

# DE CÓMO LA SOCIOLOGÍA CONSTRUYE SUS OBJETOS: EL CARÁCTER PROBLEMÁTICO DE LOS “DETERMINANTES” SOCIALES DE LA SALUD-ENFERMEDAD

Roberto Castro\*

## Introducción

Una de las preocupaciones centrales de la sociología médica es la cuestión de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad. Contra el *modelo naturalista*, que tiende a restringir al ámbito biológico el origen de las diversas enfermedades, desde disciplinas como la sociología, las ciencias políticas y la antropología se postula un *modelo social* que sostiene que los factores culturales y socioeconómicos juegan un papel más importante que los biológicos en la producción de las variaciones en los niveles de salud que se advierten en las diversas sociedades.

El modelo social, sin embargo, dista mucho de ser una teoría unificada. En su interior es posible reconocer por lo menos tres niveles de problematización del objeto (i.e., los determinantes), en función del aspecto que se enfatiza, en detrimento de otros. El primer nivel se centra en la identificación y jerarquización

---

\* Doctor en Sociología Médica por la “University of Toronto”, titular de Maestría en Población (“University of Exeter”) y de Licenciatura en Sociología (Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNAM). Investigador del Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias (CRIM) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Correo electrónico: rcastro@correo.crim.unam.mx.

de los determinantes *sociales* (esto es, no biomédicos) de la salud y la enfermedad, aceptando como no-problemática la definición de estos últimos conceptos que se ofrece desde la biomedicina. El segundo nivel, en cambio, centra la mirada en problematizar el concepto mismo de salud-enfermedad y mostrar así su carácter socialmente construido. En consecuencia, desde este nivel la búsqueda de los *determinantes* es la búsqueda de los factores políticos y culturales que dan lugar a tales construcciones sociales. Y el tercer nivel, por su parte, busca problematizar al sujeto que problematiza (u objetivar al sujeto objetivante), y considera a la perspectiva sociológica como sujeta también a determinantes sociales. Desde esta perspectiva se busca identificar el papel que juegan las ciencias sociales, desde su posición subordinada dentro del campo médico, en la construcción de ese objeto de estudio que aquí llamamos los “determinantes” de la salud y la enfermedad.

En este trabajo haremos una revisión del problema de los determinantes de la salud y la enfermedad a partir de los tres niveles – o aproximaciones al objeto— arriba mencionados.

---

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

Al proponer que los determinantes de la salud y la enfermedad se encuentran más en el plano social que en el biológico, una primera contribución de las ciencias sociales ha sido la problematización y crítica que hacen de las condiciones materiales de vida y de los arreglos sociales que los hacen posibles. Un buen ejemplo lo constituye el informe de la Comisión sobre Determinantes de la Salud de la OMS (2009), que atribuye a las diversas formas de inequidad (de clase, de género, de acceso a los recursos, de conocimiento, y otras) el origen fundamental de las desigualdades en salud. Se trata de un informe con un lenguaje relativamente crítico (impensable hace algunas décadas) y anclado en conceptos de las ciencias sociales, como los mencionados arriba. Sin embargo, la Medicina Social de América

Latina ha objetado dicho informe porque la crítica de la realidad que hace no es suficientemente radical como para señalar claramente que sólo una transformación del sistema capitalista permitirá cambios de fondo en las inequidades en salud (González Guzmán, 2009).

Para revisar brevemente los determinantes sociales que se identifican desde este enfoque (por la OMS y por otros autores) podemos partir del nivel más “macro”, y 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 el resultado de fenómenos sociales (la industrialización y la sociedad de consumo, así como el crecimiento poblacional).

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 (Globalization 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 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 globalización se asocia también con un 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<sup>1</sup>.

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 morbimortalidad 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; al mismo tiempo, demostró el error de las *teorías que de la selección social*, que proponían que no es la clase social baja la que produce más enfermedades, sino que al enfermarse muchos individuos tienden a descender de clase social. El Black Report y los subsecuentes análisis de Blane (1985) y Wilkinson (1986) demostraron que este tipo de explicaciones alternativas carecían de fundamento. 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 enfermedad. 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

---

<sup>1</sup> Ver, por ejemplo: <http://www.who.int/trade/en/index.html>.

poco o nada tienen que ver con las diferencias biológicas entre los sexos. La Organización Mundial de la Salud<sup>2</sup> 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 África son mujeres, y que las proporciones en otras regiones del mundo donde aún son minoría, como América Latina, están creciendo rápidamente (Sen and 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, en detrimento de estas últimas.

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 80's, 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. En la sociedad capitalista, el trabajo es la forma fundamental de inserción social de los individuos. 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 cual está relacionado con la salud y la enfermedad. Laurell propuso la categoría de *proceso de trabajo* para dar cuenta 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

---

<sup>2</sup> Ver, por ejemplo: [http://www.who.int/features/factfiles/women\\_health/en/index9.html](http://www.who.int/features/factfiles/women_health/en/index9.html).

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 cuales operan (Karasek et. al., 1981). Aunque no lo mencionan directamente, es evidente que estos autores también están lidiando con la *alienación*.<sup>3</sup> Se ha documentado que a mayores grados de alienación corresponden mayores enfermedades ocupacionales (Benach, Muntaner y Santana, 2007).

Muy vinculado a este nivel de análisis se encuentra el tema del *apoyo social*. 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. Cobb propuso la hipótesis del modelo del *efecto amortiguador* del apoyo social, que complementó la hipótesis del modelo del *efecto directo*. 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. La evidencia presentada por Kaplan (1974), dos años antes, en su estudio sobre el *Alameda County*, mostraba que aquellos individuos que disponen de redes sociales de familiares o de amigos cercanos enferman menos que aquellos individuos que disponen sólo de redes sociales más débiles; 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 (Castro, Campero y Hernández, 1997).

---

<sup>3</sup> 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.

Por otra parte, en un estudio que se volvió también un clásico, Sennet y Cobb (1973) mostraron que hay 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 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 noventa 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. 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*.

Finalmente, en el plano de los individuos, es posible recurrir a la categoría de *estilos de vida* como un determinante más 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 social queda demostrada no sólo en relación a las enfermedades infecciosas sino también respecto a las enfermedades crónicas. 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 son excluyentes entre sí, y de hecho 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* y *eficaces* 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. Supone además que la enfermedad es un objeto natural con existencia propia, independientemente de que la nombremos o la detectemos. Y asume, por último, que las fuerzas sociales que en el apartado



anterior fueron identificadas como las principales determinantes sociales de la salud son independientes del conocimiento y de la práctica médica (Wright y Treacher, 1982). Estos supuestos han sido cuestionados desde las ciencias sociales, dando lugar a formas enteramente diferentes de pensar el problema de los determinantes sociales de la salud y la enfermedad. 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. 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. Becker (1963), por ejemplo, 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<sup>4</sup>; y que es la 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, pp. 37; paréntesis mío). Y es justamente para poder “nombrar” 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 algunas 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.

---

<sup>4</sup> 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. 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.

Goffman (1961), a su vez, argumentó en *Internados* que son las instituciones psiquiátricas 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 irremediabilmente en medio de una profecía autocumplida, precisamente porque es confinada dentro de un rol específico.

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. 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. 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 (Conrad y Barker, 2010). Este último enfoque 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, en consecuencia, el surgimiento, en el plano cognitivo, de cierta *realidad*. Dicho muy esquemáticamente, 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 mostró que el avance de la medicina es más un producto de arreglos 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 (ver también Conrad, 1992). 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<sup>5</sup>. En síntesis, Freidson postuló que los determinantes “objetivos” de la enfermedad, y los 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” (Wright y Treacher, 1982). Un caso paradigmático

---

<sup>5</sup> Para un ejemplo desde esta perspectiva en México ver Erviti, Castro y Sosa, 2006.

se refiere al estudio de Conrad (1975), que mostró cómo la hiperkinesis fue construida socialmente como resultado de varios factores, entre los que destaca la invención de una droga para tratarla<sup>6</sup>. Junto con Schneider, 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<sup>7</sup>.

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

---

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> En ese sentido resulta en extremo interesante revisar los cambios de las sucesivas versiones de la Clasificación Internacional de las Enfermedades y advertir cómo se anotan nuevas enfermedades y se eliminan otras (Janssen y Kunst, 2004). Apenas en 1990 la OMS desclasificó a homosexualidad como enfermedad.

adoptada por el discurso médico: al tiempo que elude cualquier intento de conceptualización precisa, el término refleja una teoría específica de la sociedad<sup>8</sup>. 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 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).

---

<sup>8</sup> 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, p. 322-323).



Habría que advertir contra el relativismo que podría suponer una lectura ingenua del enfoque constructivista<sup>9</sup>. 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.

Lo que interesa a los enfoques construccionistas (incluyendo al modelo de la etiquetación) es el aspecto *político* de los procesos de salud/enfermedad. No es que las alteraciones biológicas conllevan por sí solas, en forma intrínseca, significados específicos ante los cuales reaccionan los seres humanos. Tales significados emergen sólo mediante patrones específicos de interacción social.

Desde la perspectiva de la teoría de la etiquetación, 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,

---

<sup>9</sup> 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).

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?

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). La centralidad que posee la arbitrariedad 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, p. 140).

---

### **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 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, 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 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 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 aquí, pero para el que contamos con indicios de una dirección analítica promisoría. 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<sup>10</sup>. Habría que comprender que, dentro del campo médico, los científicos sociales gozan de poca *autonomía*, mientras que dentro del campo académico los antropólogos médicos y los sociólogos de la salud tienen poca *importancia*. 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.

---

<sup>10</sup> Relación de dominación-subordinación que, desde luego, debe entenderse en el marco de las implicaciones políticas que conllevan los hallazgos de las ciencias sociales.

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 verdadera sociología médica no debería ignorar.

El estudio de los determinantes de la salud y la enfermedad interesa a las ciencias sociales 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. Su estudio 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.

## Bibliografia

- Armstrong D. (1986) "The invention of infant mortality". *Sociology of health and illness* 8 (3): 211-232.
- Aronowitz R.A. (1991). "Lyme disease: the social construction of a new disease and its social consequences". *The Milbank Quarterly* 69(1): 79-112.
- Becker H.S. (1963). *Outsiders. Studies in the sociology of deviance*. New York. The Free Press.
- Benach J. Muntaner. C., and Santana. V. (2007). *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.
- Berger P. y Luckmann T. (1966). *The social construction of reality. a treatise in the sociology of knowledge*. New York: Anchor books.
- Blane David (1985). "An assessment of the Black Report's 'explanations of health inequalities'". *Sociology of health and illness* 7(3): 423-445.
- Bourdieu P. (2003). *El oficio de científico. Ciencia de la ciencia y reflexividad*. Barcelona: Anagrama.
- Bransen E. (1992). "Has menstruation been medicalized? Or will it never happen..." *Sociology of health and illness* 14(1): 98-110.
- Bronfman M, Tuirán Rodolfo. (1983). "La desigualdad social ante la muerte. Clases sociales y mortalidad en la niñez". *Cuadernos Médico Sociales* 29(53): 53-75.
- Bury MR. (1986). "Social constructionism and the development of medical sociology". *Sociology of Health and illness* 8(2): 137-169.
- Bury MR. (1987). "Social Constructionism and Medical Sociology. A Rejoinder to Nicolson and McLaughlin". *Sociology of Health and Illness* 9(4): 439-441.

- Cassel J. (1976). "The contribution of the social environment to host resistance, the Fourth Wade Hampton Frost Lecture". *American Journal of Epidemiology* 104(2): 107-123.
- Castro R. (2000). *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la enfermedad en la pobreza*. Cuernavaca: CRIM.
- Castro R. Campero L. y Hernández B. (1997). "La investigación sobre *apoyo social* en salud, situación actual y nuevos desafíos". *Revista de Saúde Pública* 31(4): 425-35.
- Cobb Sidney. (1976). "Social support as a moderador of life stress". *Psychosomatic medicine* 38(5): 300-314.
- Coburn D. (1978). "Work and general psychological and physical well-being". *International Journal of Health Services* 8(3): 415-435.
- Coburn D. (1979). "Job alienation and well-being". *International Journal of Health Services* 9(1): 41-59.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Buenos Aires: Ediciones Journal.
- Conrad P. (1975). "The discovery of hyperkinesis. Notes on the Medicalization of deviant behavior". *Social problems* 23 (1): 12-21.
- Conrad, Peter (1992). "Medicalization and social control". *Ann. Rev. Sociol.* 18: 209-32.
- Conrad, Peter y Kristin K. Barker. (2010). "The social construction of illness: key insights and policy implications". *Journal of health and social behavior* 51(S): S67-S79.
- DHSS (1980). *Inequalities in health. Report of a research working Group*. London. Department of Health.

- Erviti J. Castro R. y Sosa I. (2006). "Las luchas clasificatorias en torno al aborto, el caso de los médicos en hospitales públicos de México". *Estudios Sociológicos* 24(72): 637-665.
- Foucault M. (1966). *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI: México.
- Freidson E. (1970). *La profesión médica*. Barcelona: Taurus.
- Gabbay JA. (1982). "Asthma 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, p. 23-48.
- Gallagher EB. (1976). "Lines of reconstruction and extension in the parsonian sociology of illness". *Social Science and Medicine* 10(5): 207-18.
- Glassner B. (1989). "Fitness and the postmodern self". *Journal of health and social behaviour* 30: 180-191.
- Globalisation Knowledge Network. (2007). *Towards Health-Equitable Globalisation. Rights, Regulation and Redistribution. Final Report to the Commission on Health Determinants* (World Health Organisation). Ottawa. Institute of Population Health.
- Goffman E. (1961). *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. New York. Doubleday y Company. Inc.
- Goffman E. (1984). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Amorrortu editors.
- González Guzmán, R. (2009). "La medicina social ante el reporte de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud." *Medicina Social* 4(2): 135-142.
- Harding G. (1986). "Constructing addiction as a moral failing". *Sociology of health and illness* 8(1): 75-85.

- Herzlich C. (1973). *Health and Illness. A Social Psychological Analysis*. New York. Academic Press.
- Honig-Parnass T. (1981). "Lay concepts of the sick-role. An examination of the professional bias in Parson's model". *Social Science and Medicine* 15A: 615-623.
- Janssen, F. and Kunst, A.E. (2004). "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): 904-913.
- Kaplan George A. (1974). *Alameda County (California) health and ways of living study. 1974 panel*. Berkeley. CA.: Human Population Laboratory, California Dept. of Health Services.
- Karasek R., Dean Baker, Frank Marxer, Anders Ahlbom and Tores Theorell. (1981). "Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease, a prospective study of Swedish men". *American Journal of Public Health* 71(7): 694-705.
- Laurell AC. (1982). "La salud-enfermedad como proceso social". *Revista Latinoamericana de Salud* 2: 7-25.
- Laurell AC. y Márquez M. (1983). *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud*. México: Editorial Era.
- Lemert EM. (1951). *Social pathology: a systematic approach to the theory of sociopathic behavior*. Los Angeles: McGraw-Hill.
- Menéndez E. (1990). *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: CONACULTA y Alianza editorial mexicana.
- Mercer J. (1973). *Labelling the mentally retarded*. Berkeley: University of California Press.
- Moynihan R., Heath. I., y Henry D. (2002). "Selling sickness, the pharmaceutical industry and disease mongering". *British Medical Journal* 324: 886-891.



- Nicolson M. and McLaughlin Cathleen. (1987). "Social constructionism and medical sociology, a reply to M. R. Bury". *Sociology of Health and Illness* 9(2):107-126.
- Parsons T. (1951). *The social system*. Glencoe. Ill. The Free Press.
- Pearlin L.I. (1985). "Social structure and processes of social support". En. S. Cohen y S. L. Syme (eds). *Social support and health*. New York. Academic Press, p. 43-60.
- Pollock K. (1988). "On the nature of social stress. production of a modern mythology". *Social Science y Medicine* 26(3): 381-392.
- Scheff TJ. (1973). *El rol del enfermo mental*. Buenos Aires: Amorrortu editors.
- Scott RA. (1969). *The making of blind men. A study of adult socialization*. New York: Russell Sage Foundation.
- Sen G., y Östlin Piroška (Coords.) (2007). *Unequal. Unfair. Ineffective and Inefficient. Gender Inequity in Health. Why it exists and how we can change it*. Ginebra. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health/ The Indian Institute of Management Bangalore and the Karolinska Institutet.
- ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/csdh\\_media/wgekn\\_final\\_report\\_07.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf)).
- Sennet R. y Cobb J. (1973). *The hidden injuries of class*. New York. Random House.
- Smith D. (1990). *The Conceptual Practices of Power. A Feminist Sociology of Knowledge*. Toronto. University of Toronto Press.
- Stark E. Flitcraft. A.. y Frazier. W. (1982). "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, p. 177-209.

- Waxler NE. (1980). "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, p. 283-306.
- Waxler NE. (1981). "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, p. 169-194.
- Wilkinson R. (1986). *Class and health. research and longitudinal data*. London: Tavistock.
- Wright, Peter and Andrew Treacher. (1982). *The problema of medical knowledge. Examining the social construction of medicine*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Yoxen E.J. (1982). "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, p. 144-161.