



REPENSAR LA *S*ALUD-ENFERMEDAD-  
ATENCIÓN EN MÉXICO DESDE  
LAS CIENCIAS SOCIALES

RELACIONES 74, PRIMAVERA 1998, VOL. XIX

*Gail Mummert*  
EL COLEGIO DE MICHOACÁN



uestra visión de la salud, enfermedad o grado de bienestar físico y mental de poblaciones humanas ha experimentado una sacudida muy sana en las últimas décadas con el reconocimiento de sus múltiples determinantes sociales, políticas y culturales. Investigadores de diversas disciplinas de las ciencias sociales (particularmente la antropología, demografía, sociología y ciencias políticas) han “invadido” el terreno de los profesionales de la salud. Estos invasores han justificado su presencia con argumentos que resaltan la necesidad de entender la incidencia de factores sociales y culturales en las creencias, percepciones y prácticas de seres humanos respecto a su salud y la de su familia, como en los desenlaces de tratamientos de la enfermedad.

Así, por ejemplo, un estudio reciente sobre el uso de anticonceptivos en Kenya resaltó la importancia de indagar no sólo los intercambios entre enfermeras y pacientes que ocurren adentro de las clínicas de planificación familiar, sino también la interacción fuera de la clínica de dichas pacientes entre ellas mismas y con otras mujeres que comparten sus formas de vida.<sup>1</sup> Por otra parte, los estudios de morbilidad destacan cada vez más la pobreza persistente de una proporción creciente de la población mundial como el problema raíz a atacar. Es decir, contemplan como factor explicativo de tasas diferenciales el acceso desigual no únicamente a instancias de atención médica sino también a los satisfactores básicos del ser humano.

De hecho, la noción misma de que el crecimiento económico engendra automáticamente una mejoría en los niveles de bienestar de la población en su conjunto –piedra de toque del modelo de la transición epidemiológica– ha sido cuestionado.<sup>2</sup> La persistencia y avance de la pobreza y los bajos niveles de bienestar en diversas regiones del mundo a fines del siglo xx han puesto de relieve que lograr la meta de la salud para toda la humanidad no es estrictamente un problema técnico consistente en llevar los avances de la medicina hasta los últimos rincones del globo. Ante este panorama desolador, tópicos y planteamientos sobre la salud como los anteriormente citados –que hace algunos años hu-

---

<sup>1</sup> Cfr. Rutenberg y Watkins (1997).

<sup>2</sup> Cfr. Szreter (1997: 693-694).

biera causado revuelo encontrar en publicaciones "serias" – han encontrado eco y adquirido cierta legitimidad académica. En resumidas cuentas, hoy se acepta en amplios círculos que los científicos sociales tienen algo valioso que aportar al estudio de la salud humana.

En México, esta invasión del terreno de la salud por científicos sociales ha sido particularmente fuerte y elocuente (aunque no exclusiva) en el terreno de la salud reproductiva, área que ha conocido un crecimiento explosivo en términos tanto de investigación y acción como de interés gubernamental. Este hecho no es casual; sin duda el complejo tema de la sexualidad y la reproducción humana está rodeado de fuertes cargas morales y emotivas entre las diversas capas de la sociedad mexicana. Por lo mismo, ha movilizadado desde los setenta a organizaciones no gubernamentales (sobre todo de corte feminista) en la lucha por difundir información desde una perspectiva de derechos humanos y por lograr servicios de salud mejores y más respetuosos de la dignidad humana de los usuarios (predominantemente mujeres).<sup>3</sup> Al mismo tiempo, la sexualidad y reproducción de la población mexicana constituyen un terreno que ha sido manipulado ideológicamente por instituciones gubernamentales y que constituye el blanco de diversas injerencias del Estado en forma de políticas, campañas, y programas.

Los artículos reunidos en este número de Relaciones forman parte de esta corriente emergente de investigación preocupada por "repen-sar", desde las ciencias sociales, el trío salud-enfermedad-atención en México. A guisa de introducción, en este ensayo ofrezco una serie de reflexiones alimentadas por la experiencia reciente de formación de una red de investigadores sobre "Salud y Sociedad" con sede en El Colegio de Michoacán. Después de resumir los antecedentes y operación de este proyecto, lanzo tres reflexiones sobre estas miradas alternativas de la problemática de salud en el país desde la perspectiva de una institución de docencia e investigación enclavada en la provincia mexicana. En este sentido, mi modesto objetivo es agregar una voz con divisadero regional a los debates que en gran medida se han concentrado en la capital del país.

---

<sup>3</sup> Cfr. Por ejemplo GIMTRAP, "La salud sexual y reproductiva. Reflexiones de SIPAM sobre una experiencia de atención a mujeres con perspectiva de género", Cuaderno de Trabajo I, México, D.F., 1996.

La primera reflexión se refiere a algunos caminos ensayados para atacar los considerables retos teórico-metodológicos que enfrenta un científico social que pretende abordar un tema de salud. Toco específicamente la interdisciplinariedad y las innovaciones metodológicas. En segundo lugar, señalo algunos escollos encontrados en los múltiples intentos de incorporación de la llamada "perspectiva de género" a la investigación sobre salud y propongo una vía fructífera para salir del atolladero. Por último, presento un tópico que se ha convertido en dilema ético para muchos estudiosos sociales de la salud: el uso de los hallazgos de la investigación para fines prácticos –ya sea para el activismo social, ya sea para la formulación de políticas públicas– y sus implicaciones para la relación entablada entre investigador e investigados.

#### SURGIMIENTO Y VIDA DE UNA RED DE INVESTIGADORES SOBRE "SALUD Y SOCIEDAD"

El Grupo "Salud y Sociedad" surgió en 1993 como producto de intereses compartidos por un pequeño núcleo de alumnos inscritos en el Doctorado en Ciencias Sociales de El Colegio de Michoacán, un programa tutorial y no residencial de formación interdisciplinaria. Aunque no constituía una línea de investigación institucional, "Salud y Sociedad" aglutinaba las inquietudes de varios estudiantes (médicos, psicólogos, sociólogos y antropólogos de formación) por comprender aspectos sociales y culturales de los procesos de salud-enfermedad-atención (en especial pero no exclusivamente la salud reproductiva). Asimismo los integrantes –desde sus anclajes institucionales en la provincia mexicana– compartían un compromiso social por mejorar la calidad de vida de las capas más desprotegidas de la población de su región. Dicho compromiso se reflejó en su elección de su población de estudio: pobladores de colonias marginadas de centros urbanos o de zonas olvidadas del campo mexicano.

En 1995, con un apoyo financiero de la Fundación Ford, se lanzó el proyecto de creación de una red electrónica sobre el tema. El objetivo central fue entrelazar, por medio de Internet, a estos estudiantes arraigados en la provincia mexicana con sus profesores, asesores perma-

nentes y especialistas en el campo de la salud en varios puntos de la República para la realización de asesorías, consulta bibliográfica, intercambio de materiales de investigación y organización de talleres y encuentros cara a cara.

En evaluaciones del proyecto de creación de la red, sus participantes reconocieron que la experiencia propició la formación de un hábito de uso del medio electrónico para mantenerse en contacto entre sí y con las comunidades académica, gubernamental y de asociaciones civiles comprometidas con el problema de la salud en México. Por otra parte, permitió a los integrantes de la red tener acceso a acervos de bibliotecas allende las fronteras del país, así como desarrollar contactos con académicos y organizaciones extranjeras con inquietudes similares por la salud. En un mundo en el cual la problemática de la salud pública y privada está cada vez más interconectada con los movimientos poblacionales, los fenómenos ambientales, situaciones políticas y movilizaciones nacionalistas o étnicas, estos logros de ampliación de fronteras y de forjamiento de redes de relaciones son de gran relevancia. En algunos casos, tuvieron como efecto que el investigador replanteara su concepción de la problemática estudiada y modificara su forma de producir conocimiento.

El hecho de que esta experiencia de creación de una red electrónica haya sido realizada en una institución de provincia como el Colmich, invierte el patrón dominante de que el conocimiento y las innovaciones emanen desde el centro hacia la periferia. Pionero dentro de la tendencia a fundar centros de investigación fuera del punto neurálgico del Distrito Federal y pequeño por elección, desde su fundación en 1979 el Colmich se ha erigido en un modelo exitoso de descentralización académica en cuando menos dos sentidos:

1. Por su ubicación, arraigo y compromiso social con su entorno regional, una parte del Occidente de México;
2. Por su insistencia en la validez de los estudios con óptica regional, óptica compartida por la mayoría de los estudiantes del doctorado integrantes de la red en sus investigaciones.

Estas características institucionales y del programa de formación de los científicos sociales interesados en temas de salud-enfermedad-atención le imprimieron una dinámica particular a la red. Por ejemplo, las

interacciones de sus integrantes ocurrieron fundamentalmente de provincia a provincia, entre estudiosos que compartían ciertas desventajas de las instituciones académicas del interior del país al mismo tiempo que un acercamiento continuo a la población de estudio y un distanciamiento sano de las instancias federales de toma de decisiones. Este posicionamiento particular marcó el derrotero de sus investigaciones: por una parte, los constantes ires y venires entre el trabajo de campo y el análisis en gabinete hicieron posible más innovación metodológica y la generación de fuentes primarias y novedosas de datos. Por otra parte, estos analistas sociales pudieron poner en evidencia –sin tener un afán de denuncia como objetivo central– situaciones de injusticia y desigualdades sociales.

Tanto en los talleres como en los encuentros periódicos formales e informales de los miembros de la red, afloraron insistentemente ciertos problemas comunes a los investigadores sociales en el campo de la salud en México y en una buena parte del mundo. Los grandes temas de los talleres llevados a cabo en El Colegio de Michoacán por los integrantes de la red entre 1995 y 1996 dan cuenta de estos problemas: significados en salud, ética en la investigación social en salud, metodologías cualitativas, análisis de narrativas. En dichos talleres se intentó responder a las inquietudes colectivas y compartir experiencias, muchas de ellas exploratorias de enfoques y metodologías poco conocidas en México. También se produjeron diversos materiales didácticos a partir de los talleres. De esta manera, el proyecto de la red apoyó la diseminación de información y experiencias concretas de las múltiples miradas alternativas sobre la salud-enfermedad-atención en México que pueden ofrecer las ciencias sociales.

## RETOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

### *La interdisciplinariedad: ¿una quimera?*

Indudablemente, quienes se proponen mirar la salud desde las ciencias sociales se enfrentan a formidables retos teórico-metodológicos. El transgredir fronteras disciplinarias los expone a ser etiquetados como

no miembros del gremio que se atreven a opinar sobre un área que no es la de su competencia. Sin embargo, la mirada alternativa de las ciencias sociales sobre la salud (de la cual este número es una muestra fehaciente) es necesariamente interdisciplinaria, con todos los riesgos que su ejercicio implica. Obviamente, ningún individuo es capaz de formarse cabalmente en varias disciplinas. Sin embargo, existen ya casos de académicos mexicanos que han enriquecido su visión de médicos incursionando en las ciencias sociales o –lo que es menos común– asomándose a la epidemiología desde la antropología. Otros más pretenden combinar las ópticas de dos ciencias sociales (como por ejemplo la sociología y las ciencias políticas) o de adquirir conocimientos básicos de otra disciplina, adoptando y adaptando algunas de sus herramientas (*e.g.* el demógrafo que aplica técnicas antropológicas o viceversa). Otra solución intentada ha sido la conformación de equipos interdisciplinarios de investigadores para abordar un tema de salud.<sup>4</sup>

Toda vez que reconozco la dificultad de lograr un abordaje interdisciplinar de la salud-enfermedad-atención, considero que un terreno que ilustra y justifica la conveniencia de mantenerlo como meta es el de las concepciones sobre el cuerpo humano. Durante siglos, la medicina ha hecho avances impresionantes en el conocimiento del funcionamiento del cuerpo humano. Dicho conocimiento ha sido erigido en un saber científico incuestionable para los no iniciados.

Desafortunadamente, este proceso de formalización científica de la medicina no ha admitido la existencia y validez de saberes alternativos. Durante generaciones, la antropología en México ha insistido en documentar (e incluso reivindicar) saberes de la medicina tradicional o popular, sobre todo entre grupos indígenas. Recientemente, sobre todo desde los ochenta, varios antropólogos han mostrado la difícil convivencia de lo que Menéndez (1983) llama “el modelo médico hegemónico”<sup>5</sup> y esos otros saberes sobre la salud-enfermedad. Otros estudiosos han destaca-

---

<sup>4</sup> Un interesante ejemplo de macroproyecto interdisciplinar de largo plazo que contó con el apoyo financiero de la Population Council y del organismo canadiense IDRC está reportado en Stern (1996).

<sup>5</sup> Dicho modelo engloba tres submodelos: el médico individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado (Menéndez 1983:5).

do el uso combinado que hacen las personas de saberes y de servicios tanto por la medicina oficial como por la tradicional.<sup>6</sup> Recurrir tanto a la clínica gubernamental como a la sobadora o tomar medicamentos producidos por compañías farmacéuticas como infusiones de hierbas muestran que para la mentalidad de los individuos, atender su salud no admite una dicotomía tajante entre la medicina institucional y la tradicional o popular. Dicho de otra manera, las personas le reconocen validez a ambos tipos de saberes.

Como muestran Rutenberg y Watkins (1997), las personas que comparten circunstancias de vida y de cuerpo tienden a compartir igualmente concepciones sobre el cuidado de éste último, y sobre lo que podría eventualmente amenazar su bienestar físico y mental. Por consiguiente, un enfermo no percibe contradicción alguna al acudir simultáneamente o de manera desfasada al médico investido de conocimientos científicos para que le recete un tratamiento y al vecino, familiar o amistad para que le haga una recomendación sobre el tratamiento que siguió otra persona –probablemente de condiciones socioeconómicas similares– con síntomas, dolencias o padecimientos parecidos.

La aceptación de la validez de múltiples saberes sobre el funcionamiento del cuerpo humano constituye un corolario de la necesidad de impulsar miradas interdisciplinarias sobre la salud-enfermedad-atención de los seres humanos.

### *Innovaciones metodológicas*

Las nuevas miradas sobre la salud desde las ciencias sociales –además de aportar nuevos conocimientos empíricos– han dado lugar también a importantes innovaciones metodológicas al estudio de la salud en México. Se ha requerido de herramientas poco usuales en el terreno de la salud, incluso de estrategias investigativas detectivescas: la reconstrucción de redes de relaciones sociales, conversaciones informales con usuarios de instituciones médicas o de productos médicos, discusiones colectivas en grupos focales, etnografías de espacios laborales, institucionales y familiares, recopilación de historias de vida, etcétera. Fre-

<sup>6</sup> En este volumen *cfr.* por ejemplo Mercado y la reseña de Freyermuth (1997).

cuentemente, en parte por razones de comodidad clasificatoria, se ha referido a estas innovaciones como "metodología cualitativa", en oposición a la orientación cuantitativa de ciertas disciplinas como la medicina o la demografía.

Como señala atinadamente Obermeyer (1997), no existe consenso en cuanto a una definición precisa de los métodos cualitativos, aunque sí un reconocimiento de que parten de un conocimiento directo de la población estudiada, producto de encuentros repetidos durante un periodo largo. Esta interacción humana tiene como consecuencia que el divisadero de un científico social que estudia la salud sean las personas cuyos cuerpos sienten, padecen, son revisados e intervenidos y cuyas mentes tratan de entender, explicarse e interpretar lo que les sucede. Por ende, el punto de partida y principal fuente de datos de estos estudios suelen ser las narrativas de los seres estudiados y sus familiares más cercanos respecto a su salud-enfermedad-atención. Los indicadores objetivos de bienestar físico y mental, las medidas de eficacia, etcétera –de incluirse– pasan a un segundo plano para privilegiar los sentimientos, padecimientos, dolencias, explicaciones, etcétera. comunicados al investigador en un encuentro cara a cara con el entrevistado.

Las narrativas recabadas –por vía de la grabación o de las notas de una entrevista– son presentadas como "el punto de vista de la persona estudiada", sea enferma o sana. Parecería que los investigadores quisieran dar voz a quienes frecuentemente no son escuchados, aunque sí son objeto de intervenciones por parte de figuras o instituciones formalmente legitimadas. La producción de testimonios de los grupos que forman una parte mal conocida, a veces estigmatizada del mosaico nacional (tales como madres trabajadoras de la maquila, adolescentes embarazadas, enfermos crónicos residentes en colonias marginales, par-turientas indígenas mayas, o enfermos mentales, para mencionar algunos casos estudiados por este núcleo de investigadores) es, en sí, un aporte al conocimiento de procesos de salud-enfermedad-atención en México. No obstante, tal logro constituye sólo el primer paso de una investigación; obliga al académico a realizar una reflexión crucial sobre el vínculo entre teoría y metodología: cómo comprender los significados de las narrativas para los narradores mismos y cómo interpretarlos. Dicho de otra manera, si se parte del supuesto de que la realidad se cons-

truye precisamente en la interacción entre investigador e investigados, es esencial considerar como parte del análisis no sólo los contextos de producción de las narrativas, sino también la subjetividad de los individuos involucrados en dichos encuentros.

Castro (1996:64) aclara esta noción de subjetividad al deslindar de la siguiente manera los supuestos subyacentes a los métodos cuantitativos y cualitativos:

A diferencia de los métodos cuantitativos, que se concentran en el estudio "objetivo" de fenómenos externos a los individuos, los métodos cualitativos privilegian el estudio "interpretativo" de la subjetividad de los individuos, y de los productos que resultan de su interacción. El aspecto sociológico central de esta perspectiva se refiere al significado que la realidad tiene para los individuos y a la manera en que estos significados se vinculan con sus conductas.

En México se han realizado esfuerzos pioneros en este sentido desde 1993 por un grupo multidisciplinario de investigadores asociado al Programa de Salud Reproductiva y Sexualidad (con sede en El Colegio de México y auspiciado por la Fundación Ford). Testimonios del difícil camino –individual y colectivo– hacia la práctica y la legitimidad de la investigación cualitativa se encuentran en diversas publicaciones impulsadas por este grupo.<sup>7</sup> De hecho, varios de los académicos pilares de dicho programa participaron en los talleres realizados en El Colegio de Michoacán, así como en la formación de los alumnos del Grupo "Salud y Sociedad".

## GÉNERO Y SALUD

Dado el énfasis en temas de salud reproductiva y sexualidad en las investigaciones llevadas a cabo por los miembros del Grupo "Salud y Sociedad", desde un inicio los alumnos y sus asesores identificaron la necesidad de explorar la llamada perspectiva de género por las luces

<sup>7</sup> Cfr. por ejemplo, Szasz y Lerner (1996).

que podría arrojar para comprender las situaciones vividas por los hombres y mujeres estudiados. De hecho, adoptar "una perspectiva de género" para el estudio de la salud constituyó uno de los objetivos expresos del proyecto de creación de la red.

Una revisión cuidadosa de varias formulaciones del concepto de género pone en evidencia que no existe *una* perspectiva ni *un* enfoque de género, sino una diversidad de planteamientos respecto a la manera en que la construcción social y cultural de género<sup>8</sup> moldea la vida cotidiana en sociedad. Para complicar aún más el panorama, desafortunadamente el término género ha sido objeto de distorsiones conceptuales: frecuentemente es utilizado en México como sinónimo de sexo masculino o sexo femenino. Tanto la literatura especializada como la de difusión utiliza el término "el género femenino" para referirse al conjunto de las mujeres. Esta es la visión, por ejemplo, de instancias gubernamentales mexicanas que ante recomendaciones internacionales de incluir el género en la producción de estadísticas (con miras a reducir desigualdades sociales y diferencias de oportunidades entre hombres y mujeres) pretenden cumplirlas mediante la generación de tabuladores diferenciados por sexo.<sup>9</sup> Si bien concientizarnos de la necesidad de producir y difundir estadísticas que permitan documentar el acceso diferencial de mexicanos y mexicanas a una educación o a un empleo es una tarea necesaria, confundir género con sexo no ayuda a avanzar en la detección de las pautas culturales que fundamentan y perpetúan dichas desigualdades.

Una segunda y grave distorsión del concepto género lo presenta como sinónimo de asuntos de mujeres. En amplios círculos, los estudios de género son manejados como exclusivamente estudios de mujeres. En el contexto de unas ciencias sociales dominadas durante generaciones por practicantes hombres que le imprimieron un sesgo androcéntrico, es muy comprensible que —ante el fervor de los movimientos feministas— se reivindicara la voz femenina perdida en la historia o la participación

---

<sup>8</sup> Entendido como el saberse hombre o mujer y actuar en concordancia con las normas culturales que definen el comportamiento "adecuado".

<sup>9</sup> Cfr., por ejemplo, las declaraciones de la Directora del Censo de Población y Vivienda en Resano (1998) y la distinción hecha por Espinosa (1998:51) entre información estadística desagregada por sexo y la información estadística con enfoque de género.

oculta de las mujeres en la economía y su aporte al grupo doméstico. En pocas palabras, fue necesario que se produjera una plétora de estudios sobre las mujeres mexicanas cuyas vidas se mantuvieron relativamente invisibles durante tanto tiempo. Lo lamentable es que esta corriente ocultara por completo planteamientos emergentes en otros países sobre la noción de género –desde los cuestionamientos de los proyectos de desarrollo hasta los de la construcción de la personalidad de la psicología.

Dentro de las diversas formulaciones del concepto de género, una de las más prometedoras me parece la posición etnometodológica, interaccionista y relacional de West y Zimmerman (1991) quienes proponen que todos cotidianamente –queramos o no– “producimos” o “hacemos” género. En su concepción, el género es

un logro rutinario metódico y recurrente [cuya “producción” abarca] un conjunto de actividades micropolíticas, de interacción y de percepción –guiadas socialmente– que definen ciertas tareas como expresiones de “naturalezas” femeninas y masculinas (pp. 13-14).

A diferencia de otros autores, que de manera esencialista atribuyen el género a individuos, West y Zimmerman insisten en su “carácter emergente de situaciones sociales: es al mismo tiempo un desenlace de y una racionalización para varios arreglos sociales así como una vía de legitimación para una de las divisiones más fundamentales de la sociedad.” (p. 14)

Desde este divisadero del género como actividades llevadas a cabo a la luz de conductas social y culturalmente apropiadas para hombres o mujeres, las identidades de género con sus procesos específicos de construcción y reconstrucción deberían aparecer en el centro de las discusiones sobre procesos de salud-enfermedad-atención en México. Surgen entonces preguntas fundamentales sobre el proceso largo y frecuentemente tortuoso en el cual el niño o la niña logra convertirse en hombre o mujer socialmente competente en su contexto particular-regional, étnico, social. ¿Cómo aprende a cuidar su cuerpo de futuro hombre o mujer, a utilizarlo, a adornarlo? ¿Por cuáles canales, en cuáles interacciones sociales le son transmitidos los conocimientos, actitudes, y prácticas concretas que lo guiarán en su viaje de niño a hombre, de niña a mujer?

¿Cuáles actores sociales e instituciones sociales son claves en su aprendizaje?

A manera de ilustración, esta serie de interrogantes resulta relevante para abordar un tema candente estudiado por varios de los integrantes de la red "Salud y Sociedad": el embarazo entre jóvenes adolescentes. Siguiendo con los planteamientos novedosos de West y Zimmerman (1991:29), los niños –en tanto nuevos miembros de una sociedad– participan de

un proceso autoregulator al empezar a monitorear su propia conducta y la de otros en términos de sus implicaciones de género. El proceso de reclutamiento comprende no sólo la apropiación de ideales de género (por medio de la valoración de dichos ideales como maneras correctas de ser y comportarse) sino también identidades de género que son importantes para los individuos, y que se esfuerzan por mantener.

Los ideales e identidades de género son poderosos conceptos en el análisis de la experiencia de ser una adolescente embarazada en México hoy día. El hecho de quedar encinta a una edad considerada temprana por la sociedad mexicana en su conjunto ha sido presentado por diversas instituciones gubernamentales como un problema social y de salud pública. No obstante, como algunos estudiosos han mostrado, en determinados contextos regionales y estratos sociales puede ser vivida e interpretada por las jovencitas mismas de una forma muy distinta. Ante el abandono escolar generalizado y las escasas oportunidades de un empleo bien remunerado que caracteriza el panorama para jóvenes en ciertas zonas del país, la brecha entre ideales (casarse siendo virgen y a una edad "adulta") e identidades de género (trasmitidas en ámbitos familiares frecuentemente inestables y conflictivos) puede llevar a una jovencita y a sus familiares más directos a considerar el embarazo a los 15 o 16 años como un desenlace que era de esperarse, incluso una solución más que un problema.<sup>10</sup>

<sup>10</sup> Esta ilustración se basa en el estudio en curso de Rosario Román Pérez titulado "Del primer vals al primer bebé: el embarazo durante el noviazgo entre adolescentes de colonias populares de Hermosillo, Sonora", el cual constituye su investigación doctoral en El Colegio de Michoacán.

En suma, la óptica de los ideales e identidades de género lleva al investigador de las ciencias sociales a plantear interrogantes nuevas para comprender e interpretar la vivencia de la salud-enfermedad-atención. Como tal, me parece una vía promisoría en cuando menos dos sentidos. En primer lugar, da salida al callejón sin salida de manejar una supuesta perspectiva unívoca de género, al operacionalizar cierta noción de género como actividad (y no atributo) en conceptos susceptibles de aplicarse en análisis empíricos. Segundo, representa un recurso congruente con los métodos cualitativos que actualmente se exploran en salud y que intentan comprender subjetividades y contingencias a nivel micro, más que explicar comportamientos mediante leyes universales (Castro 1996).

#### DESTINATARIOS DE LOS RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES

Partiendo del denominador común de un compromiso social de realizar investigación cuyos resultados contribuyan a mejorar el nivel y la calidad de vida de la población mexicana, la corriente de investigadores sociales de quienes pasamos aquí revista enfrenta un doble dilema: ¿Cómo conciliar las exigencias del trabajo académico con la necesidad de salvaguardar el anonimato de los participantes en el estudio y evitarles cualquier impacto perjudicial? ¿A quién le corresponde la labor de traducir resultados en insumos para la formulación y puesta en marcha de políticas que efectivamente coadyuvan a una vida más justa y plena para la población estudiada?

La necesidad de plantear cuestiones éticas como éstas surge de la distinción (anteriormente citada) señalada por Castro (1996) entre los métodos cuantitativos y los cualitativos. Al privilegiar estos últimos el estudio "interpretativo" de la subjetividad de los individuos, se eligen métodos que acercan al investigador a la intimidad del estudiado, visto éste no como sujeto sino como informante y participante directo en la investigación. Abatida entonces la distancia "objetiva" que separa al investigador del investigado, para los estudiosos de la salud humana desde las ciencias sociales la discusión teórica-metodológica es insepa-

rable de preocupaciones éticas.<sup>11</sup> En el caso del "Taller sobre Cuestiones Éticas en la Investigación en Salud" organizado para los integrantes de la red "Salud y Sociedad",<sup>12</sup> los docentes –lejos de proponer recetas para la resolución de tal o cual tipo de dilema ético– propusieron una serie de parámetros para guiar al investigador en una vía de resolución que fuera aceptable para su conciencia moral. La reflexión colectiva partió de una consideración de ciertas normas de conducta de investigadores de otros países como, por ejemplo, el requisito del consentimiento informado del participante en un estudio de salud –requisito formalmente instituido por asociaciones de profesionistas en las ciencias sociales y por financiadores de investigación en varias partes del mundo–. Sin embargo fue necesario revisar normas como ésta a la luz de las condiciones sociales, las situaciones académicas y las prácticas culturales latinoamericanas.

Las discusiones colectivas arrojaron las siguientes posiciones compartidas. Si bien ningún investigador puede ofrecer garantías contra un posible impacto negativo para los participantes en su estudio, sí puede tomar una serie de medidas para disminuir las probabilidades de tal desenlace. Debe para tal fin informar amplia y honestamente sobre los objetivos e intenciones de su estudio. Sin crear falsas expectativas sobre la ayuda potencial que pueda brindar en su papel de investigador y consciente de las relaciones de poder inherentes a sus encuentros, el investigador debe prever y operacionalizar alguna forma de reciprocidad con la población estudiada: desde facilitarle detalles de su vida cotidiana hasta la devolución de resultados al mismo grupo estudiado. Concebido como un *continuum* de reciprocidad, ambos extremos dan cabida a muchas formas concretas de corresponder el tiempo, esfuerzo y disposición del informante/participante y de reconocer la relación humana entablada en la búsqueda de la comprensión (y eventual solución) de una problemática. También es deber del investigador buscar

---

<sup>11</sup> Con esto, no quiero sugerir que dicha reflexión no sea necesaria ni pertinente para estudiosos que adoptan métodos cuantitativos. Aún en esos casos, su conocimiento supuestamente objetivo se produce en la interacción entre dos seres humanos (la relación doctor-paciente sería la paradigmática) y por ende, requiere de consideraciones éticas.

<sup>12</sup> Este taller, efectuado en febrero 1996, fue conducido por los doctores Ruth Macklin y Juan Guillermo Figueroa.

fórmulas para ocultar la identidad de los participantes sin distorsionar el sentido de su análisis.

En un país ávido de soluciones a sus problemas, los investigadores que comulgan con las miradas alternativas a la salud-enfermedad-atención y que privilegiamos en este número de *Relaciones*, desean aportar su granito de arena. En sus contextos regionales, frecuentemente son líderes en la investigación y en la formación de recursos humanos. Para algunos de ellos, la traducción de sus resultados en acciones o en información que debe llegar a las manos de formuladores de políticas o activistas puede ser delegado a otros individuos más adiestrados en los vericuetos de los canales oficiales de toma de decisiones. Para otros, ofrecer recomendaciones constituye una fase de seguimiento del estudio académico, a veces parcialmente logrado con su participación en foros que reúnen a funcionarios públicos de la salud, académicos, organizaciones no gubernamentales y activistas. Es común que reuniones de esta naturaleza sean auspiciadas por fundaciones filantrópicas; en México en especial por la Fundación Ford.

Pero el impacto en la vida cotidiana de los estudiados puede ser más modesto, visto como la suma de pequeños esfuerzos de comprensión y de solidaridad humana. Sin duda, las experiencias aquí compartidas de los participantes en la red de investigadores "Salud y Sociedad" indicarían que la creación de espacios colectivos de reflexión sobre dilemas éticos que surgen en el ejercicio de la investigación en salud constituye un primer paso hacia su (re)olución por parte de investigadores individuales.

### MIRADAS ALTERNATIVAS SOBRE SALUD-ENFERMEDAD-ATENCIÓN DESDE LAS CIENCIAS SOCIALES

En este artículo, he abogado por el fomento a las miradas alternativas sobre el proceso salud-enfermedad-atención desde las ciencias sociales. Mediante la presentación de tres grandes áreas de preocupación de un pequeño grupo de académicos de esa procedencia y orientación, he querido validar hasta cierto punto este tipo de introspección a nuestro

quehacer como docentes e investigadores, simultáneamente ciudadanos comprometidos y ocasionalmente activistas o funcionarios.

Sin embargo las tres reflexiones aquí compartidas –aunque surgidas y referidas a una experiencia de docencia-investigación de temas que caben bajo el paraguas “Salud y Sociedad”– son de relevancia más general para el ejercicio de las ciencias en México. Los obstáculos institucionales y los prejuicios gremiales que enfrenta la interdisciplinariedad la han convertido en una meta muy sonada en el discurso pero muy poco alentada en los hechos. Igualmente, las innovaciones metodológicas que algunos colegas proponen deberían ser objeto de escrutinio y perfeccionamiento, antes de ser someramente rechazadas como no rigurosas. La necesidad de aclarar la noción de género y de frenar la confusión generada por su uso polisémico, casi como lema político, es urgente para el conjunto de las ciencias; sólo así podremos avanzar en la gran tarea de detectar las múltiples maneras en las cuales muchas desigualdades sociales del México actual descansan en ideales e identidades de género. Finalmente, la cuestión de quiénes deben ser los destinatarios de los resultados de la investigación y el debate sobre las vías y canales de traducir conocimiento en acción para transformar nuestro mundo es un asunto de vital importancia para toda la comunidad científica en México.

## BIBLIOGRAFÍA

- CASTRO, Roberto, “En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo”, en Szasz, Ivonne y Susana Lerner (comps.) *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México, 1996, pp. 57-85.
- ESPINOSA, Guadalupe, Cómo mirar a la producción estadística con un enfoque de género, en *Notas. Revista de Información y Análisis*, Aguascalientes, INEGI, 1998, pp. 50-54.
- GIMTRAP, “La Salud Sexual y Reproductiva. Reflexiones de SIPAM sobre una experiencia de atención a mujeres con perspectiva de género”, Cuaderno de Trabajo 1, México, D.F. 1996.

- MENÉNDEZ, Eduardo L., *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 83, México, CIESAS, 1983.
- OBERMEYER, Carla M., "Qualitative Methods: A Key to a Better Understanding of Demographic Behavior?", en *Population and Development Review* 23(4), 1997, pp. 813-818.
- RESANO PÉREZ, Elsa, "Las posibilidades de explotar las encuestas sociodemográficas desde la perspectiva de género", en *Notas. Revista de Información y Análisis*, Aguascalientes, INEGI, 1998, pp. 42-49.
- RUTENBERG, Naomi y Susan COTTS WATKINS, "The Buzz Outside the Clinics. Conversation and Contraception in Nyanza Province, Kenya", *Studies in Family Planning*, vol. 28, núm. 4, diciembre 1997, pp. 290-307, New York: Population Council.
- STERN, Claudio (coord.), *El papel del trabajo materno en la salud infantil. Contribuciones al debate desde las ciencias sociales*, México, Population Council/El Colegio de México, 1996.
- SZASZ, Ivonne y Susana LERNER (comps.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, México, El Colegio de México, 1996.
- SZRETER, Simon, "Economic Growth, Disruption, Deprivation, Disease and Death: On the Importance of the Politics of Public Health for Development", *Population and Development Review* 23(4), 1997, pp. 693-728.
- WEST, Candace y Don H. ZIMMERMAN, "Doing gender", en Judith Lorber y Susan A. Farrell (eds.), *The Social Construction of Gender*, Newbury Park, California, Sage, 1991, pp. 13-37.

