

Laurell AC. "Work and health in Mexico". *International Journal of Health Services* 9 (4) (1979. 543-568).

Laurell AC. "La salud-enfermedad como proceso social". *Revista Latinoamericana de Salud* 2(1982. 7-25).

Laurell AC. "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médico Sociales* 37 (1986. 3-18).

Laurell AC. " Social analysis of collective health in Latin America". *Social Science and Medicine* 28 (11) (1989. 1183-1191).

Laurell AC. "The Mexican Social Security counterreform, pensions for profit". *International Journal of Health Services* 29 (2) (1999.371-391).

Laurell AC. y Blanco J. "Disease and Rural Development. A sociological analysis of morbidity in two Mexican villages". *International Journal of Health Services* 7(4) (1977. 401-423).

Laurell AC., Blanco. J., Machetto. T., Palomo. J., Perez. C., Ruiz de Chavez. M.. Urbina. M.. y Velazquez. N. "Enfermedad y Desarrollo. Análisis Sociológico de la Morbilidad en dos Pueblos Mexicanos". *Revista Mexicana de Ciencias Politicas y Sociales* 76 (1976. 131-158).

Laurell AC. Franco S., Nunes E. y Breilh J. *Debates en Medicina Social*. Quito. Organización Panamericana de la Salud/ALAMES (1991).

Laurell AC. y Márquez M. *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud*. México. Editorial Era (1983).

Laurell AC. Noriega M., López O., Ríos V. "La experiencia obrera como fuente de conocimiento. Confrontación de resultados de la encuesta colectiva e individual". *Cuadernos Médico Sociales* 51(1990. 5-26).

Laurell AC. y Ortega M. "The free trade agreement and the Mexican health sector". *International Journal of Health Services* 22 (2) (19922). 331-337.

Lazcano-Ponce E., Castro R., Allen B., Nájera P., Alonso de Ruiz P y Hernández-Avila. M "Barriers to early detection of cervical-uterine cancer in Mexico". *Journal of Women's Health* 8 (3) (1999. 399-408).

Le Roy Ladurie E. *Montaillou*, Madrid. Taurus (1988)

Lemert EM. *Social pathology: a systematic approach to the theory of sociopathic behavior*. Los Angeles. McGraw-Hill (1951)

Lemert EM. "Beyond Mead, the societal reactions to deviance". *Social Problems* 21(1974. 457-468).

Lenin VI. "Una gran iniciativa". *Obras Completas*. Moscú. Editorial Progreso 2(1957).

León-Portilla M. *Bernardino de Sahagún. Pionero de la antropología*. México. UNAM–El Colegio Nacional (1999).

Lerner S. (ed). *Varones. sexualidad y reproducción*. México. El Colegio de México (1998).

Lerner S y Quesnel A. "Las transacciones institucionales y la pluralidad de trayectorias reproductivas". *Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano* 9 (3) (1994. 543-578).

Leyva R., Erviti J., Bronfman M y Gasman N. "Consumo de medicamentos en farmacias privadas: los medicamentos inseguros". en M Bronfman y R Castro (coords.). *Salud. cambio social y política. perspectivas desde América Latina*. México. EDAMEX (1999. 493-508).

Lolas, F., Florenzano, R., Gyarmati, G., y Trejo, C. *Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas*. Santiago de Chile. Editorial Universitaria (1992).

Londoño JL y Frenk J. "Structured pluralism, towards an innovative model for health system reform in Latin America". *Health Policy* 41 (1) (1997. 1-36).

López D. *La salud desigual en México*. México. Siglo XXI editores (1986).

López O. "La selectividad en la política de salud". En: AC Laurell (ed.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (1994. 33-60).

López O y Blanco J. *La modernización neoliberal en salud. México en los ochenta*. México. UAM-X (1993).

López O y Blanco J. "Las necesidades de salud y las propuestas de solución. Notas para la discusión". En: C García y H Hernández (eds.). *Mortalidad, salud y discurso demográfico*. Cuernavaca. CRIM-UNAM (1996. 79-97).

Lopez KA. y Wills. D.G. "Descriptive versus interpretive phenomenology, their contributions to nursing knowledge". *Qualitative Health Research* 14(5) (2004. 726-735).

López-Austin A. *Textos de medicina Náhuatl*. México. SEP/Setentas (1971).

López-Austin A. *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. México. UNAM (1980).

Lorber J. "Pacientes fáciles y difíciles, concordancia y divergencia en un hospital general". En. E. Gartly Jaco (comp.). *Pacientes. médi-*

cos y enfermedades. México. Instituto Mexicano del Seguro Social (1982. 335-360).

Loseke D.R. "Lived realities and the construction of social problemas, the case of wife abuse". *Symbolic interaction* 10(2) (1987. 229-243).

Lozano R. "El peso de la enfermedad en México, avances y desafíos". En: J Frenk (ed.). *Observatorio de la Salud. necesidades. servicios. políticas*. México. Fundación Mexicana para la Salud (1997. 23-61).

Lozoya X. y Zolla C. (eds). *La medicina invisible. Introducción al estudio de la medicina tradicional en México*. México. Folios Ediciones (1983).

Marshall TH. *Citizenship and social class*. Cambridge. Cambridge University Press (1950).

Martínez C. *Sobrevivir en Malinalco. La salud al margen de la medicina*. México. El Colegio de México/Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (1993).

Marx K. *Economic and philosophic manuscripts of 1844*. Moscow. Foreign Languages Publishing House (1961).

Marx K. y Engels. F. *La ideología alemana*. México. Ediciones de Cultura Popular (1978).

Matamala MI. (ed). *Calidad de la atención, género y salud reproductiva de las mujeres*. Santiago de Chile. Reproducciones América (1995).

Mays N. y Pope C. "Rigour and qualitative research", *British Medical Journal* 311 (1995. 109-112).

Mckeown T. *El papel de la medicina. Sueño, espejismo o némesis*. México. Siglo XXI (1982).

Mead GH. *Espíritu, persona y sociedad. Desde el punto de vista del conductismo social*. Barcelona. Paidós (1982).

Mejía MC. y Carega G. "Concepciones alternativas sobre sexualidad, reproducción, anticoncepción y aborto". en G Careaga. JG Figueroa y C Mejía (comps). *Ética y salud reproductiva*. México. Ed. Miguel Ángel Porrúa (1996. 349-406).

Mellado V., Zolla C., Castañeda X. *La atención al embarazo y el parto en el medio rural mexicano*. México. CIESS (1989).

Meltzer BN., Petras JW. y Reynolds LT. "Varieties of Symbolic Interactionism". En: Manis. Jerome G. y Meltzer. Bernard N. (eds). *Symbolic Interactionism. A reader in social psychology*. Toronto. Allyn and Bacon Inc. (1978. 73-121).

Menéndez E. "El modelo médico y la salud de los trabajadores". En: F Basaglia. *La salud de los trabajadores*. México. Ed. Nueva Imagen (1978. 11-53).

Menéndez E. *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México. Cuadernos de la Casa Chata 86(1983).

Menéndez E "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos". *Nueva Antropología* 6(23) (1984. 71-102).

Menéndez E. "El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos". *Desarrollo Económico* 24(96) (1985a. 593-604).

Menéndez E. "Saber 'médico' y saber 'popular'. el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización. *Estudios Sociológicos* 3(8) (1985b.263-296.)

Menéndez E. *Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México. Cuadernos de la Casa Chata-CIESAS (1990a).

Menéndez E. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México. Conaculta y Alianza editorial mexicana (1990b).

Menéndez E. "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo". *Cuadernos Médico Sociales* 59 (1992.3-18).

Menéndez E. "El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad". *Relaciones* 18 (69) (1997. 237-270).

Menéndez E. "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes". *Estudios Sociológicos* 16(46) (1998. 37-67).

Menéndez E. "Uso y desuso de conceptos: ¿dónde quedaron los olvidos?". *Alteridades* 9(17) (1999. 147-164).

Menéndez E. "De la reflexión metodológica a las prácticas de investigación". *Relaciones* 88 (22) (2001. 119-163).

Menkes C. y Suárez L. "Embarazo y sexualidad adolescente". En: F Lozano (coord). *VI reunión demográfica*. Somede-CRIM-UNAM (2002. en prensa).

Mercado FJ. *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*. México. Universidad de Guadalajara (1996).

Mercado FJ. y Robles L. *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México*. México. Universidad de Guadalajara (1998).

Merce J. *Labelling the mentally retarded*. Berkeley. University of California Press (1973).

Miliband R. *The State in Capitalist Society. An Analysis of the Western System of Power*. London. Weidenfeld and Nicolson (1969).

Miller RS. "The Social Construction and Reconstruction of Physiological Events. Acquiring the Pregnancy Identity". *Studies in symbolic interaction* 1(1978. 181-204).

Millman M. (1979). *The unkindest cut. Life in the backrooms of medicine*. New York. William Monroe y Co.

Minayo MC y Sanches 0. "Métodos cuantitativos y cualitativos: ¿oposición o complementación?". *Investigación y educación en enfermería*, XIII (1) (1995. 81-99).

Minello N. "De las sexualidades. Un intento de mirada sociológica". En: I Szasz y S Lerner (comps). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México. El Colegio de México (1998. 35-48).

Módena ME. *Madres. médicos y curanderos. Diferencia cultural e identidad ideológica*. México. Ediciones de la Casa Chata 37(1990).

Morse JM.. y Johnson. J.L. *The illness experience. Dimensions of suffering*. Newbury Park. Sage Publications (1991).

Moynihan R., Heath. I., y Henry D. "Selling sickness, the pharmaceutical industry and disease mongering". *British Medical Journal* 324 (2002. 886-891).

Nájera AG., López MB., Evangelista AA., Zurita U., Ortiz I y Aparicio B. "Maternidad. sexualidad y comportamiento reproductivo, apuntes sobre la identidad de las mujeres". En: JG Figueroa

(comp.). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México. El Colegio de México (1998. 275-305).

Nagel. E. *The structure of science*. New York. Harcourt Brace (1961).

Navarro V. *Medicine under capitalism*. New York. Prodist (1976).

Navarro V. "Work, Ideology and Science". *Social Science and Medicine* 14C (1980. 191-205).

Navarro V. "The labor process and health, a historical materialist interpretation". *International Journal of Health Services* 12 (1) (1982. 5-29).

Navarro V. "Radicalism, Marxism and Medicine". *International Journal of Health Services* 13(2) (1983. 179-202)

Navarro V. "U.S. Marxist Scholarship in the Analysis of Health and Medicine". *International Journal of Health Services* 15(4)(1985. 525-545)

Nicolson M. y McLaughlin. C "Social constructionism and medical sociology. a study of the vascular theory of multiple scleroris". *Sociology of health and illness* 10(3) (1986. 234-261).

Nicolson M. and McLaughlin Cathleen. "Social constructionism and medical sociology, a reply to M. R. Bury". *Sociology of Health and Illness* 9(2) (1987. 107-126).

Nigenda G. Frenk J. Robledo-Vera C. Vázquez LA. Ramírez C. "Los sistemas locales de salud y el mercado de trabajo médico: resultados de un estudio de preferencias de ubicación geográfica". *Educación Médica y Salud* 24 (2) (1990.115-135).

Noriega M. "Problemas teórico-metodológicos de la investigación sobre salud en el trabajo". *Salud-Problema* 17 (1989. 9-13).

Nunes, E.D. (Editor convidado). *Ciencia e Saúde Colectiva* 8(1) (2003).

Nunes, E.D., Rodríguez, M.I., y Franco, S. *Pensamiento social en salud en América Latina. Juan César García*. México. Organización Panamericana de la Salud / Mac Graw-Hill (1994).

Nuñez AE. "La percepción de la maternidad en un grupo de mujeres rurales" en: Stern C. y Echárri C. (Comps.) *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México. Colmex (2000. 235-262).

Oakley A. "Interviewing women: A contradiction in terms? En: Roberts H. *Doing feminist research*. Boston. Routledge and Kegan (1981).

Ojeda N. (coord). *Género. familia y conceptualización de la salud reproductiva en México*. México. El Colegio de la Frontera Norte (1999)

OMS (Organización Mundial de la Salud). *25 Questions and Answers on Health y Human Rights*. Health y Human Rights Publication Series. 1 (2002).

OMS (Organización Mundial de la Salud). *La salud en los objetivos del desarrollo del milenio* (2004). (http.//www.who.int/mdg/goals/041222health_mdgchart_sp.pdf)

OPS (Organización Panamericana de la Salud). "Población y salud reproductiva". *25 Conferencia Sanitaria Panamericana*. Washington D.C. 50 Sesión del Comité Regional (1998).

Ortiz-Ortega A. (ed.). *Razones y pasiones en torno al aborto. Una contribución al debate*. México. The Population Council y Edamex (1994).

Ortíz-Ortega A. (comp). *Derechos reproductivos de las mujeres, un debate sobre justicia social en México*. México. Edamex/UAM-X (1999).

Osorio RM. *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*. México. CIESAS-INI-CONACULTA-INAH (2001).

Paley J. "Misinterpretive phenomenology. Heidegger, ontology and nursing research". *Journal of Advanced Nursing* 27(4) (1998. 817-824).

Parsons T. *The social system*. Glencoe. Ill.The Free Press (1951).

Parsons T. *El Sistema Social*. Madrid. Alianza Universidad (1982).

Pearlin L.I. "Social structure and processes of social support". En. S. Cohen y S. L. Syme (eds). *Social support and health*. New York. Academic Press (1985. 43-60).

Pedersen D. "Qualitative and quantitative: two styles of viewing the world or two categories of reality?" en: Scrimshaw NS y Gleason GR (Eds.). *Rapid Assessment Procedures Qualitative Methodologies for Planning and Evaluation of Health Related Programmes*. Boston. International Nutrition Foundation for Developing Countries (1992).

Pedrosa LA. y Vallejo M. "Entorno social, comportamiento sexual y reproductivo en la primera relación sexual de adolescentes estu-

diantes de escuelas públicas y privadas". En: Stern C. y Echárri C (Comps.). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México. El Colegio de México (2000. 177-198).

Peek-Asa C., Garcia L., McArthur D y Castro R. "Severity of intimate partner abuse indicators as perceived by women in Mexico and the United States". *Women and Health* 35 (2/3) (2002. 165-180).

Pérez-Gil SE., Ramírez JC y Ravelo P (eds.). *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*. México. CIESAS-UGINN (1995).

Petrunik M. y Clifford D. Shearing. "Fragile facades. stuttering and the strategic manipulation of awareness". *Social Problems* 31(2) (1983.125-138).

Pollock K. "On the nature of social stress. production of a modern mythology". *Social Science and Medicine* 26(3) (1988. 381-392).

Pope C y Mays N.. "Reaching the parts other methods cannot reach: An introduction to qualitative methods in health and health services research", *British Medical Journal* 311 (1995.42-45).

Popper KR. *The logic of scientific discovery*. New York. Basic Books (1959).

Ramírez JC. "Violencia masculina, algo más que gobernarse a sí mismo". *La Ventana* 7. (1998. 225-251).

Ramírez JC y Patiño MC. "Mujeres de Guadalajara y violencia doméstica, resultados de un estudio piloto". *Cadernos de saúde Pública* 12 (3) (1996. 405-409).

Ramírez JC y Uribe G. "Mujer y violencia, un hecho cotidiano". *Salud Pública de México* 35 (2) (1993.148-160).

Reyes S. *Mortalidad materna en México*. México. Instituto Mexicano del Seguro Social (1994).

Ríquer F., Saucedo I y Bedolla P. "Agresión y violencia contra el género femenino, un asunto de salud pública". en A. Langer y K Tolbert (eds.). *Mujer. sexualidad y salud reproductiva en México*. México. The Population Council-EDAMEX (1996. 247-287).

Ritzer G. *Teoría sociológica contemporánea*. México. McGraw-Hill (2000)

Rivas M. y Amuchástegui A. *Voces e historias sobre el aborto*. México. The Population Council y Edamex (1996).

Rivas M. Amuchástegui A. y Ortiz-Ortega. A. "La negociación de los derechos reproductivos en México". En: A. Ortiz-Ortega (comp). *Derechos reproductivos de las mujeres, un debate sobre justicia social en México*. México. Edamex y UAM-X (1999. 257-370).

Rodríguez G., Amuchástegui A., Rivas M. y Bronfman M. "Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del SIDA". En: M Bronfman. A Amuchástegui. RM Martina. N Minello. M Rivas y G Rodríguez. *SIDA en México. Migración. adolescencia y género*. México. Inf. Profesional Especializada (1995. 91-200).

Rodríguez G y de Keijzer B. "La noche se hizo para los hombres, las regulaciones sexuales del cortejo en una comunidad cañera". *Debate Feminista* 9 (18) (1998. 237-266).

Rodríguez G y de Keijzer B. *La noche se hizo para los hombres. Sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos*. México. The Population Council y Edamex (2002).

Romám R., Carrasco ME., Abril E y Cubillas MJ. "Noviazgo y embarazo, una mirada a las trayectorias de amor y conflicto en mujeres adolescentes embarazadas". En: Stern C. y Echárri C. (Comps.) *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México. El Colegio de México (2000: 147-176).

Roth JA. *Timetables*. Indianapolis. Simon and Schuster (1963).

Roth JA. "Some contingencies of the moral evaluation and control of clientele, the case of the hospital emergency service". *The American Journal of Sociology* 77(5) (1972. 839-856).

Rothman BK. "Childbirth as negotiated reality". *Symbolic interaction* 1(1978. 124-137).

Rogers A, Popay J y Williams G. "Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health, services research". Ponencia presentada en la *IV Qualitative Health Research Conference*, Bournemouth, U.K (1996).

Sacks H. *Lectures on conversation*. Oxford. Blackwell (2000).

Sahagún. FB. *Historia General de las Cosas de la Nueva España*. México. Conaculta (1989).

Salcedo AL. "La experiencia del embarazo y su atención en adolescentes de estratos medio, popular y marginal" en Stern C. y Echárri C

(Comps). *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México. El Colegio de México (2000. 199-234).

Salgado N "Migración, sexualidad y sida en mujeres de origen rural: sus implicaciones psicosociales". En: I Szasz y S Lerner (comps). *Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales*. México. El Colegio de México (1998. 155-174).

Saucedo I. "Violencia doméstica y salud: conceptualización y datos que existen en México". *Revista Perinatología y Reproducción Humana* 10(2) (1996. 100-110).

Scheff TJ. *El rol del enfermo mental*. Buenos Aires. Amorrortu editores (1973).

Scheff TJ. "The Labelling Theory of Mental Illness". *American Sociological Review* 39 (1974. 444-452).

Scheff TJ. (ed). *Labelling Madness*. Englewood Cliffs. Prentice-Hall (1975)

Schofield JW. "Increasing the generalizability of qualitative research", en: Schofield JW. *Qualitative inquiry in education: the continuing debate*. New York. Teachers College Press (1990. 201-232).

Schutz A. *El problema de la realidad social*. Buenos Aires. Amorrortu (1962).

Schutz A. *Collected papers. The problem of social reality*. The Hague. Martinus Nijhoff (1962).

Scott RA. *The making of blind men. A study of adult socialization*. New York. Russell Sage Foundation (1969).

Scott RA. "The Construction of Conceptions of Stigma by Professional Experts". En. J.D. Douglas (ed.). *Deviance and Respectability*. New York. Basic Books (1970. 255-290).

Scott RA. "A Proposed Framework for Analyzing Deviance as a Property of Social Order" in R.A. Scott and J.D. Douglas (eds). *Theoretical Perspectives on Deviance*. New York. Basic Books (1972. 57-92).

Searle JR. *La construcción de la realidad social*. Buenos Aires. Paidós Básica (1997).

Sen G. y Östlin Piroska (Coords.). *Unequal. Unfair. Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health. Why it exists and how we*

can change it. Ginebra. Final Report to the WHO Commision on Social Determinants of Health/ The Indian Institute of Management Bangalore and the Karolinska Institutet (2007). (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf).

Sennet R. y Cobb J. *The hidden injuries of class*. New York. Random House (1973).

Sennet R y Cobb J. *The hidden injuries of class*. New York. Vintage Books (1979).

Silverman D. *Interpreting qualitative data. Methods for analyzing talk, text, and interaction*. Londres. Sage Publications (1994).

Simoni JJ., Vargas LA., Casillas LE. "Merolicos y educación de salud". *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 94 (5) (1983.461-472).

Smith D. *The Conceptual Practices of Power. A Feminist Sociology of Knowledge*. Toronto. University of Toronto Press (1990).

Spiegelberg H. *The phenomenological movement: a historical introduction*. The Hague- Martinus Nijhoff (1982).

Stark E. Flitcraft. A.. y Frazier. W. "Medicine and the Patriarchal Violence. The Social Construction of a "Private" Event". En. E. Fee (ed.). *Women and Health. The Politics of Sex in Medicine*. Farmingdale. N.Y. Baywood Publishing Company Inc. (1982. 177-209).

Stasiulis D. y Bakan A.B. "Negotiating citizenship: the case of foreign domestic workers in Canada". *Feminist Review* 57 (1997. 112-139).

Steckler A, Mcleroy RM, Goodman RM, Bird ST, McCormick L. "Toward integrating qualitative and quantitative methods: an introduction", *Health Education Quarterly* 19(1) (1992. 1-8).

Stern C. "El embarazo en adolescentes como problema público, una visión crítica". *Salud Pública de México* 39 (2) (1996. 137-143).

Stern C. y Echárri C. (Comps.) *Salud reproductiva y sociedad. Resultados de investigación*. México. El Colegio de México (2000).

Stern C. y Figueroa JF. (Coords.). *Sexualidad y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación*. Mexico. El Colegio de México (2001).

Stern C y García E. "Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente" en: Stern C. y Figueroa JF. (Coords.). *Sexualidad*

y salud reproductiva. Avances y retos para la investigación. Mexico. El Colegio de México (2001. 331-364).

Stevenson F. "Concordance". *Social theory y health* 2(2004. 184-193).

Stimson G. y Barbara Webb. *Going to see the doctor. The consultation process in general practice*. Boston. Routledge y Kegan Paul (1975).

Strauss, A., y Corbin, J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín. Universidad de Antioquia (2002).

Strauss Anselm, Fagerhaugh Shizuko, Suczek Barbara, y Wiener Carolyn. *Social Organization of Medical Work*. Chicago. The University of Chicago Press (1985).

Strong PM. "Medical Errands. A Discussion of Routine Patient Work". En: Davis A. y Horobin G. *Medical Encounters*. London. Crom Helm (1977).

Szasz I. "Alternativas teóricas y metodológicas para el estudio de la condición de la mujer y la salud materno-infantil". En: JG Figueroa (comp). *La condición de la mujer en el espacio de la salud*. México. El Colegio de México (1998a. 313-331).

Szasz I. "Los hombres y la sexualidad, aportes de la perspectiva feminista y primeros acercamientos a su estudio en México". En: Lerner S. (ed). *Varones. sexualidad y reproducción*. México. El Colegio de México (1998b. 137-162).

Szasz I. y Lerner S (eds.). *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México. El Colegio de México (1996).

Szasz TS. *The Manufacture of Madness. A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York. Harper and Row. Publishers (1970).

Taylor SJ. y Bogdan R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona. Paidós (1996).

Tetelboin C. "El problema de los recursos humanos". n: AC Laurell (ed.). *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*. México. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco (1994. 89-110).

Thomas WI. y Thomas. Dorothy S. *The child in America. behaviour problems and programs*. New York. Alfred A. Knopf (1928).

Toombs SJ. (ed). *Handbook of phenomenology and medicine*. Boston. Kluwer Academic Publishers (2001).

Toombs SK. *The meaning of illness. A phenomenological account of the different perspectives of physician and patient*. Boston. Kluwer Academic Publishers (1993).

Touraine A. *El regreso del actor*. Buenos Aires. EUDEBA (1987).

Tuñón E. y Guillén C. "Embarazo adolescente en dos generaciones de madres Tabasqueñas, una exploración a sus vivencias". En: Esperanza Tuñón (ed.). *Género y Salud en el sureste de México*. San Cristóbal de las Casas. UADY-Ecosur (1999. en prensa).

Tuñón E. (coord). *Mujeres en las fronteras: trabajo, salud y migración (Belice. Guatemala. Estados Unidos y México)*. México. El Colegio de la Frontera Norte-Ecosur-El Colegio de Sonora- Plaza y Valdés Editores (2001).

Turner B. "Outline of a theory of citizenship". *Sociology* 24(2) (1990.189-217).

Uta G. *Ideas About Illness. An intellectual and political history of medical sociology*. New York. New York University Press (1989).

UNPF (United Nations Population Fund). *Program of Action. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. El Cairo, Egipto. UNFPA (1995).

Valdés R., Molina. J. y Solís. C. "Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico". *Salud Pública de México* 43(5) (2001. 444-454).

Valdez R., Sanín LH. "La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer". *Salud Pública Mex* 38 (1996. 352-362).

Vargas LA. "El embarazo y el parto en el México prehispánico". *Anales de Antropología* (1973. 297-310).

Vargas LA. " Acceptance and rejection of medical practices of different cultures". En: B. Velimirovic (ed.). *Modern medicine and medical anthropology in the US-Mexico border population*. Washington D.C. Pan American Health Organization. Scientific Publication 359(1978. 14-16).

Vargas LA. "Medical anthropology in México". *Social Science and Medicine* 28(2) (1989.1343-1349).

Vargas LA. "El conocimiento médico en el México prehispánico". En: H. Aréchiga y J. Somolinos (comps). *Contribuciones mexicanas al conocimiento médico*. México. Fondo de Cultura Económica (1993.11-29).

Vargas LA., Kemper RV., Casillas LE. "Réseaux migratoires et santé". En: Y. Preiswerk y J. Vallet (eds.). *Vers un ailleurs prometteur... L'émigration. une réponse universelle á une situation de crise?*. Paris. Presses Universitaires de France/ Cahiers de l'I.U.E.D (1993. 62-71).

Vargas LA. "Una mirada antropológica a la enfermedad y el padecer". *Gaceta Médica de México* 127 (1) (1991. 3-5)

Walby S. "Is citizenship gendered?". *Sociology* 28(2) (1994. 379-395).

Watzlawick P. y cols. *La realidad inventada*. Madrid. Gedisa (1994).

Waxler NE. "The social labelling perspective on illness and medical practice". En: Leon Eisenberg and Arthur Kleinman (eds). *The relevance of social science for medicine*. Boston. D. Reidel Publishing Company (1980. 283-306).

Waxler NE. "Learning to be a leper. a case study in the social construction of illness". En: E. Mishler (ed). *Social contexts of health. illness. and medical care*. Cambridge. Cambridge University Press (1981. 169-194).

Weber M. *Economía y sociedad. Esbozo de sociología comprensiva*. México. Fondo de Cultura Económica (1981).

Weber M. "La objetividad cognoscitiva de la ciencia social y de la política social", *Ensayos sobre metodología sociológica*, Buenos Aires, Amorrortu editores (1982).

West C. "When the doctor is a "lady", power, status and gender in doctor-patient encounters". *Symbolic interaction* 7(1) (1984. 87-106).

Wilkinson R. *Class and health. research and longitudinal data*. London. Tavistock (1986).

Wilson TP. "La sociología y el método matemático", en: Giddens Ay Turner, *La teoría social hoy*. México. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes (1990).

Wiseman JP. "Hard and soft data: cornplementarity and a reversal of roles". Ponencia para discusión presentada en la *American Sociological Association Meeting*, New Orleans, August (1972).

Wojnar DM. y Swanson. K.M. "Phenomenology. An exploration". *Journal of Holistic Nursing* 25(2007. 172-180).

Wright P. y Treacher A. (eds). *The problem of medical knowledge. examining the social construction of medicine*. Edinburgh. Edinburgh University Press (1982).

Yoxen E.J. "Constructing genetic diseases". En: Wright, Peter and Andrew Treacher (eds). *The problem of medical knowledge. Examining the social construction of medicine*. Edinburgh. Edinburgh University Press (1982. 144-161).

Znaniecki F. *The Method of Sociology*. New York. Rinehart (1934).

Zolla C., del Bosque S. ,Tascón, A. Mellado C. *Medicina tradicional y enfermedad*. México. CIESS (1988).

Las ciencias sociales aplicadas a la salud se han desarrollado en América Latina desde hace casi medio siglo. Sin embargo, ocurre a veces que tanto los estudiantes de salud pública como los de medicina social no están familiarizados con la diversidad de paradigmas teóricos que las caracterizan, ni con las aportaciones que se han hecho, desde ellas, con relación al campo de la salud. Algo similar ocurre con los estudiantes de ciencias sociales, que no siempre están al tanto de las posibilidades de construcción de la salud como objeto de trabajo de sus propias disciplinas, ni sobre el cúmulo de literatura existente en torno a esta materia. El libro que el lector tiene entre sus manos está escrito con una finalidad didáctica, buscando ofrecer una introducción al campo de confluencia entre la salud y las ciencias sociales. Se exploran aquí, entre otros temas, los fundamentos teóricos de corrientes como el interaccionismo simbólico y la fenomenología, y su potencial se ilustra repasando algunos de los casos más exitosos de aplicación de dichos paradigmas a problemas de salud. Se desarrolla también una propuesta para abordar el estudio de los determinantes de la salud-enfermedad con las herramientas de las ciencias sociales. Se analizan críticamente los primeros desarrollos que alcanzó el pensamiento marxista en salud en América Latina a fines del siglo pasado, y se los compara con lo que ocurría, dentro del pensamiento de izquierda, en Estados Unidos. Se muestran las potencialidades del enfoque propuesto por Pierre Bourdieu aplicado a problemas específicos del campo médico. Y se retoma una vieja reflexión que, sin embargo, sigue vigente, sobre los retos y los dilemas de la complementariedad de los métodos cuantitativos y cualitativos de la investigación social en salud.

Colección Salud Colectiva

Lugar Editorial

CRIM

ISBN 978-950-892-375-2