

Endemias, epidemias y modas: la sociología de la salud en América Latina

Roberto Briceño-León

La sociología de la salud en Latinoamérica ha estado marcada por tres influencias, cada una de las cuales, a su modo y en su momento, ha determinado lo que se hace y cómo se hace en el ejercicio profesional y en la investigación. Estas influencias constituyen el contexto sociológico de la práctica profesional. En primer lugar, los cambios que se han dado en la situación socio-epidemiológica del subcontinente durante el siglo XX y que se ha denominado *transición demográfica* y *transición epidemiológica*. En segundo lugar están las influencias diferenciadas, y en algunos casos contradictorias, que tienen la tradición científica por una parte y la tradición humanística y filosófica por la otra. Se trata de dos culturas académicas enfrentadas en un campo de práctica profesional específico, en un terreno donde no es fácil eludir el encuentro y la polémica, pues se trabaja en una tierra común. Y, finalmente, los movimientos políticos que han dominado en la región y que han hecho sangre y libros de las diferencias ideológicas.

Estos factores han influenciado la producción de las ciencias sociales ligadas a la salud en general, y no sólo a la sociología. Y, al así hacerlo, han creado modas y tendencias que varían en el tiempo y entre los países y los grupos de investigación de las universidades. No podemos decir que se haya constituido una corriente totalmente dominante, y que pueda hablarse de un paradigma, en el sentido de Kuhn (1961), que establezca los cánones de la ciencia normal para toda la región. Lo que ha existido es diversidad y desacuerdo; y también riqueza en las aproximaciones, a pesar de lo modesto y reciente de su constitución como campo de actividad profesional (Vlassoff, 1993; Canesqui, 1995; Nunes, 1999; Sawyer, 1999; Rubin de Celis, 1999; Castro, 1999; Méndez, 1999).

Esta diversidad puede apreciarse en los distintos sentidos que se le ha dado a la práctica de la investigación, en la manera como se han transformado los modos de ejecutarla y en las diferencias que se encuentran en las formas de escribir y reportar los resultados. Esas influencias, que constituyen el contexto sociológico en el cual inciden y los diferentes modos de encarar la práctica de investigación que de allí resultan, serán los ejes que utilizaremos para presentar el siguiente panorama de la sociología de la

salud en Latinoamérica.

I. EL CONTEXTO SOCIOLOGICO DE LA SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

A. *La situación socioepidemiológica de América Latina*

La sociología de la salud en América Latina surgió, al igual que el resto de la sociología, como una práctica realizada por individuos provenientes de otras profesiones, que se sentían entusiasmados por la nueva disciplina o conmovidos por una realidad social que les urgía explicaciones. En el caso de la sociología de la salud fueron los médicos quienes se dedicaron a considerar las variables sociales de sus estudios. Cuando a comienzos del siglo pasado Carlos Chagas descubrió la enfermedad que había encontrado mientras trabajaba en el estado de Minas Gerais, Brasil, y a la que luego se le daría su nombre, consideró los aspectos parasitológicos en la descripción de la dolencia, pero también los aspectos ambientales y sociales que permitían al insecto transmisor entrar en contacto con la persona (Chagas, 1909). De igual modo, cuando a inicios de los años cuarenta se crea la Escuela de Malariología en Venezuela, Arnoldo Gabaldón establece tres ejes para los estudios de postgrado que allí se realizaban: el parasitológico, el entomológico y el social (Gabaldón, 1965). En ese mismo tiempo, al graduarse muchos médicos tenían que realizar una pasantía en una comunidad rural, durante la cual, además de su trabajo de atención médica de la población, debían hacer un estudio «socio-sanitario», algunos de los cuales fueron piezas sociológicas muy interesantes (Barrios Díaz, 1951).

El tema dominante en estos trabajos era la situación de altísima mortalidad producto de las enfermedades transmisibles que constituían las primeras causas de muerte en todos los países de la región: malaria, tuberculosis, gastrointestinales, bilharzia, fiebre amarilla, entre otras. Por el tipo de enfermedad, los estudios sociales se referían a las condiciones ambientales en la que se encontraba la población: la vivienda, los servicios de agua potable y disposición de excretas. Pero, al mismo tiempo, y como eran enfermedades que ocurrían en zonas rurales y allí se encontraba la mayoría de la población, las investigaciones eran a su vez estudios de sociología rural.

Pero todo este trabajo era realizado por médicos, con escasa o nula formación en sociología. La razón era muy simple, y es que no existían de una manera importante estudios universitarios de sociología; existían cátedras de sociología, pero no carreras conducentes a títulos universitarios. Éstos se inician en los años treinta en los países del cono sur, incluyendo Brasil, pero sólo en los años cincuenta se expanden por toda la región. El proceso por el cual se expanden los estudios formales de sociología coincide con los inicios del cambio del patrón epidemiológico y la constitución de la sociedad urbana, y esto da pie a la aparición de los estudios de sociología de la salud en los años cincuenta y sesenta (Nunes, 1999).

Para mitad del siglo xx América Latina empieza a ser un continente urbano, ya no son sólo Buenos Aires, Montevideo, Santiago o Río de Janeiro las ciudades importantes, sino que crecen las ciudades pequeñas y medianas y se da un proceso de migración rural-

urbana muy notable, que en su tiempo se le llamó «éxodo», para exaltar su magnitud, y que despobló el campo. Esta disminución de la población rural en riesgo, conjuntamente con las acciones de saneamiento ambiental y la masiva utilización del DDT, llevaron a una importante disminución de las enfermedades transmisibles y, en consecuencia, a un descenso de la mortalidad, que permitió aumentar la esperanza de vida de todos los países. Esta brusca reducción de la tasa de mortalidad no estuvo acompañada por una disminución de la natalidad, lo cual aunado a la corriente migratoria que resultaba de las guerras de Europa, resultó en un crecimiento de la población urbana y la aparición de las enfermedades no-transmisibles como un componente importante del patrón de mortalidad: enfermedades cardiovasculares y cáncer comenzaron a ocupar los primeros lugares en la lista de las causas de muerte (Bonilla et al., 1991; Barradas, 1997).

Todos estos cambios, muy gruesamente mencionados, requerían de una explicación sociológica, y es por ello que poco después de la expansión de la carrera profesional aparecen los estudios de sociología de la salud. Sin embargo, como el cambio del patrón epidemiológico no fue total y la transición epidemiológica no ha sido completa, la sociología de la salud ha tenido que ocuparse tanto de lo nuevo como de lo viejo. La sociología de la salud de América Latina ha debido estudiar la coexistencia de los patrones de morbi-mortalidad del desarrollo y del subdesarrollo; de las clásicas endemias rurales —como la malaria, la enfermedad de Chagas y la leishmaniasis— como de las nuevas epidemias urbanas, tales como el dengue y sida; de las enfermedades transmisibles surgidas de la carencia de condiciones sanitarias mínimas, como el cólera, a las no transmisibles producto de la abundancia, el sedentarismo y el consumo de productos industriales. La sociología de la salud de Latinoamérica es al mismo tiempo una sociología de las condiciones de vida de la pobreza y de los estilos de vida de la abundancia.

B. El conflicto entre las culturas científica y filosófica

De una manera mucho más fuerte que el resto de la sociología, la sociología de la salud se ha visto enfrentada a los dos modelos de producir conocimientos que han predominado en los últimos siglos. Las dos culturas, como se la ha llamado, representan dos modos de entender la práctica de investigación y de controlar el conocimiento del mundo (Wallerstein, 1996). La cultura científica, la de las ciencias naturales y la biomedicina, que algunos pendencieramente llaman «duras», es descriptiva, particularista, induccionista y dedicada a las causas eficientes. La cultura de la filosofía, que es la que ha predominado en las ciencias sociales y la sociología, que complementariamente algunos llaman las ciencias «blandas», es una práctica holista, constructivista, deduccinista y preocupada de las causas últimas.

Ambas culturas coexisten en las universidades y centros de investigación con relativa civilidad; ciertamente hay conflictos al momento de establecer presupuestos o maneras de evaluar las carreras profesionales, pero los enfrentamientos nunca pasan a mayores pues mantienen sus áreas de influencia y cotos profesionales bastante separados. Sin

embargo, la situación es distinta cuando se trata de áreas de intersección como la sociología de la salud o la epidemiología.

La presencia de estas dos culturas se ha confundido además en la sociología de América Latina con las influencias de las tradiciones anglosajonas y francesas. En el panorama de la sociología de la región uno puede encontrar diferencias muy claras en la manera de trabajar entre aquellos sociólogos que han tenido una formación en universidades de Estados Unidos o Inglaterra y aquellos que se han formado en Francia, Alemania o Italia. La sociología anglosajona tiene mucho más influencia de la cultura científica que de la filosófica, y aunque tampoco llega a ser aceptada como ciencia dura, la manera de construir los objetos de manera reducida, particularista, con un énfasis en los grupos sociales o en las comunidades, en la microsociología y el uso de las técnicas cuantitativas de recolección de la información, la hace más próxima a la cultura científica. Por el contrario, la sociología francesa tiende a ser más filosofía; en algunos casos es realmente filosofía social, pero en otros es una sociología muy dada al ensayo, a la reflexión o a la crítica aguda (Cataño, 1995). En la práctica hay mucha menos preocupación por los rigores de las técnicas de investigación y más por los problemas epistemológicos del método. En el recorte del objeto hay también diferencias, pues el énfasis se coloca en la sociedad, y no en grupos o individuos, se trabaja en la macrosociología y con fuertes connotaciones políticas (Briceño-León y Sonntag, 1998). De manera paradigmática uno pudiera decir que el ejemplo de un estilo lo puede representar un estudio sobre los condicionantes sociales y culturales de la hipertensión arterial (Dressler y Dos Santos, 2000) y en el otro un escrito sobre la relación que hay entre la salud y los modelos de desarrollo económico y social (Cardona, 1993).

Este conflicto adquiere especial relevancia en el área de la sociología de la salud, pues no es posible ignorarse unos a otros ya que los temas que se tratan son de interés de ambos tipos de actores. La comunicación interdisciplinaria y la manera de evaluar las prácticas de investigación y la validez de los resultados, no se dificulta tanto por las formaciones profesionales disímiles, como por estas tradiciones epistemológicas tan diferenciadas. Este conflicto no ha logrado resolverse, permanece como una fuente incesante de tensión; pero, es posible decir, que en la sociología de la salud es una de las áreas de la actividad profesional de la sociología de América Latina donde, quizá como producto de ese mismo conflicto, existe una mayor preocupación por hacer de la investigación una práctica rigurosa y científica, sin perder el sentido crítico ni la diversidad metodológica.

C. Los momentos políticos y las ideologías

El surgimiento de la sociología de la salud en América Latina coincide con el final de las teorías de la modernización y el inicio del pensamiento dependientista, quizá por eso desde sus inicios producen dos corrientes de pensamiento y práctica profesional, una muy politizada y macrosocial y otra alejada de la política y dedicada a los estudios microsociales y las acciones comunitarias desde las oficinas de gobierno o las empresas privadas.

La sociología de América Latina, así como la vida política en la región, quedó muy

marcada por el impacto que produjo la revolución cubana. Hasta ese momento, en el contexto de la guerra fría, los estudios de la modernización eran dominantes en la sociología latinoamericana. Los trabajos de Gino Germani (1963) sobre la sociedad en transición marcaban la práctica de la sociología, y en el área de salud se trataba por una parte de comprender los cambios que se daban con el proceso de urbanización y modernización, que se daban coetáneamente y se hacían sinónimos. Y, por la otra, de intervenir en los comportamientos, los hábitos y las normas sociales, a fin de adecuar las poblaciones rurales a esa nueva realidad urbana. Esa era la tarea a la cual se dedicaban los pocos sociólogos que trabajaban en los ministerios de salud de la región. Y desde el punto de vista teórico los estudios eran de sociología de la medicina y estaban marcados por la notable influencia que tuvo el capítulo sobre la práctica médica moderna del Sistema Social de T. Parsons (1965)

Pero la revolución cubana cambió este panorama y politizó la sociología, se trataba no ya de modernizar, sino de transformar radicalmente una sociedad y la labor del sociólogo debía ser el compromiso y la acción. Por eso Camilo Torres, sacerdote y sociólogo, decide irse a la guerrilla y O. Fals Borda (1978) propone la tesis de la investigación-acción.

Desde el punto de vista teórico se trató de un movimiento colectivo hacia el marxismo y, en particular, el marxismo estructuralista francés liderizado por Althusser (1965). La sociología en muchas universidades pasó a ser sinónimo de marxismo, y todos los procesos sociales pasaron a interpretarse desde esta perspectiva teórica. En el área de la sociología de la salud este movimiento tiene su primera notable figura en la obra de Juan César García, quien como médico y sociólogo logró tener gran influencia en los organismos internacionales y establecer una línea de pensamiento (Nunes, 1999). García, quien se dedicó a los estudios de la relación médico-paciente (1963), considera que la estructura económica determina el lugar de práctica médica en la sociedad. En el Congreso Internacional de Sociología que en 1972 organizó Jeannette Abouhamad en Caracas, García presentó una ponencia donde con su aire propiamente althusseriano, afirmaba que esa determinación económica de la medicina no se correspondía a una «causalidad simple, sino a una de tipo estructural, a una determinación en última instancia» (García, 1989:53). Estos estudios eran una respuesta evidente a la influencia que había tenido Parsons y marcan bien la polémica entre las dos corrientes de pensamiento y cómo logra constituirse una sociología de la salud marxista en América Latina que, singularmente, va a tener gran acogida entre los profesionales de la medicina.

El pensamiento marxista va a permanecer como dominante en la sociología hasta fines de los años setenta. Llama la atención que estudios sociológicos tan importantes como el de los internados de E. Goffman (1970), a pesar de haber sido traducidos al castellano a inicios de los años setenta, no tuvieron casi difusión ni impacto importante en la sociología de la salud, sino hasta después que hizo crisis la hegemonía que tenía el pensamiento marxista.

A partir de ese momento la sociología de la salud se diversifica y se vuelve pluriparadigmática. Los estudios utilizan cualquier modelo teórico o varios a la vez, y las fronteras entre los estudios de sociología, antropología y psicología se vuelven muy

débiles. La influencia del marxismo había logrado que desaparecieran las diferencias profesionales y permitió que se fortalecieran las identidades teóricas o temáticas en su lugar.

II. LAS PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN

Tres aspectos queremos destacar en cuanto a la práctica de la investigación en sociología de la salud: el sentido de la investigación, los modos de investigar y la forma de presentar los resultados

A. *El sentido de la investigación*

La relativamente abundante producción científica de la sociología de la salud pudiera ser clasificada de acuerdo a los temas que se han trabajado predominantemente: las enfermedades tropicales, el alcoholismo, la salud reproductiva, el Estado y los sistemas de salud, la participación comunitaria, etc. Si bien esto pudiera ser útil e informativo, creemos que es más ilustrativo intentar, de acuerdo a la tradición weberiana, comprender el sentido de la acción investigativa (Weber, 1993).

Pensamos que hay al menos cuatro sentidos que han dominado las prácticas de investigación y que son las siguientes.

La sociología de la salud como un modo de conocer una realidad nueva

El proceso de salud-enfermedad en Latinoamérica ha tenido componentes tan singulares como la propia sociedad, tanto por el tipo de patologías tropicales, como por los procesos sociales que les asocian. La sociología ha intervenido para conocer una realidad epidemiológica nueva o, también, explicar socialmente una realidad ya conocida, pero desde una perspectiva epistemológica diferente.

El conocimiento de una realidad nueva estuvo muy presente en los inicios de la antropología médica, eran los estudios cercanos a la antropología colonial, o al estudio de las enfermedades exóticas, que ocurrían por supuesto en pueblos que eran considerados igualmente exóticos. Pero estos también se han dado en la sociología, sólo que no se llevan a cabo con poblaciones indígenas, sino con poblaciones rurales o urbanas (Mendoza et al., 1994).

El estudio de los modos culturales de entender las enfermedades y la salud ha estado marcado por las diferencias entre estar enfermo, como un hecho biológico; sentirse enfermo, como la expresión de los síntomas de una dolencia, y ser considerado enfermo, como proceso social e interactivo, que requiere de la aceptación de otro de esa realidad. Estas diferencias han sido muy importantes por el carácter asintomático de muchas enfermedades o por la familiaridad que con las mismas tienen algunas comunidades con

ciertas enfermedades endémicas, por estar tan difundidas (Coimbra, 1999; Lorena, 1995; Briceño-Léon, 1990).

Pero hay también otro tipo de estudios que tienen el propósito más explícito de procurar dar una explicación de orden social o histórica a los hechos epidemiológicos de la morbilidad o la mortalidad. Este tipo de estudio investiga propiamente enfermedades o las causas de muerte y procura darles una explicación, sea desde una perspectiva subjetiva —cultural o simbólica—, o desde una perspectiva más global, histórica o estructural (Carmino, 1994; Castés et al., 1994; Dobles-Ulloa y Perriad, 1994; Sandía, 1994; Ortega Canto et al., 1994).

Si bien es posible pensar que han existido algunas demandas externas para la realización de este tipo de estudios, por lo general son originados por una fuerza interna propia del área de la sociología, es decir, como un modo propio de entender y abordar el proceso de salud-enfermedad. Es importante destacar que en las investigaciones a las cuales aquí nos referimos existe exclusivamente una intención de comprender las causas sociales, no de utilizarla como crítica para la sociedad, pues este es un grupo distinto al que nos referiremos más adelante.

La sociología de la salud como un modo de contribuir a la eficacia de los sistemas de salud

Pero ha existido otra práctica sociológica distinta que, por lo regular, sí ha tenido su origen en una demanda externa. Se trata de los estudios que han requerido los servicios de salud que se han visto en la necesidad de mejorar su atención o de comprender las dificultades que enfrentan para su actuación.

El sentido de la participación de la sociología no era comprender individual o socialmente el proceso de salud-enfermedad, sino contribuir a mejorar los sistemas de atención médica, bien sea a partir de un proceso de persuasión de las personas para que aceptasen la práctica sanitaria o médica, o bien a través del mejoramiento de los procedimientos o estructuras organizacionales de las instituciones (Rojas et al., 1993, 1994; Velásquez y Pérez, 1994; Romero y Rujano, 1995; Hardy, 1999). Esta orientación ha tenido siempre un sentido más aplicado, pero por lo general la aplicabilidad ha sido definida por la institución o el personal médico (Kroeger y Alarcón, 1993; Novacovsky y López, 1992).

Hay mucha investigación modesta realizada con este sentido en los ministerios de salud, en hospitales privados o en cátedras de las facultades de medicina. En algunos casos se trata de algo cercano al «trabajo social»: la investigación social procura dar las herramientas adecuadas y preparar el terreno para la intervención biomédica. En otros, es más cercana al estudio de la sociología de las organizaciones o de las profesiones, cuando se trata de analizar las instituciones de servicios (Bodstein, 1993).

La sociología de la salud como un modo de criticar la sociedad

Un sentido radicalmente distinto tienen los trabajos cuyo objetivo es realizar una crítica a la sociedad a partir de la situación epidemiológica o de organización de los sistemas de salud. Este tipo de trabajos tiene un componente de explicación importante, se trata de conocer o explicar una realidad, pero el objetivo no es cognitivo sino político. Es conocer para transformar, pero cambiar a partir de la crítica, de la transformación radical, y no simplemente de la mejoría de lo previamente existente, como sería el sentido del grupo anteriormente referido.

Tres modalidades al menos es posible identificar en este tipo de orientación:

Como crítica a la sociedad injusta: son los estudios que toman las condiciones de morbilidad y mortalidad (desnutrición, mortalidad infantil, enfermedades laborales) como una expresión de la desigualdad e injusticia de la sociedad. Se ha tratado de explicar unas realidades micro a partir de las variables macrosociales que lo determinan. Por lo regular procura sustituir la explicación de las causas inmediatas por las causas últimas o fundamentales; las explicaciones coyunturales por las estructurales (Duarte, 1986; Ortega Canto, 1987; Candiotti, 1989; Cohn et al., 1991; Ortega y Miranda, 1993; Laurell, 1999; Minayo y Fonseca, 1999; Mercer, 1999).

Aunque no siempre es claro, por lo regular está implícita la propuesta de que es necesario el cambio de la sociedad para poder cambiar la situación epidemiológica, y no simplemente, como estaría en la propuesta anterior, de una transformación del sistema de salud.

Como crítica al poder médico: son los estudios que han estado influenciados por el pensamiento de Foucault y su idea de la «microfísica del poder». El sentido de estos estudios es criticar las distintas expresiones del poder que se dan en la organización de los servicios de salud y en el ejercicio profesional de la medicina. Así como en el grupo anterior el énfasis estaba en las estructuras y en la sociedad, en este grupo reside en los individuos y las instituciones (Llovet y Ramos, 1995; Llovet, 1999; Portillo y Baliache, 1994; Lolas, 1999).

La propuesta alternativa aquí ha residido en postular una relación más igualitaria, desprovista del poder-saber.

Como crítica a los saberes dominantes: este tipo de trabajos procura «deconstruir», «develar» o «desmistificar» los saberes dominantes, en particular los saberes médicos. No se trata aquí de las estructuras ni de los individuos, sino del lenguaje y de los símbolos. Con el uso de la semiología, o de las técnicas de análisis de discursos, se ha procurado mostrar cómo hay un componente social en el discurso científico o médico, cómo en las metáforas o en las formas de clasificación se cuelean componentes sociales o simplemente expresan una forma de dominación social (Menéndez y García de Alba, 1992; Rozemberg, 1994; Rabelo et al., 1999).

No hay por lo regular propuestas alternativas explícitas, pero pueden derivarse hacia la búsqueda de una mayor científicidad, o del permitir la emergencia de discursos alternativos.

La sociología de la salud como un modo de fortalecer a la gente

Finalmente, existe una tendencia que procura fortalecer a la gente en riesgo de contraer las enfermedades o a pacientes que ya las sufren. Esta, creemos, es la orientación que ha tenido la notable difusión del tema de la participación comunitaria desde la perspectiva de la sociología (Briceño-León, 1998).

Por supuesto que ha habido otros modos de entender la participación comunitaria; en algunos casos es simplemente mano de obra barata para la ejecución de los programas, en otros ha sido interpretada como un modo eficaz —a veces hasta con manipulación— de aplicar los programas médicos y lograr una mayor *compliance*. Pero este tipo de estudio lo colocaríamos en el sentido, previamente descrito, de contribuir a la eficacia de los sistemas de salud.

La consecuencia de muchos de los estudios de crítica al poder médico o a los saberes dominantes, como de otros dedicados al estudio de la medicina tradicional, tienen también como sentido el contribuir a darle más poder a la gente, ya sea criticando lo que impide que ellos tengan más poder propio o valorizando sus propios saberes y conocimientos.

Las propuestas de utilización de tecnologías apropiadas o de desarrollo de organizaciones comunitarias, de los movimientos de salud comunitaria o de salud alternativa, son expresiones de estas investigaciones e intervenciones que procuran incrementar la capacidad de los individuos o las comunidades para gestionar su salud (Valla y Stotz, 1993).

A diferencia del sentido anterior, el énfasis no está puesto en la crítica al poder dominante, sino en los modos para darle poder a los que previamente no lo tenían: los pacientes, las comunidades. El énfasis no es crítico o destructivo, sino constructivo, creador de alternativas, de respuestas (Montero et al., 1996).

Si bien hay algunas investigaciones —las menos— cuyo sentido pueda encajar exactamente en alguno de estos cuatro modelos propuestos, por lo regular, y sobre todo más recientemente, encontramos estudios que pueden tener más de uno de los sentidos antes descritos. El propósito de estos tipos ideales es, como siempre en este tipo de metodología, ilustrar sobre tendencias que nos permitan comprender un proceso determinado.

B. Los modos de investigar

Otra forma de poder observar las tendencias es a partir de las aproximaciones metodológicas utilizadas por los investigadores. Tres áreas señalaríamos como dominantes: la relación entre la investigación de terreno y la teoría, la tensión entre los métodos cualitativos y cuantitativos, y los modos de recolectar la información y de analizarla.

La investigación de terreno y la teoría

Una diferencia fundamental se encuentra en la forma de asumir el objeto de estudio. Hay dos grupos extremos: uno, se dedica fundamentalmente a la investigación de terreno y hace muy poca o escasa teoría. Estos grupos investigan desde los ministerios de salud, y recientemente, desde algunas ONG, hacen trabajos minuciosos de recolección de información pero no los interpretan dentro de una explícita perspectiva teórica. La teoría existe, pero no la toman en cuenta, bien sea por limitaciones de la formación o por las urgencias de un trabajo práctico. Ambas causas son lamentables y evitables, pero se entienden, pues hay en la formación de la sociología una enseñanza de la teoría distanciada de la realidad investigativa. Por otra parte, las urgencias del trabajo práctico desprecian la teoría, unas veces por ignorancia, otras porque no se inserta en la interpretación de la realidad, sino que permanece yuxtapuesta pues o no se sabe implementar o son de un excesivo nivel de generalidad con relación al objeto de estudio. Muchas de las teorías sociales que han sido dominantes han estado planteadas para sociedades globales y largos períodos históricos, por lo tanto cuando se trata de estudiar microsituaciones y períodos históricos cortos, la teoría resulta adorno y no herramienta.

Por otro lado uno encuentra grupos universitarios muy dados a la teoría sin investigación empírica. En algunos casos se ha tratado de aplicaciones —no de la prueba— de las teorías; en otros, de teoría pura. Lamentablemente no tenemos una tradición teórica que haya derivado de estas practicas, sino muchos estudios que son repeticiones o ejercicios reflexivos, algunos realizados con seriedad, otros, hay que reconocer, más próximos a la ensayística que a la ciencia. En la sociología de la salud hacen falta buenos desarrollos teóricos, pero que estén enraizados en la realidad, no simples repeticiones de lo que dice algún autor de moda.

Lo cuantitativo y lo cualitativo

La tensión entre el uso de los métodos cuantitativos o cualitativos ha estado muy presente en toda la práctica de investigación de la sociología de la salud. Quizá de una manera más importante que en otras áreas de la sociología, por el enfrentamiento con la tradición positivista y cuantitativa que ha dominado la investigación biomédica (Minayo, 1994).

Por mucho tiempo el rechazo a los métodos cuantitativos en la sociología de la salud se debió tanto a las limitaciones que tenían estos métodos para dar cuenta de una multiplicidad de variables que requiere la investigación social, como a las limitaciones derivadas de la deficiente formación estadística y matemática de los profesionales de la sociología en América Latina. En la tradición humanística se dio incluso el caso de personas que escogían las carreras universitarias de las ciencias sociales para evitar el estudio de las matemáticas. Obviamente, con estos antecedentes, se dio un rechazo a la estadística que iba más allá de las razonables críticas a la «cuantofrenia» de la ciencia. Por otro lado, las teorías, notablemente ambiciosas, que buscaban relacionar todo con todo, se convertían en algo imposible de operacionalizar. En este contexto los enfrentamientos con los profesionales de la biomedicina, acostumbrados al uso de la estadística, han sido recurrentes e inútiles.

El uso de los métodos cualitativos constituyó en la sociología de la salud un «comodín» que podía ser incluido en cualquier lado y de cualquier modo. Dos ideas implícitas han estado en mucho de la utilización de estos métodos: la primera es que los métodos cualitativos son más fáciles, la segunda es que con estos métodos se resolverá en el proceso de investigación lo que no se ha podido resolver previamente. Ambas son erróneas. Los métodos cualitativos son más difíciles e implican más trabajo, y si bien es cierto que dan más apertura, si hay aspectos que no se han podido resolver previamente, lo más seguro es que la persona se encuentre con más problemas al verse inundado de horas de grabaciones que no encuentra cómo trabajar.

Los modos de recoger la información y de analizarla

La variada utilización de las técnicas de recolección de información y de análisis de los datos es otro aspecto de las fuertes diferencias que han existido y que tienden a disiparse (Bonilla y Rodríguez, 1995). Si bien durante un tiempo fue clara la diferencia entre quienes hacían encuestas y quienes llevaban a cabo historias de vida, hoy es cada vez menor. Quizá con la única excepción de algunos profesionales, en particular los médicos incorporados parcialmente a la sociología, que persisten en la elaboración de cuestionarios tipo CAP (Conocimientos, actitudes y prácticas), ya no existe una única orientación dominante para los grupos (Pedersen, 1992).

La impresionante capacidad de la cual se dispone en la actualidad para el manejo estadístico de datos de manera exploratoria, con multiplicidad de variables, así como la facilidad de su utilización, ha hecho que se difundan con gran rapidez los programas estadísticos de análisis de datos. Hoy en día es posible utilizar muchas técnicas

antropológicas de «recolección sistemática de datos» con programas de computación que preparan y aleatorizan los instrumentos y luego los desaleatorizan y procesan estadísticamente. O es posible utilizar los *surveys* con preguntas abiertas que luego son cerradas y procesadas sin patrones fijos de correlación o interpretación.

Quizá por todos estos cambios se ha dado una recuperación de ambas tradiciones y un deseo de utilizar lo que se ha dado en llamar los métodos «cuanti-cualitativos», que puede ser una combinación de ambos en fases distintas del proceso investigativo (por lo regular cualitativos para la exploración y cuantitativos para la verificación), o el tratamiento de datos recolectados con técnicas cualitativas de un modo cuantitativo, con el uso de *software* de computación. Esta mayor disposición por parte de la sociología para hacer uso de las técnicas cuantitativas y una apertura e inusitado interés por las técnicas cualitativas por parte de la biomedicina (en especial con las denominadas RAP, *rapid appraisal procedures*), ha permitido crear una zona de diálogo que puede ser de gran utilidad e impacto si logra consolidarse.

C. *Los modos de reportar los resultados*

La mayoría de los resultados de investigación en sociología de la salud en América Latina queda como literatura gris, para uso exclusivo de un pequeño grupo de conocidos y cercanos. Esto puede tener varias explicaciones. Una es por supuesto la poca existencia de revistas especializadas en el área que puedan recoger esta producción y ponerla a disposición de un público más amplio. Otra, es que muchos son estudios locales, con poca discusión con teorías más universales y que pudieran permitir la refutación o discusión más global. Por último, una ausencia de entrenamiento en la manera de escribir resultados que puedan ser publicados en revistas de circulación nacional o internacional.

Hay también unas limitaciones importantes para la publicación en revistas, como son la poca costumbre en leer revistas y la poca práctica en escribir con el estilo de los artículos científicos. Esta situación es sin embargo mucho mejor que la existente en otras áreas de la sociología, donde es prácticamente inexistente la idea de un artículo para revista que no sea un ensayo de opinión. Dos aspectos tiene esta limitación: uno, es la dificultad en fragmentar procesos de investigación o trabajar de manera aislada las variables estudiadas y sacar conclusiones parciales. Otra, es la dificultad en escribir de manera corta, por lo regular se escribe mucho, pues se considera que se deben hacer las referencias de manera extensiva, y los argumentos desarrollados plenamente. Unas veces es una carencia de entrenamiento, pero muchas otras es un modo cultural de entender la manera de presentar los resultados que considera que los reportes para que sean buenos deben ser largos, y no lo contrario (Lolas, 1995).

El mecanismo que normalmente se ha adoptado en la sociología para reportar los resultados es el libro. Esto en parte se debe al deseo y la necesidad de reportar procesos investigativos completos, lo cual da mayor facilidad para comprender la multiplicidad de factores y variables utilizadas. En parte se debe también a la existencia de pocas revistas en el área y al hecho que no existe por lo regular urgencia en la presentación

de los resultados. Los libros son más lentos para su elaboración y requieren de un arte de la escritura que es distinto al que amerita un artículo científico que es más directo y sencillo.

Este deseo de la presentación de los resultados en libros y buscando ser omnicomprendidos, ha limitado la publicación en revistas y ha dejado gran parte de la producción como literatura gris, pues muchas investigaciones no podían llegar a libro, y no se ha sabido cómo publicarla como artículos.

Una característica general que se le achaca a la sociología es la manera engorrosa y oscura de escribir. Muchas veces los profesionales de la biomedicina se burlan de nosotros, y debemos reconocer que a veces con razón, por decir con palabras complicadas lo que todo el mundo sabe con palabras sencillas. Por supuesto que en la investigación en ciencias sociales es necesario la construcción de metalenguajes por justamente trabajar con hechos y palabras del lenguaje cotidiano. Pero, también es verdad, que unos casos se trata de simplemente de un uso innecesario de la jerga profesional, y en uno que otra caso se explica por un deseo de obscurecer las aguas, como decía Nietzsche, para que el pozo parezca más profundo.

Este rasgo nos aleja de otros profesionales y no contribuye a mejorar el ejercicio disciplinar. Un esfuerzo por escribir corto, en revistas y de manera clara le daría un gran impulso a la investigación en la sociología de la salud en Latinoamérica.

III. UNA SOCIOLOGÍA DE LA SALUD EN LATINOAMÉRICA

Como cualquier otra actividad de la vida social, la sociología de la salud no puede sustraerse a las influencias de los procesos sociales e ideológicos, pero puede resistir. La sociología de la salud debe dar cuenta de la situación epidemiológica, pero no tiene porque seguir las modas intelectuales. Las características que creemos debe tener el desarrollo profesional son similares a los que sostenemos como válidos para el resto de la sociología latinoamericana: debe ser una sociología empírica, ecléctica y comprometida.

Empírica, pero no en el sentido del empiricismo, sino de la cercanía a la realidad social, al proceso de salud-enfermedad que se vive en la región. Ecléctica, pues debe moverse con libertad entre las distintas teorías y asumir una posición pluriparadigmática que le permite interpretar mejor a la sociedad con la cual trabaja, sin prejuicios ni ataduras distintas de la mejor comprensión de los procesos sociales. Y, finalmente, comprometida con el cambio social, con las transformaciones sociales, cualesquiera que sea el signo que tengan, pues ante una sociedad de crecientes desigualdades e inequidades en la salud y la enfermedad, la sociología no puede ser sin vergüenza un adorno.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTHUSSER, L. 1965. *Pour Marx*, París, François Maspero.
BARRADAS, B. R., 1997. *Condições de vida e situação de saude*, Río de Janeiro, Abrasco.

- BARRIOS DÍAZ, L. 1951. *Tinaquillo, geografía médico-sanitaria*, Caracas, Tipografía Vargas.
- BONILLA CASTRO, E. y RODRÍGUEZ SEHK, P. 1995. *Más allá del dilema de los métodos*, Bogotá, CEDE.
- ; KURATOMI, L. S.; RODRÍGUEZ, P. y RODRÍGUEZ, A. 1991. *Salud y desarrollo. Aspectos socioeconómicos de la malaria en Colombia*, Bogotá, Plaza & Janés Editores.
- BOSDTEIN, R., 1993. *Serviços locais de saúde: construção de atores e políticas*, Río de Janeiro, Dumara Distribuidora de Publicações LTDA.
- BRICEÑO-LEÓN, R. 1990. *La casa enferma*, Caracas, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana-Consortio de Ediciones Capriles.
- 1998. «El contexto político de la participación comunitaria en América Latina», *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (2):141-147.
- y SONNTAG, H. R. «Latin American sociology caught between people, time and development», en R. Briceño-León y H. R. Sonntag (eds.). *Sociology in Latin America*, Montreal, International Sociological Association.
- CANDIOTI, C. A. 1989. *Santa Fe del Norte, Santa Fe del Sur, la desigualdad social*, Santa Fe, Argentina, Universidad Nacional del Litoral.
- CANESQUI, A., 1995. *Dilemas e desafios das ciencias sociais na saúde coletiva*, Sao Paulo-Río de Janeiro, Hucitec-Abrasco.
- CARDONA, A. 1993. «Economía, salud-enfermedad y modelos de desarrollo», en C. PINZÓN y R. SUÁREZ (comps.), *Cultura y salud en la construcción de las Américas*, Bogotá, Giro Editores
- CARMINO, M. I. 1994. «Argentina: la lepra ¿una enfermedad del pasado?», *Fermentum*, 3 (8): 75-102.
- CASTÉS, M.; JIMÉNEZ, M.; CASTAÑEDA, N.; RODA, A. y MARTÍN, I. 1992. «Estudio de los aspectos epidemiológicos y socio-económicos en mujeres con leishmaniasis», *Fermentum*, 2 (4): 85-98.
- CASTRO, R. et al. 1999. «Ciencias sociales y salud pública: retos y perspectivas», en R. BRICEÑO-LEÓN (comp.). *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*, Caracas, Fundación Polar-Laboratorio de Ciencias Sociales.
- CATAÑO, G. 1995. *La artesanía intelectual*, Bogotá, Editores Colombia.
- CHAGAS, C. 1909. «Über eine neue Trypanosomiasis des Menschen», *Archiv für Schiff und Tropenhygiene*, 13, 351-353.
- COHN, A. et al. 1991. *A saúde como direito e como serviço*, Río de Janeiro, Cortez Editora.
- COIMBRA, C., 1999. «Minorías étnico-raciales, desigualdad y salud: consideraciones teóricas preliminares», en Mario BRONFMAN y Roberto CASTRO (comps.). *Salud, cambio social y política*, México DF, Edamex.
- DÍAZ POLANCO, J. y MAINGON, T., 1999. «¿A dónde nos llevan las políticas de salud? La reforma del sector salud, ¿un cambio positivo?», en Mario BRONFMAN y Roberto CASTRO (eds.), *Salud, cambio social y política*, México DF, Edamex.
- DOBLES-ULLOA, A. y PERRIAD, C. 1994. «Representaciones, actitudes y prácticas respecto a la leishmaniasis cutánea en la población del Cantón de Acosta, Provincia de San José, Costa Rica. Estudio antropológico exploratorio», *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (2): 181-189.
- DRESSLER, W. W. y DOS SANTOS, J. E. 2000. «Social and cultural dimensions of hypertension in Brazil: a review». *Cadernos de Saúde Pública*, 16 (2): 303-315.
- DUARTE, L.F. 1986. *Da vida nervosa. Nas classes trabalhadoras urbanas*. Río de Janeiro: Jorge Zahar Editor/CNPq.
- FALS BORDA, O. 1978. *Crítica y política en ciencias sociales*, Bogotá, Editorial Punta de Lanza.
- GABALDÓN, A. 1965. *Una política sanitaria*, Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social.
- GARCÍA, J. C. 1963. «Sociología y medicina: bases sociológicas de las relaciones médico-paciente». *Cuadernos Médico Sociales*, 4:11-16.
- 1989. «As ciencias sociais em medicina», en E.D. NUNES (org). *Juan Cesar Garcia: pensamento social em saúde na América Latina*, Sao Paulo, Cortez-Abrasco.
- GOFFMAN, E. 1970. *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Buenos Aires, Amorrortu.

- HARDY, E., 1999. «Del control de la natalidad a la salud reproductiva», en Mario BRONFMAN y Roberto CASTRO (comps.). *Salud, cambio social y política*, México DF, Edamex.
- KROEGER, A. y ALARCÓN, J. P. 1993. *Malaria en Ecuador y Perú y estrategias alternativas de control*, Lima, Abya-Yala Ediciones.
- KUHN, T, 1978. *The structure of scientific revolutions*, Chicago, Chicago University Press.
- LAURELL, A. 1999. «La política de salud en el contexto de las políticas sociales», en Mario BRONFMAN y Roberto CASTRO (comps.). *Salud, cambio social y política*, México DF, Edamex.
- LLOVET, J. y RAMOS, S. 1995. «Hacia unas ciencias sociales con la medicina: obstáculos y promesas», en M. HARDY, M. J. DUARTE OSIS y E. RODRIGUES CRESPO (comps.), *Ciências sociais e medicina. Atualidades e perspectivas latino-americanas*, Campinas, Brasil: Cemicamp.
- 1999. «Transformaciones en la profesión médica: un cuadro de situación al final del siglo», en Mario BRONFMAN y Roberto CASTRO (comps.). *Salud, cambio social y política*, México DF, Edamex.
- LOLAS STEPKE, F. 1995. «De la medicina y las ciencias como discursos alternativos», en E. HARDY, M. J. DUARTE OSIS y E. RODRIGUES CRESPO (comps.), *Ciências sociais e medicina. Atualidades e perspectivas latino-americanas*, Campinas, Brasil: Cemicamp.
- 1999. «La medicina como ciencia social», en R. BRICEÑO-LEÓN (comp.). *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*, Caracas, Fundación Polar-Laboratorio de Ciencias Sociales.
- LORENA CLARO, L. 1995. *Hanseníase. Representações sobre a doença*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz.
- MÉNDEZ NELSON, C. 1995. «Creencias y actitudes hacia la malaria y servicios antimaláricos en tres grupos étnicos de Guatemala». *Espacio Abierto*, 4 (2): 39-48.
- MÉNDEZ, A. 1999. «Las ciencias sociales y la salud en Guatemala», en R. BRICEÑO-LEÓN (comp.). *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*, Caracas, Fundación Polar-Laboratorio de Ciencias Sociales.
- MENDONÇA DE SOUSA, S.; ARÁUJO, A. J. y FERREIRA, L. F. 1994. «Saúde e doença em grupos indígenas pré-históricos do Brasil», en R. V. SANTOS y C. E. A. COIMBRA (comps.). *Saúde e povos indígenas*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz.
- MENÉNDEZ E. y GARCÍA DE ALBA, J. 1992. *Prácticas populares, ideología médica y participación social. Aportes sobre antropología médica en México*, México DF, Ciesas.

- MERCER, H., 1999. «Cambios de salud en Argentina: los riesgos de la exclusión social», en R. BRICEÑO-LEÓN (comp.). *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*, Caracas, Fundación Polar-Laboratorio de Ciencias Sociales.
- MINAYO, M. C. 1994. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*, Sao Paulo-Río de Janeiro, Hucitec-Abrasco.
- y DA FONSECA, S. 1999. «La salud del trabajador en el ámbito de la salud pública: el caso brasileño», en Mario BRONFMAN y Roberto CASTRO (comps.). *Salud, cambio social y política*, México DF, Edamex.
- MONTERO, M. et al. 1996. *Participación ámbitos, retos y perceptivas*, Caracas, Ediciones Cesap.
- NOVACOVSKY, I. y LÓPEZ, N. 1992. «Salud y pobreza: el acceso diferencial al sistema de atención». En F. LOLAS STEPKE, R. FLORENZANO, G. GYARMATI y C. TREJO (comps). *Ciencias sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria.
- NUNES, E. D. 1999. *Sobre a sociologia da saúde*, Sao Paulo, Hucitec.
- ORTEGA CANTO, J. E. 1987. *Henequen y salud*, Yucatán, Universidad Autónoma de Yucatán Ediciones.
- ; HOIL SANTOS, J. y PUGA, L. F. 1994. «México: creencias y prácticas sobre la leishmaniasis cutánea en una población de migrantes en el estado de Campeche», *Fermentum*, 8: 126-141.
- ORTEGA, M. y MIRANDA, R. (1993). «La oncocercosis en el Soconusco, México. Estudio interdisciplinario y estrategia económica para la suspensión de la transmisión», en R. BRICEÑO-LEÓN y J. C. PINTO DIAS (comps.). *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*, Caracas, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana-Consorcio de Ediciones Capriles.
- PARSONS, T. 1966. *El sistema social*, Madrid, Biblioteca de la Revista de Occidente.
- PEDERSEN, D. 1992. «El dilema de lo cualitativo y cuantitativo. De las encuestas a los métodos rápidos de investigación en salud», en F. LOLAS STEPKE, R. FLORENZANO, G. GYARMATI y C. TREJO (comps). *Ciencias sociales y medicina. Perspectivas latinoamericanas*, Santiago de Chile, Editorial Universitaria.
- PORTILLO, G. y BALLIACHE, D. 1994. «Percepción de yerberos y usuarios en la utilización de yerbas medicinales en enfermedades tropicales», *Fermentum*, 3-4 (número especial doble): 142-153.
- RABELO, M. et al. 1999. *Experiencia de doença e narrativa*, Río de Janeiro, Fundación Oswaldo Cruz.
- ROJAS, V. de; ALVISA, R.; HERNÁNDEZ, O.; BRAVO, R. y GARCÍA, M. 1993. «La lepra en Ciudad de La Habana, Cuba», en R. BRICEÑO-LEÓN y J. C. PINTO DIAS (comps). *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*, Caracas, Fondo Editorial Acta Científica de Venezuela-Consorcio de Ediciones Capriles.
- , — y GIL, R. 1994. «Algunos factores que inciden en la demora en el diagnóstico de la lepra», *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 116 (4): 307-312.
- ROMERO SALAZAR, A. y RUJANO, R. 1995. «La eficiencia del diagnóstico y de la introducción y la administración del tratamiento en el control de la lepra», *Espacio Abierto*, 4 (2): 63-84.
- ROZEMBERG, BRANI (1994). «Social representation of somatic events linked to schistosomiasis», *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1): 30-46.
- RUBIN DE CELIS, E. 1999. «Las ciencias sociales y la salud en Perú. Avances, limitaciones y vacíos», en R. BRICEÑO-LEÓN (comp.). *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*, Caracas, Fundación Polar-Laboratorio de Ciencias Sociales.
- SANDIA, A. 1994. «Malaria y movilidad humana estacional de las comunidades indígenas del río Riecito del estado Apure», *Fermentum*, 3-4 (número especial doble): 103-125.

- SAWYER, D., 1999. «Ciencias de la salud y ciencias sociales en América Latina: el enfoque interdisciplinario y una acción orientada», en R. BRICEÑO-LEÓN (comp.). *Ciencias sociales y salud en América Latina: un balance*, Caracas, Fundación Polar-Laboratorio de Ciencias Sociales.
- VALLA, V. y STOTZ, E. 1993. *Participação Popular, educação e saúde: teoria e pratica*, Rio de Janeiro, Dumará.
- VELÁSQUEZ, A. y PÉREZ, H. 1994. «Venezuela: estudios de factores socioeconómicos de riesgo de exposición a la malaria que favorecen el contacto hombre-vector en Nurucual, estado Sucre», *Fermentum*, 3 (8): 8-28.
- VLASOFF, C. 1993. «El estado actual de la investigación social y económica sobre las enfermedades tropicales», en R. BRICEÑO-LEÓN y J.C. PINTO DIAS (comps.). *Las enfermedades tropicales en la sociedad contemporánea*, Caracas, Fondo Editorial Acta Científica Venezolana-Consortio de Ediciones Capriles.
- WALLERSTEIN, I. 1996. *Abrir las ciencias sociales*, México DF, Siglo XXI Editores.
- WEBER, M. 1963. *Ensayos sobre metodología sociológica*, Buenos Aires, Amorrortu.