

Vías de acceso a la subjetividad cotidiana en torno a los procesos de salud-enfermedad

GONZÁLEZ GONZÁLEZ, NORMA Y ALICIA TINOCO GARCÍA (COORDS.) (2005), *SALUD Y SOCIEDAD. SUS MÉTODOS CUALITATIVOS DE INVESTIGACIÓN*, VOL. II, UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO, TOLUCA, MÉXICO, 109 PP., ISBN 968 835 888 6

No resulta sencillo reseñar un libro que uno mismo coordinó; sin embargo, esperamos que el presente documento logre captar la atención en torno a un problema que poco a poco se ha convertido en motivo de nuestro interés académico y profesional, y que también nos ha permitido encontrar una vía de acceso a la subjetividad como objeto de estudio, en un campo de excepcional riqueza como es la salud; un lugar de convergencias en el que en algún momento de la vida todos hemos estado situados.

Se presenta una referencia general en cuanto a la importancia de la publicación del libro como tal, y asimismo se hace un recuento de los diferentes trabajos que en él se compilan. Esperamos motivar el interés y la polémica por el tema y, aunque sin duda hay carencias y fallas que nos comprometen a superar trabajos futuros, agradeceremos los comentarios derivados de una lectura crítica del documento.

El libro *Salud y sociedad. Sus métodos cualitativos de investigación*, vol. II, publicado por la Universidad Autónoma del Estado de México a principios de 2005, es parte de un proyecto relativamente nuevo en la universidad. Se trata de un esfuerzo marcado por el interés que despierta la salud como fenómeno social y objeto de estudio de las ciencias sociales, más allá del trabajo y la preocupación asumida como 'natural' y 'propia' del área de conocimiento de la medicina, y asimismo del ejercicio profesional en este campo del saber científico. Desde hace aproximadamente una década, en esta institución de educación superior han venido publicándose trabajos de corte antropológico, psicológico y sociológico, como el que ahora se presenta; en ellos se propone una discusión que retoma el carácter social, histórico y cultural de la salud en tanto un acontecimiento y fenómeno social.

Sin duda, ha marcado a nuestra sociedad esa noción de salud en que de manera automática se identifica al médico, al consul-

torio, a la clínica, al hospital, entre otras construcciones arraigadas en el imaginario colectivo con el tema de la salud;¹ no obstante, es indispensable que como una de sus responsabilidades intelectuales y de actuación frente a la realidad, el colectivo académico retome y cuestione un campo de conocimiento que desborda las fronteras marcadas por la medicina, y se ve enriquecido por una idea que permea a la sociedad: la salud en tanto una preocupación que en su cotidianidad hace que los individuos desarrollen prácticas y actividades tendentes a procurarla y que, en otros casos, llegan también a afectarla, desde luego, en el contexto de lo que cada espacio social entiende por salud, con determinados criterios de normalidad, y en esa medida integrándola a su vivencia individual y colectiva.

El libro representa un aporte en el esfuerzo por saber, tanto en círculos académicos como entre tomadores de decisiones, que la salud no puede ni debe reducirse a la atención de la enfermedad, sino que existen dinámicas y unidades sociales de análisis indispensables de tener en cuenta al momento de trazar y definir estrategias para la atención de la salud, y en general para dar respuesta al bienestar social. Mientras en otros países la aproximación teórica e institucional a la salud es ya una realidad interdisciplinaria, en México el panorama sigue siendo desalentador, ya que no existe un proyecto institucional que valore y opere programas de salud próximos a las necesidades diferenciadas de la población; se mantiene el dominio de un esquema de atención en salud para el que el individuo (enfermo o no) es concebido como una maquinaria biológica y, en consecuencia, queda anulado como sujeto con la capacidad de saber y actuar de manera protagónica en la recuperación o el mantenimiento de su salud.²

¹ El sector privado, orientado a la atención privada de la demanda de servicios de salud, es el más beneficiado por un modelo hegemónico de salud que en la lectura biológica del cuerpo humano aísla la presencia de la enfermedad, y la vacía de su temporalidad histórica y cultural. La medicina clínica biológica se ha convertido en un prolífico negocio que no en la salud sino en la enfermedad encuentra la razón de su éxito comercial, al desarrollar medicamentos e instrumentos que fortalecen la idea de que a mayor tecnología mayor salud.

² El nivel tecnológico alcanzado por la medicina nos lleva hoy en día a 'registrar las bondades', no ya de las especialidades médicas, sino de las subespecialidades que fragmentan al ser humano en la operación muy específica de determinadas funciones orgánicas que, en el proceso de su recuperación, dependen del instrumental y las técnicas médicas de avanzada: aparatos médicos, instrumental quirúrgico, metodologías diagnósticas, medicamentos de tercera o cuarta generación, para los que se tiene un acceso limitado a las capacidades económicas, y que invariablemente desencadenan efectos secundarios. Es necesario destacar que no se trata de negar el valor de este tipo de atención, lo que ocurre es que antes de que el enfermo llegue al hospital requiriendo

En el caso de nuestro país, y del mismo Estado de México, subsisten campos de conocimiento inexplorados cuya riqueza representa un enorme capital para la mejor comprensión del fenómeno de la salud y, en consecuencia, de una apropiada definición de estrategias que la atiendan y la procuren. Una de las áreas más descuidadas es la que tiene que ver con el carácter subjetivo de la salud, que recupera la manera en que en este campo las experiencias representan un acontecimiento de vida para los individuos en su interacción cotidiana y comunitaria. Se ha documentado que muchos de los fracasos en políticas de salud tienen que ver con la imposición etnocéntrica de un concepto de salud (y las medidas y acciones que de ahí se derivan) que ha desoído los contextos y las referencias culturales de los espacios a los que van dirigidas las medidas sanitarias, lo que provoca un enorme rechazo por parte de la población de destino.

Así, en el caso del libro que se reseña, el trabajo titulado “Programas de apoyo a la nutrición infantil y calidad de vida en una comunidad indígena de México” muestra de manera clara las repercusiones que en una comunidad determinada tienen las medidas de corte institucional, cuyos propósitos han sido planteados al margen de la dinámica y la convivencia que se genera dentro de las comunidades, que si bien puede asumirse como un capital, un recurso para mejorar las condiciones y la calidad de vida, también puede convertirse en un obstáculo, al hacer de los programas sociales de gobierno mecanismos de desintegración de importantes redes de apoyo comunitario que sostienen la vida y la reproducción de estos espacios sociales. Se trata de una certera referencia a la importancia de situar la provisión de satisfactores como alimentos, vivienda y, desde luego, salud, entre otros, en los escenarios de sus definiciones y representaciones simbólicas; de esta manera se encamina el éxito de las acciones gubernamentales. También llama la atención que los autores del trabajo destaquen la necesidad de una colaboración interinstitucional que favorezca el desarrollo integral de las comunidades, y que abandone ese esquema atomizado en el que se ha basado la política social del país.

El documento ofrece un breve repaso por la reflexión que han motivado las llamadas “necesidades humanas”. Teóricos de la talla

alguna intervención quirúrgica (para la que no se sabe si hay capacidad de atención ante el incremento de este tipo de demanda), existe un largo y vasto camino en el cual actuar para impedir el desarrollo de la enfermedad. Se trata entonces de fomentar la salud y el bienestar humano.

de Agnes Heller y Herbert Marcuse, entre otros, son convocados para establecer criterios y bases teóricas de referencia que permitan abstraer el sentido más genérico de la categoría “necesidad”, pero que al mismo tiempo den cuenta de la temporalidad histórica de nuestra sociedad que demanda la operatividad de medidas y acciones sociales, y del gobierno para atender esas necesidades que son presentadas como básicas o esenciales a la existencia humana; aunque por otro lado queda claro que la definición de necesidades no se halla acompañada necesariamente de aquellos objetos o bienes que las satisfacen, de ahí el carácter histórico y político de esta discusión. El apartado finaliza con el reconocimiento de que las necesidades humanas no se limitan al ámbito puramente biológico, que es un componente central de la vida en el ser humano, pero no el único, ya que a él se integran cuestiones de naturaleza emocional y cultural; esto da paso a una ampliación de un criterio de necesidad que durante mucho tiempo centró su atención en los bienes y satisfactores de tipo material.

En el capítulo “Salud y tecnología médica. Una aproximación a la importancia sociocultural de la investigación en la salud”, su autora centra la atención en el análisis de las expectativas sociales que se albergaron paulatinamente ante los adelantos de la tecnología médica para la atención a la salud, sobre todo a partir de la Segunda Guerra Mundial, cuando se descubrieron antibióticos, vacunas y sueros como los avances más destacados de la modernidad, y es que “la maravilla de la medicina moderna [...] no tiene parangón en la historia de la medicina” (Jaspers, 1988: 57).

Paralelamente, la autora aporta algunos planteamientos acerca del fracaso de la llamada modernidad, pues si bien ésta va de la mano con los avances de la ciencia y de la tecnología, también convive con estructuras de poder que generan e imponen diferencias de acceso a la salud como instrumento de control social y dominio cultural. Por ello en el texto que se reseña, se evidencia que junto con el progreso, se habla de la crisis de la medicina, de reformas, de superar la medicina oficial y de innovaciones del concepto global de la enfermedad (Jaspers, 1988: 60).

Otra idea central que la autora plantea es que la medicina moderna fue proclamándose como la cúspide del conocimiento de los procesos de salud-enfermedad, por lo que se generó la idea de que “el dominio total sobre los padecimientos que azotaban a la humanidad estaba por concretarse”. Y a pesar de que desde las ciencias sociales había voces que pugnaban por realizar trabajos sobre cuestiones de salud, éstas fueron marginadas y acusadas de pre-

tensiones políticas o desviaciones ideológicas, por considerarse ajenas al conocimiento científico del campo de la medicina.

Pero ¿qué fue lo que permitió la paulatina incursión de las ciencias sociales en la investigación sobre procesos de salud-enfermedad? Como lo expone la autora, “ante el derrumbe de las grandes certidumbres con que el siglo había definido y enfilarado su rumbo hasta proyectar el fin de la historia, se produce una redefinición de esquemas de trabajo teórico y metodológico, abriendo las posibilidades de explicación y conocimiento de la polémica idea de la realidad social y, en particular, de aquello relacionado con la salud”. Lo anterior también abrió paulatinamente la posibilidad del reconocimiento y discusión multifacéticos de los límites de la medicina científica y de su impacto social. En síntesis, la autora convoca a reflexionar sobre el hecho de que los problemas de salud no tienen solución por decreto, y que los avances de la tecnología médica y los procesos administrativos, por sí mismos, no garantizan su aplicación social, y cuando se aplican van acompañados de contradicciones y diferencias sociales que obligan a la investigación crítica a recuperar cuestiones de índole social y cultural que hagan posible, por ejemplo, el estudio de la enfermedad y la muerte más allá de las tasas de morbilidad y de mortalidad, como se estudiaron por mucho tiempo.

En un apartado específico del libro reseñado, las reflexiones anteriores se particularizan para el caso mexicano, en el subtítulo “México. La perspectiva social y cultural en torno a la salud”. Dicho recuento y análisis resulta de suma importancia por contribuir a los avances de la investigación social en cuestiones de salud en este país.

Por su parte, en el texto “Reforma del sector salud y las condiciones de acceso, utilización y calidad de la atención en México: la percepción de los proveedores de servicios de salud”, las autoras llaman la atención sobre la importancia de examinar el tema de la reforma del sector salud y su establecimiento desde la percepción de algunos de los proveedores de servicios de salud –y no desde el punto de vista de los pacientes, como sucede en otros trabajos–, aunque el análisis tiene como punto de partida los datos estadísticos, por lo que resulta un ejemplo interesante de la complementariedad de los métodos cuantitativos y cualitativos.

El marco del análisis cualitativo que se reseña es un panorama general del contexto de la reforma del sector salud en México, cuyas dos etapas se llevaron a cabo en 1983-1994 y 1995-2000, periodos de paulatino avance de las políticas del modelo económi-

co del neoliberalismo en el país, entre las que destaca significativamente el recorte al gasto social, que entre 1980 y 1989 bajó casi seis puntos porcentuales: de 10.1% pasó a 4.3% del producto interno bruto. Como apuntan las autoras, los sectores más afectados con el recorte al gasto social fueron educación y salud. Ello, de entrada, explica el porqué de la reforma en cuestión, que en realidad fue orillando a que paulatinamente amplios sectores de la población, sobre todo los no derechohabientes, pagaran por el servicio de salud, lo que abrió un amplio campo de participación del mercado en los servicios mencionados.

Entre ambas etapas de la reforma al sector salud, según se expone en el capítulo reseñado, se descentralizó la operación de los programas nacionales a las secretarías de salud de las diversas entidades, pero siguieron definiéndose esos programas desde la federación: el IMSS-Solidaridad pasó a la Secretaría de Salud y cambió su nombre a Progresá; se descentralizaron los recursos financieros, materiales y humanos hacia las secretarías estatales; se dio lugar a la participación municipal; se amplió la cobertura de los servicios de salud por medio de un paquete de servicios básicos, y se introdujeron mecanismos para incrementar la calidad y la eficiencia de los servicios de atención a la salud.

Todo lo anterior ocurrió al menos en teoría, ya que, como lo señalan las autoras, todas las acciones mencionadas estaban encaminadas a lograr una mayor equidad conforme a las indicaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, y de acuerdo con el objetivo de Alma Ata de lograr la salud para todos en el año 2000, por lo que es conveniente apuntar los supuestos logros como parte de la agenda de la investigación en ciencias sociales.

Por otra parte, en el texto se aportan hallazgos para responder a la pregunta: ¿los proveedores de los servicios de salud conocen la reforma del sector salud?, pues se considera que de ello dependería en parte el éxito de la reforma. Para aclarar la interrogante anterior se plantea la siguiente hipótesis: 1. “El desconocimiento de la reforma no permite la adecuada participación de la mayoría de los proveedores de servicios de salud en su implementación”. Por otra parte, recuperándose el punto de vista de los proveedores de los servicios de salud, se cuestiona si ha habido una mejora en la equidad para la provisión de estos servicios, de donde se deriva la otra hipótesis que orientó la investigación que aquí reseñamos: 2. “La equidad no ha mejorado, debido a que la focalización crea un mayor número de estratos que

acceden de forma diferenciada y cada vez más fragmentada a atención también diferencial en cantidad y calidad de servicios”. Más que comentar en este espacio los hallazgos sobre las hipótesis, se convoca a los lectores interesados a que se acerquen al texto en extenso.

Es importante ahora resaltar la naturaleza de las hipótesis de carácter cualitativo, que no trabajan con variables sino con categorías de análisis. En el apartado metodológico se especifica el sustento teórico: la economía política, la teoría de los actores sociales y el enfoque igualitarista basado en la justicia social de la filosofía comunitaria, en contraste con el enfoque neoliberal de justicia social; se aclara también que la selección de la muestra, que incluye los estados de Sonora, Guanajuato y Oaxaca, permite considerar entidades con condiciones socioeconómicas contrastantes. Asimismo se detallan las técnicas de campo utilizadas en el proceso de investigación: resaltan las entrevistas a proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados, y a integrantes de la comunidad usuaria de los abastecedores.

Finalmente, en el trabajo “Redes sociales de apoyo en procesos de dolor, enfermedad y muerte: una aproximación teórica y una mirada a experiencias en torno a una mujer paciente de oncología”, se presenta una argumentación teórica y una referencia que, ‘tomada’ de la vida cotidiana, sitúa al lector en el redescubrimiento de escenarios próximos de los que se ha participado, sin que en ese momento se haya tenido la claridad de ser parte de una red de apoyo en salud. La propuesta de la autora invita a redimensionar el carácter subjetivo del padecimiento de una enfermedad crónica como el cáncer, y algo de lo más destacable de este esfuerzo radica en la exposición teórica de los elementos de análisis propios y necesarios para hacer de la experiencia subjetiva en torno a la enfermedad un objeto de estudio científico en el campo de las ciencias sociales. Alfred Schutz y su apuesta fenomenológica representan así el sustento para hacer visible a la mirada científica el tipo de experiencias a que se refiere el documento, y que hablan sobre una parte de la vida que es, en realidad, el espacio donde ‘el mundo’ adquiere sentido y se vuelve significativo para la existencia humana, particularmente en un campo donde el ser humano se descubre vulnerable y frágil, de tal forma que requiere no sólo tecnologías de avanzada y complejos medicamentos, sino también comunicación, la verbalización de su experiencia ante la enfermedad (como enfermo, fami-

liar, amigo, integrante de la comunidad y la sociedad), convertida en dolor y en sufrimiento.

Se recuperan asimismo planteamientos centrales en torno a las “redes sociales” en tanto procesos dinámicos en permanente construcción, y que para el caso de la salud, en particular para las enfermedades terminales, significan la posibilidad de producir lenguajes con capacidad de dar cuenta de ámbitos de la vida ligados a la vivencia personal, familiar o de amistad, como en el caso de María, al que se refiere el documento. La redes sociales constituyen un punto de apoyo teórico-conceptual básico para entender el tejido de relaciones que se generan ante la presencia de la enfermedad y de la muerte, lo que propicia dinámicas de apoyo que además de la carga cultural, llegan a trascender hacia otras esferas en las que los grupos de apoyo, con estrategias de trabajo definidas y acordes a determinados fines y campos de acción, logran convertirse en importantes e interesantes actores políticos.

La autora finaliza su trabajo poniendo énfasis en que el estudio de la sociedad, para conocerla y comprenderla, va más allá de las “relaciones racionales o mecánicas que, generalmente, sirven para definir las relaciones sociales desde las macroestructuras o macroinstituciones sociales”, argumento que sin duda ha formado parte central de una polémica que se mantiene viva, y que ha modificado no sólo la manera de aprender el mundo y los diferentes intentos por explicarlo, sino también los mismos esfuerzos por hacer que las decisiones de gobierno recuperen esos mundos de vida que le han sido ajenos, y que a fin de cuentas representan su origen y el sentido que debiera fundamentar su existencia.

Bibliografía

Jaspers, Kart (1988), “El médico en la era técnica”, *La práctica médica en la era tecnológica*, Gedisa, Barcelona, pp. 57-86.

NORMA GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y ALICIA M. TINOCO GARCÍA
Universidad Autónoma del Estado de México

Correos-e: gogn@uaemex.mx, atg@politicas.uaemex.mx y
aliciatinocogarcia@yahoo.com.mx.

Norma González González es profesora investigadora de la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEMéx). Obtuvo el Doctorado en Ciencias Políticas y Sociología, en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociología de la Universidad Complutense de Madrid. Es investigadora nacional nivel I del Sistema Nacional de Investigadores, miembro del Comité de Evaluación en Ciencias Sociales (becas externas) del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt), además de haber participado, dentro de la misma institución, en el Comité de Evaluación para proyectos de investigación. Algunas publicaciones: “Política social y sanitaria. México y lo local en el inicio del siglo XXI”, *Argumentos* núm. 45, UAM-X, pp. 23-38; “La salud en la agenda de la transición democrática”, *Espacios Públicos*, año 5, núm. 14, agosto de 2004, pp. 119-127, UAEMéx, México; “Médicos del primer nivel de atención. Reforma y recursos humanos en México”, *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 32, núm. 2, 2006; y “El estudio de la muerte como fenómeno social”, *Estudios Sociológicos*, El Colegio de México, núm. 54, septiembre-diciembre.

Alicia Margarita Tinoco García se desempeña como profesora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública de la Universidad Autónoma del Estado de México. Es candidata a doctora en ciencias sociales también por la UAEMéx. En los últimos cuatro años ha centrado sus intereses de investigación en problemas sobre procesos de salud-enfermedad, de lo que ha surgido: “Redes sociales de apoyo en procesos de dolor-enfermedad y muerte: una aproximación teórica y una mirada a experiencias en torno de una mujer paciente de oncología”, en Norma González González y Alicia Tinoco García (coords.), *Salud y sociedad: sus métodos cualitativos de investigación*, vol. II, Universidad Autónoma del Estado de México, Toluca, México, 2005, y la reseña “Una mirada alternativa a las experiencias de vida en torno a los procesos de salud-enfermedad”, *Economía, Sociedad y Territorio*, vol. III, núm. 12, julio-diciembre de 2002.