
PROBLEMAS ACTUALES DE LA SOCIOLOGIA EN TORNO A LA SALUD PUBLICA

Joaquín de Armendaiz Pérez-Fraile

RESUMEN. La salud pública aparece como un fenómeno socialmente institucionalizado donde intervienen contradictorios intereses que, en definitiva, llegan a determinar sobre la vida o la muerte del individuo. Es, pues, pertinente para el sociólogo adentrarse en el espinoso campo de estudio que ofrece la sanidad y la medicina. Desde aquí trazamos tres enfoques teóricos para desarrollar la sociología en este área. Igualmente, se describen la estructuración de la Organización Sanitaria en España y los motivos para una reflexión sobre la reforma del sistema. Desde la metodología de las Ciencias Sociales, se ha hecho hincapié en la aportación que implica la Etnometodología y la aplicación de la Psicología Social para estas investigaciones. Finalmente, se aporta una sucinta revisión sobre el concepto de salud y de enfermedad.

La resistencia a observarse a sí mismo, y la poca disposición a ver el fondo de los hechos sociales, son, en esencia, una misma cosa.

T. W. ADORNO

TRES PRINCIPIOS EPISTEMOLOGICOS CON LOS QUE INCIDE LA SOCIOLOGIA EN EL AMBITO DE LA YATROLOGIA

En el aparato institucional es evidente que no existe una notoria cantidad de sociólogos impartiendo las enseñanzas de Sociología de la Salud. Aunque parece que, de alguna manera, tal disciplina está ya institucionali-

Reis

46/89 pp. 141-169

zándose, contrariamente, en el estamento universitario, de momento, no se ampara oficialmente la proyección profesional de estos estudios especializados. El licenciado en Sociología que pretenda continuar estudios en esta rama, lamentablemente, deberá recurrir a otras instituciones y corporaciones medianamente aisladas que, de alguna manera, están fomentando las investigaciones y, por ende, ayudando a la definitiva estabilidad de la especialidad.

En principio, pues, se trata de ir creando como se pueda la evolución de esta disciplina, o trasladarse a determinadas escuelas extranjeras donde irremisiblemente siguen enseñándonos a llevar a cabo proyectos de clara importancia social.

Por tanto, en España, la profesión hoy por hoy se ve aislada y con escasa proyección real. Según Klauss, los sociólogos de la medicina españoles, hasta hoy, sólo representan el 4 por 100 del total europeo¹.

Entre los años 1975 y 79, en España se registraban 24 sociólogos especializados en temas de sanidad, y de éstos, sólo 12 como doctores en la materia.

Es curioso observar que de estos 24 especialistas, seis tenían un entrenamiento formal; los 18 restantes eran autodidactas.

Por otro lado, la media de proyectos sobre Sociología de la Medicina en que están implicados los sociólogos en general es del 3 por 100. La gran mayoría de los sociólogos de la salud trabajan en proyectos «que van saliendo» casi de una forma más coyuntural que verdaderamente estructurada.

Y precisamente atendiendo a esta visión formal de estructura, existen tres modelos básicos o principios epistemológicos de «hacer» sociología de la salud. Veámoslos.

(Estos tres modelos tienen una naturaleza epistemológica elaborada desde la sociología académica para conocer y analizar científicamente el ámbito yatroológico.)

Primer paradigma teórico

Desde un punto de vista epistemológico, su proceso de desarrollo puede surgir con el intento manifiesto de hallar y determinar la Ley Universal Causal, tratando de cifrar la causalidad de los fenómenos a observar desde una estructura funcionalista. Basándonos en la corriente científica del Positivismo, que es la que intenta verificar las aportaciones más relevantes de las Ciencias Sociales. No hay que olvidar que la sociología pretende constatar en el paradigma de: «conocer para predecir, y predecir para controlar».

En la sociología de la salud, la mayoría de la aportación científica que se ofrece es continuadora de la corriente positivista².

¹ Estas páginas fueron escritas en el verano de 1985. No incluyen, pues, datos al respecto aparecidos posteriormente.

² Para clarificar este concepto diré que el análisis estructural-funcional es un simple

Segundo paradigma teórico

Desde donde se inician muchos de los «sociólogos activistas» que pudieran ser los diagnosticadores de patologías sociales. Su objetivo fundamental es tratar científicamente las grandes situaciones de insalubridad social como son las epidemias, el hambre, las enfermedades mentales, la pobreza, la marginación, etc. No hay que olvidar que el origen de las patologías sociales dominantes habrá que buscarlo entre las contradicciones de la estructura social, ya que es evidente que el modo de vida desarrollado por una comunidad es la consecuencia de las condiciones socioeconómicas y demográficas que operan en la estructura general de la sociedad.

Este segundo paradigma, que puede servirnos para desarrollar uno de los canales de investigación de la «sociología en la medicina», pudiera encuadrar a los profesionales con una visión macrosociológica del problema a estudiar. Igualmente, a los epidemiólogos o diagnosticadores de todo aquello que está ocurriendo alrededor de una población en proceso de enfermedad («Epidemos»).

Podríamos establecer, por tanto, que esta segunda forma de «hacer» sociología compete a todos aquellos especialistas que consideren como institucionalizadas las grandes patologías sociales; verbigracia, las enfermedades mentales, fenómenos de marginación por enfermedad, SIDA, etc. Este paradigma epistemológico agrupa campos de estudio que necesitan más del apoyo de técnicas metodológicas de corte cuantitativo que las que ofrecen las divulgaciones cualitativas.

La epidemiología, que aparece como una rama de la ecología, pretende tratar la aparición y distribución de las enfermedades entre diferentes grupos de población. Esta especialidad recurre a métodos de estudio avalados por el empleo de asociaciones estadísticas y valoraciones cuantitativas, donde lo primordial es el desarrollo y la verificación de hipótesis matemáticas concernientes a factores específicos que pueden influir en la distribución de una determinada enfermedad para una población definida. En este mismo modelo teórico de investigación se podrían incluir otras áreas de estudio especializado como son la Etnomedicina y la Folkmedicina³.

sinónimo del análisis científico explícito en general. Por su cuenta, Juan FERRANDO BADÍA, en *Estudios de Ciencia Política*, Madrid, Tecnos, 1976, p. 16, viene a coincidir junto con R. Rocher en que cuando se habla del análisis estructural-funcional en el campo de las ciencias sociales se suele uno referir al empleo de un modelo conceptual globalizador cualquiera. Véase G. ROCHER, *Introducción a la Sociología General*, Barcelona, Herder, 1973, p. 358. En J. FERRANDO BADÍA, *op. cit.*, p. 649. Para una visión más precisa y extensa sobre los postulados del funcionalismo sociológico, véase R. K. MERTON, *Teoría social y estructura social*, Glencoe, 1959, pp. 22-27 y ss. Y, también, G. GERMANI (intérprete de Parson), en *Política y sociedad en una época de transición. De la sociedad tradicional a la sociedad de masas*, Buenos Aires, 1962, p. 18.

³ En párrafos anteriores, como puede verse, he hecho una mención distintiva y entrecomillada sobre la «sociología en la medicina». Por ello sería oportuno matizar que existe una dualidad conceptual en cuanto nos referimos a «sociología en la medicina» y/o «so-

Tercer paradigma teórico

El cual supone sentar unas bases más desarrolladas para iniciar micro-sociología. Este tercer modelo básico tiende a estudiar los procesos de socialización y analizar los roles instrumentales y expresivos de los individuos con una orientación parsoniana, entre otros enfoques teóricos⁴.

El especialista en sanidad deberá buscar los vínculos sociales que puedan existir entre los múltiples factores materiales e ideológicos que promueven diversas motivaciones hacia la consecución de una determinada acción humana y, por ende, social. Lo fundamental en este paradigma será, pues, el cómo interpretar la acción social y complementarlo con el análisis de la estructura sanitaria, puesto que ésta desarrolla una actividad de control social.

Igualmente, se deberá tener presente para desarrollar esta metodología teorías psicosociales como la de las «etiquetas sociales», que son las que caracterizan a los colectivos marginados, los alienados sociales o a los enfermos mentales.

En definitiva, a este grupo epistemológico pudieran pertenecer los interaccionistas simbólicos y los etnometodólogos de la psicología social.

PECULIARIDADES DE LA ORGANIZACION SANITARIA

Desde un punto de vista funcional y organizativo, en la estructura sanitaria española coexisten actualmente tres tipos de instituciones sanitarias que se organizan hacia la atención de la asistencia primaria de la salud. Veámoslas:

ciología de la medicina». Ambos términos indican conceptos generales bien diferenciados: según Strauss, cabría diferenciar terminológicamente entre ambos conceptos, por cuanto que la primera corriente de investigación intenta encuadrar básicamente los estudios de carácter macrosociológico, como son los análisis de la ecología de la enfermedad, la etiología social, las actitudes y conductas populares respecto de la salud y la enfermedad, etc. El segundo campo de estudio, el de la «sociología de la medicina», abarca investigaciones de inclinación microsociológica: el origen y reclutamiento de los médicos, sus prácticas habituales, su entrenamiento, las organizaciones médicas, la estructura de la política sanitaria, etc. Véase R. STRAUSS, «The natura & Status of medical sociology», en *American Sociological Review*, vol. 22, 1957. Y, también, una clara visión desarrollada sobre esta concepción dualista por J. M. DE MIGUEL, «Sociología de la medicina versus Sociología en la medicina», en *Revista Española de la Opinión Pública*, vol. 38, 1975.

⁴ Talcott Parson es uno de los principales teóricos de la sociología contemporánea. Para J. FERRANDO BADÍA, *op. cit.*, p. 648, la exposición de la teoría parsoniana sobre sistemas sociales está constantemente sometida a examen y ampliación por su propio autor. T. Parson, junto con R. K. Merton y B. Malinowski, entre otros, se constituyen como evidentes investigadores sociales de corte funcionalista que han desarrollado importantes definiciones y conceptos plenamente vigentes para las ciencias sociales.

La Organización Sanitaria Estatal (A)

Fue creada en el período de 1940-60 y se proyectó a imagen del modelo sanitario británico, que por aquellos años era considerado como el más avanzado del mundo occidental. La idea a desarrollar se fundamentaba en organizar toda la asistencia médica y farmacéutica desde un modelo base de prevención y de la misma forma que lo fuese para toda la población. El punto de partida de esta Organización se iniciaba desde la estructura sanitaria militar, que entonces aparecía como la mejor considerada. En los primeros años del desarrollo, este sistema llegó a cumplir una importante función social, al elevar considerablemente el nivel sanitario en España.

La Organización Sanitaria Privada (B)

Se organiza individualmente desde hospitales, clínicas y consultorios privados. Este sistema favorece la atención particular al enfermo y se fomenta la imagen de seguridad que el médico de cabecera ofrece tradicionalmente al paciente. Desde este tipo de atención sanitaria, el proceso interactivo entre el médico y su paciente va discurriendo por cauces viables y positivos. Obviamente, la contraprestación del servicio y atención debe pagarla el usuario privadamente.

La Organización Sanitaria de Mutuas de Seguros Libres (C)

Fomentada por empresas privadas y Compañías de Seguros que ofrecen sus servicios mediante la aceptación por parte del usuario de un contrato pre-estudiado. Ofrecen un tipo de asistencia médica emulada de la organización estatal (A). La característica fundamental en cuanto a contraprestaciones por la atención a recibir está en que el usuario contratante de este servicio debe de pagar unas cuotas establecidas. En el fondo, este sistema no difiere mucho del modelo estatal. Según F. J. Yuste Grijalba, existe información suficiente como para afirmar a este respecto que el 40 por 100 de la población viene a pagar sus derechos al restablecimiento de la salud por dos veces consecutivas; una, como asegurado obligatoriamente al sistema estatal de la Seguridad Social, y la segunda, como abonado a cualquiera de las entidades libres que le ofrecen atención para su salud. Lo cual viene a indicar la notoria disfunción organizativa que el sistema sanitario estatal viene ofreciendo al paciente⁵.

Entre estos tres modelos de asistencia primaria de salud, se dan los conflictos de competencias lógicos, inclusive la desagradable confrontación de intereses opuestos, dejando que el paciente llegue a convertirse paradójicamente en una figura más patética y sufrida en detrimento de su bienestar

⁵ Datos recopilados en 1985 desde la Escuela de Gerencia Hospitalaria de Madrid, dependiente del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social.

y salud. Dentro de esta caótica desorganización, quizá los conflictos más pertinentes se den entre los sectores estatal y de mutuas, fomentando la desviación del sector público hacia el privado, donde tradicionalmente parece que la organización sanitaria liberal ha ido funcionando notablemente mejor, sin plantear el mismo tipo de problemas, irresolubles hasta la fecha, que vienen presentando las restantes organizaciones sanitarias.

El asunto de la organización sanitaria española se presenta evidentemente como difícil de abordar desde el momento en que se le pretenda imponer soluciones no ya económicas, sino más bien de carácter estrictamente político y más aún si se espera obtener soluciones fehacientes a corto plazo. Es claro que en torno a la organización sanitaria coexisten infinidad y variados intereses económicos, sociales y políticos de inmedible proyección que están impidiendo constantemente una eficaz política de reorganización del sistema.

Eticamente, ¿por qué se pretende una reforma sanitaria? Veamos la génesis histórica del modelo a reformar.

En el actual panorama sanitario español se da una coexistencia operativa entre los tres sistemas ya vistos; al tiempo, se están ocasionando diversos problemas de carácter interno debidos a la conjunción de compatibilidades mutuas. Por ello, si es preciso llegar a un planteamiento de reforma de todo el sistema, es debido a que se ha llegado a una extremada situación en la corrupción de intereses dados fundamentalmente entre la sanidad pública y la privada. Una visión sucinta del proceso por el cual se ha llegado a esta situación de alarma en el sistema sanitario queda resumida en el tipo de estructuras que se le dio a la organización médica y que posteriormente fue degenerando hasta configurarse como un sistema de organización pública que operaba más como medio coyuntural que como medio estructural. En España, la planificación hospitalaria se ha realizado muy tarde respecto de Europa en general, donde hoy en día, y en términos globales, se tiende a la construcción y gestión de pequeñas unidades sanitarias del tipo de clínicas privadas que fueron surgiendo ya en los años veinte, tras la Primera Guerra Mundial. La estructura ideal de este tipo de clínicas no sobrepasan las 100-200 camas como máximo. Al tiempo, el *staff* médico también sería reducido, suficiente, especializado, y presumiblemente competente. Al contrario de este tipo de estructura hospitalaria, en España, y preferentemente desde los años 1950-60, se han ido construyendo enormes complejos sanitarios agrupados en un solo gran edificio que lógicamente dificultan mucho más la organización eficaz y la gestión, tanto para el personal profesional como para el enorme número de pacientes que en múltiples casos llegan a convivir en perfecto hacinamiento.

Ejemplos que nos pueden ilustrar sobre este tipo de equipamientos hospitalarios son: Hospital de la S. S. «La Paz», la Ciudad Sanitaria «Doce de Octubre», el Hospital Clínico, o la Ciudad Sanitaria «Gregorio Marañón», en Madrid; la Residencia Sanitaria «Marqués de Valdecilla», en Santander, o la Residencia «Enrique Sotomayor», en Bilbao.

El porqué de este tipo de estructuración en los equipamientos respondía, en principio, a dos causas principales distintas:

— Al inicio de la década de los sesenta se dispara enormemente el índice de natalidad en España. El Estado, a través de sus Delegaciones del Gobierno, pone en práctica la decisión de construir masivamente enormes complejos hospitalarios con suficiente capacidad de centralización de toda la asistencia sanitaria posible, preferentemente sobre los servicios de maternidad ⁶, sin preverse suficientemente que a medio plazo ese alto índice de natalidad se iba a ver estabilizado o, incluso, reducido por otro tipo de causas, especialmente de carácter económico-doméstico. Lo que viene a suponer que a la vuelta de quince o veinte años las cuantiosas y enormes salas de maternidad de los grandes hospitales se encuentren infraaprovechadas o en gran medida casi vacías.

— Del mismo modo, en plena década de los sesenta, se estaba desarrollando en España el masivo fenómeno de la construcción de equipamientos. Esta situación se caracterizó por la existencia de unos, más que supuestos y discutibles, problemas de espacio relativos a la construcción y diseño. La política urbanística de la época ofreció como solución una mayor concentración y economía en la gestión de los servicios de la sanidad pública. Desestimando, al tiempo, la fórmula del posible desarrollo horizontal en favor de la estructura vertical de los equipamientos, creando el monobloque de varias alturas. En definitiva, se estaba persiguiendo obtener un ahorro considerable en el solar edificable que, *a priori*, determinaba sustancialmente la estructura de la organización sanitaria, dirigida abiertamente por la política económica de la especulación del suelo, muy desarrollada durante estos años.

Otro aspecto estructural que denuncia el mal funcionamiento de la organización sanitaria española se evidencia en el proceso de segregación social que se ha ido cristalizando progresivamente desde sus inicios.

En España, desde el punto de vista de la asistencia primaria, siempre se ha venido considerando a la beneficencia como aquel espíritu que tomaba forma de institución nacional, de caridad hacia aquellos individuos sin suficientes recursos económicos, indigentes, o en estado de pobreza. Por ello, y tradicionalmente, siempre han existido los grandes hospitales llamados de «Beneficencia» o de «Sangre», donde, por razones de estructura e institución, todo se identificaba con un sistema donde los servicios sanitarios podían ser no muy eficientes, y desde el cual se ofrecía sistemáticamente la idea de albergar a los peores profesionales médicos que sólo funcionaban en base a una visión caritativa de la vida.

⁶ Este fenómeno también posibilitó dos particularidades: se consigue controlar y disminuir de forma notable el alto índice de mortalidad infantil existente en España hasta los años cincuenta, y que desde entonces los nuevos españoles, por naturaleza, dejarán de ser mayoritariamente españoles rurales, de pueblo o campestres, para empezar a ser españoles urbanos y capitalinos.

Toda esta deficiente estructura se intenta subsanar por medio de la Reforma Sanitaria, donde domine una asistencia más moderna, más adecuada y no segregatoria.

Por otro lado, la Administración Estatal, aparentemente, vino a perder de vista que en el seno de la organización sanitaria existían ya las bases necesarias para que se produjese un fenómeno chocante y, a la larga, insostenible cuando empezaron a observarse actitudes generalizadas de irregularidad e incompetencia en la atención al servicio de asistencia al paciente.

Ocurrió que la práctica de la medicina profesional se vino a dividir sistemáticamente entre los tres sectores sanitarios simultáneos, y en especial entre los sectores público y privados, originándose en ello un importante trasvase de la profesión médica, de uno a otro campo.

Mientras que en los países centroeuropeos, anglosajones y nórdicos, los médicos y profesionales acostumbran a trabajar muy dedicadamente dentro de su ámbito —*Full Time*— y por ello su actividad es merecedora de una alta remuneración económica indiscutible, en España los médicos suelen no dedicar todo su tiempo a la atención de un solo hospital u organismo sanitario autónomo.

Organización sanitaria en general donde los profesionales, en ocasiones, no perciben remuneración alguna o ésta llega a ser muy escasa y no del todo suficiente en atención a sus cualificaciones. Situación que se produce en parte porque existe una muy mala organización de base en el propio sistema sanitario y, en parte, porque la proporción numérica de médicos a enfermos, aun siendo muy variable según zonas, en general es muy elevada.

Al tiempo, por parte de la administración sanitaria estatal no estaba en proyecto el elevar las asignaciones económicas al profesional del sector. Desde esta perspectiva, se contempla una crítica situación en la que los profesionales no estaban suficientemente bien pagados ni existían probabilidades a corto plazo para mejorar esta injusta situación.

De este modo, la propia administración viene permitiendo, podríamos decir que bajo cuerda, el que los médicos recurran por sus propios medios a alcanzar otro tipo de ingresos económicos en otros sectores ajenos al estatal. Permitiendo despreocupadamente, en realidad, que los profesionales dividan sus horas de trabajo entre varias dependencias o servicios, lo que pone en marcha una clara situación viciada y degenerativa, facilitando coyunturalmente un fenómeno objetivo que tiene repercusiones graves, aunque favorezca inmediatamente a los interesados. Y es que se está posibilitando la distracción del profesional hacia alternativas económicas reales, pero a la larga el efecto es perjudicial para la sanidad en general y, sobre todo, para el enfermo, que, en definitiva, es el que sigue pacientemente, y más que nunca, haciendo honor al nombre.

Es ampliamente conocido que, como consecuencia de esta situación, se dan multitud de casos en el que un mismo médico atiende durante una misma

y única jornada laboral dos, tres, incluso cuatro servicios distintos entre diferentes sectores sanitarios.

En consecuencia, la característica principal de estos servicios es la adolescencia y falta de una verdadera dedicación plena y eficaz hacia el enfermo. Puesto que inmerso en este círculo vicioso del ejercicio profesional, el médico de los grandes y medianos núcleos de población, se ve obligado a desperdiciar mucho tiempo efectivo de su actividad laboral en los diversos traslados mientras va de un servicio a otro. Por ello, entre otras razones, la atención que se ofrece sobre todo en la asistencia primaria del sector público suele ser la más perjudicada y desatendida para el paciente, desde el momento en que tal contraprestación se ve caracterizada casi de una manera general y sistemática por unos importantes indicadores que alteran negativamente el fin teórico perseguido por la política sanitaria: lograr un máximo nivel de salud.

Estos factores, ordenados en función del grado de importancia y preocupación que para el propio paciente merecen, pueden clasificarse cualitativamente como:

- El poco tiempo de atención que dedica el médico a su paciente.
- La falta de comunicación (interacción) que se produce entre médico y enfermo.
- La falta de confianza que se origina.
- La indefensión del enfermo.
- La pérdida de tiempo real que llega a soportar el paciente para el bajo nivel de atención que puede llegar a recibir posteriormente ⁷.

En toda esta peculiar situación resalta otra característica importante, y es que la imagen del médico de cabecera se pierde indefectiblemente y llega a desaparecer, sobre todo, como especialista tradicional de la Medicina General, con lo que irremisiblemente y por extensión la propia imagen de la medicina se llega a deteriorar exageradamente.

La imagen general que se tenía del médico de cabecera, hoy en día, prácticamente, ha desaparecido en casi su totalidad. La propuesta Reforma Sani-

⁷ Con el objetivo de llevar a cabo un estudio de campo aplicando técnicas de investigación clásicas de la antropología social y habituales en sociología, se analizó en su día el grado de satisfacción de los componentes del sistema sanitario en el ejercicio de su profesión. Asimismo, el de los usuarios como sujetos pasivos de la acción de los profesionales sanitarios. Angeles Díaz Ojeda y Josume Aguinaga Roustan iniciaron el estudio de la relación médico-paciente desde una perspectiva cualitativa, donde desarrollaron una vía de investigación sociológica hasta entonces inédita en el campo de la salud. Sus análisis se centraron en el estudio de la interrelación que se viene a producir entre el profesional del sistema de salud y sus pacientes en el nivel de atención primaria del sector público. Entre muchas e interesantes conclusiones a las que se llegaron, por mi parte retomo algunos tan sólo de los indicadores precisos y reveladores de la situación real por la que atraviesa el sistema sanitario nacional

taria contempla en una gran medida el intento de recuperar nuevamente esta ocupación profesional.

Por lo anteriormente ya visto, y en resumen, el trasvase ocupacional del profesional médico, la excesiva e irracional movilidad laboral del mismo, la pérdida de la figura del médico de cabecera, y el mínimo grado de salud que consecuentemente alcanzan los pacientes en general, viene a originar una insostenible y degenerada situación en la medicina española que está motivada evidentemente por la consolidación de un ciclo vicioso dado entre el rol del profesional, la administración estatal y el bajo nivel de remuneración económico establecido. Este último inconveniente coyuntural, degenerativa y paradójicamente, fue adquiriendo con la práctica verdaderos visos estructurales cuando en un intento de paliación defensivo contra el bajo nivel retributivo percibido los interesados buscaron soluciones que llegaron a complicar aún más toda la crítica situación de la sanidad española. Complicación que se hizo patente por el desencadenamiento de irregularidades en el funcionamiento interno del sistema incluyendo fenómenos de abuso desprendidos naturalmente desde distintos e interesados ámbitos; podemos observar cómo un profesional puede percibir desproporcionalmente, respecto al grado de servicio médico efectivo que ofrece, unas remuneraciones conjuntas pero que provienen de distintas fuentes no articuladas, a saber: ingresos estipulados por ley desde el sector público. Lo devengado libremente del sector privado que atiende, y finalmente, existe la posibilidad real de poder cobrar en este último sector a cuenta de la Seguridad Social.

Contemplando esta angustiosa perspectiva que ofrece el estado de funcionamiento de algunos aspectos de la organización sanitaria española, cabe preguntarse cómo podría situarse una adecuada política de salud que aporte sustancialmente una gran reforma de base para la estructura sanitaria. Se trata de un importante proyecto que por su magnitud y consecuencias afecta e implica directamente no ya a la profesión médica y a otros especialistas de la organización sanitaria, como pudieran ser los sociólogos de la salud aisladamente, sino al propio aparato estatal por la importancia que representa tal medida para el colectivo social en su totalidad.

Quiere esto decir que las posibles aportaciones reformadoras, generadas en función de ideologías precisas que se aglutinan en el seno de algunas perspectivas propias de la sociología de la salud (como son las aportadas por Rutstein, I. Illich, o Polack, entre otros), habría que completarlas, sino superarlas, con otro tipo de aportaciones no ya de carácter ideológico, sino más bien de carácter organizativo de responsabilidad estatal.

¿De qué forma se podrían articular los distintos intereses de médicos, auxiliares, farmacéuticos, ayudantes técnicos y demás personal sanitario? ¿Y cómo se podían organizar las diferentes competencias profesionales a nivel administrativo entre los dos o tres sectores preponderantes de la sanidad nacional?

Las posibles respuestas tendrían que venir claramente expuestas en una adecuada política sanitaria elaborada a nivel estatal. Recordemos que a finales de los años setenta, en plena apertura a la Reforma Política española, se fueron fraguando desde cuatro diferentes alternativas políticas representadas por partidos políticos, encontradas propuestas respecto de una pretendida política de Reforma Sanitaria. Estos cuatro modelos iniciales, ya en los años ochenta tienden a reducirse y conjuntarse en dos modelos diferenciados, dominantes y alternativos.

Así, pues, en principio, se establecen claramente dos corrientes:

— El modelo de Reforma Sanitaria denominado de Medicina Curativa está elaborado a partir de una orientación sociopolítica de corte conservador.

Fue diseñado en los años setenta, a instancias de la Coalición de Partidos Políticos de Centro, desde presupuestos liberal-conservadores. Con posterioridad, esta visión o modelo de Reforma se vino a enriquecer con las aportaciones de otros partidos de parecidas tendencias, siempre del ala conservadora.

Sus propuestas se resumen en características del tipo de:

1. Se da un mayor énfasis a la Medicina Curativa que a la Preventiva.
2. Se considera la preexistencia de dos sectores o modelos para la acción sanitaria: el privado y el público.
3. Proponen llevar a cabo un servicio sanitario gradual, conforme a un determinado presupuesto económico.
4. Se define una estructura supercontrolada para el servicio público y plena acción para el servicio privado.
5. El objetivo final está en desarrollar un importante y operativo Ministerio de Sanidad.
6. Hasta la fecha no se había enunciado ninguna posibilidad real de acción para el desarrollo de la política sanitaria a través de las competencias que se pueden traspasar, desde la Administración Central, a cada una de las Comunidades Autónomas del Estado.

— El segundo modelo de Reforma Sanitaria supone la alternativa al ya visto anteriormente. Tiene éste una orientación ideológica de carácter más social.

Está diseñado desde presupuestos sociopolíticos de tendencia socialdemócrata con base socialista, y viene a conjugar desde sus orígenes los principios ideológicos acordados entre las fuerzas políticas de izquierda moderada, PCE y PSOE.

Las reformas perseguidas por este modelo se pueden caracterizar, resumidamente, en:

1. Creación y remodelación efectiva de un Servicio Sanitario Nacional con estructura de Seguridad Social para toda la población, basado como el actual modelo estatal, en el modelo británico de posguerra.
2. Indudablemente, se persigue un modelo que desarrolle la Medicina Preventiva, antes que la Curativa.
3. Existencia de una organización médica controlada ampliamente por la población.
4. Protección de la población contra todo interés privado desmesurado.
5. Potenciación de la imagen perdida del médico de cabecera familiar.

Con todo, uno u otro modelo no son más que pequeños proyectos utópicos con los que se podría iniciar la verdadera empresa de la tan necesitada Reforma Sanitaria. Hasta el día de hoy, ambos modelos significan tan sólo un verdadero prurito que carece de realidad cotidiana. La Reforma Sanitaria, como toda reforma social importante y necesaria, se estudia, se diseña, incluso se publicita, pero, como suele ocurrir tradicionalmente, su aplicación real es incoherente y queda relegada al más puro ostracismo.

EN TORNO AL CONCEPTO DE SALUD

Oficialmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una definición sobre la salud de amplio sentido pragmático en la que se pretende ir un poco más allá que al definirla tan solo y escuetamente como la ausencia de enfermedad.

La salud se entiende como aquel estado natural de un organismo que alcanza importantes y notorios grados de bienestar físico, mental y social. Es ésta una definición que por su pragmatismo pudiera servirnos para encabezar el tema que ocupa, pero no por ello habrá que perder de vista que implica en cierta manera una falta de totalidad en sí misma o que, al menos, en su extensión discursiva deja entrever definiciones no cerradas o concretadas. Puesto que al intentar determinar lo que se puede entender por «bienestar» físico, mental o social nos enfrentamos a grandes dificultades para su verdadera estimación cuantitativa, si pretendemos hacer del término «bienestar» algo medible.

En principio, el intentar medir de alguna manera aquello que se entiende por bienestar, nos llevaría a analizar previamente conceptos como el de «necesidad».

Entiendo que el grado de bienestar poseído o perseguido individual y/o colectivamente estará en función de las necesidades que tengamos satisfechas y de las que pretendamos ir creándonos.

No pretendo extenderme ahora sobre apreciaciones dialécticas más o menos acertadas respecto a las definiciones de necesidad y de bienestar, pero es

importante tener presente que existen toda una serie de teorías sociológicas y económicas que intentan arrojar luz sobre las llamadas necesidades entendidas como variables dependientes, en función de la producción económica, o de los procesos productivos, y donde éstos se configuran como los elementos modificadores de las necesidades.

En resumen, para la visión marxista, la necesidad social es la reposición cotidiana de las fuerzas de trabajo (el descanso para trabajar). Desde este presupuesto se podría contemplar un más o menos acertado grado de bienestar alcanzado y, por extensión, de nivel de salud social o individual.

Como alternativa a esta explicación, desde la visión no marxista se intenta exponer que las necesidades sociales se configuran como variables independientes y no como dependientes.

Sobre esta perspectiva se construye la Teoría Sociológica que pretende el análisis de las necesidades en sí, intentando demostrar que, como variable independiente, las necesidades sociales poseídas o perseguidas están en relación directa con un determinado grado de bienestar individual o colectivo, y éste, a su vez, se constituye como el elemento modificador de un determinado nivel de *status* social.

Estas sucintas visiones, manejadas desde diferentes puntos de vista, pretenden recoger alguna perspectiva más de lo que puede dar de sí el concepto que en principio manejábamos: la salud.

Es por ello que no tiene caso apartarnos en exceso de su posible significado escueto. No obstante, por medio de esta resumida exposición venimos a coincidir con M.^a A. Durán⁸, cuando deduce que cada grupo social tiene su propia idea sobre los niveles «normales» de salud, y sólo cuando los rebasen se considerarán enfermos.

Es indudable que se presentan infinidad de dificultades de apreciación en el momento de intentar reflexionar sobre aquellos criterios que se exponen para definir la línea divisoria existente entre el estado de salud y el de enfermedad de una población. Por su parte, Claudine Herzlich⁹ resume diversas concepciones existentes sobre la salud, y expone tres visiones generales. Veámoslas:

A) La salud se puede interpretar como la ausencia de enfermedad, caracterizada por la evidencia de que el cuerpo no se hace notar.

Se deduce que existe salud cuando el cuerpo funciona sin atenciones especiales y sin molestias graves.

B) La salud como reserva, cuando se asume que se disfruta de salud y que, además, se dispone de una «reserva» que en principio nos acompaña,

⁸ Véase M.^a Angeles DURÁN, *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid, Tecnos, 1983, p. 76.

⁹ Véase Claudine HERZLICH, *Health & Illness*, London Academic Press, 1973, pp. 55 y ss. En M.^a A. DURÁN, *op. cit.*, p. 34.

por lo general, desde el nacimiento y que nos permite afrontar ciertos desequilibrios sin desgaste excesivo para el organismo.

C) La salud como equilibrio, quizá sea ésta la visión más ambiciosa de Herzlich. Esta argumentación presupone la existencia de salud cuando el individuo se siente fuerte y capaz; de igual forma está cerca de alcanzar un grado significativo de felicidad y placidez.

Se observa en este caso que el individuo disfruta de un estado general armónico frente a distintas incapacidades y fatalidades. Es un estado en el que se es capaz de acometer e integrar, sin problemas, posibles desórdenes de otro tipo.

Al manejar con cierto detenimiento la noción de salud en cualquiera de sus acepciones, nos sentimos en cierta medida obligados a discernir qué relación de correspondencia puede, de hecho, existir entre lo que es la salud y lo que puede ser un «estado normal» del organismo o, de otra manera, desde y hasta dónde abarca un supuesto estado de normalidad del organismo para entender que en esa amplitud domina la salud y no la enfermedad.

Debe de quedar claro, por otro lado, que salud, genéricamente, es sinónimo de equilibrio.

La enfermedad supone, por el contrario, aquel estado de descompensación visible al que ha llegado una estructura considerada como normal y/o natural.

Por definición, lo normal pudiera ser aquello que se halla en su «natural» estado. Por extensión, lo normal nos sirve para configurar normas y reglas. inclusive; lo normal tiene un carácter modal y por ello fluctúa más, dentro de un ámbito cuantitativo que cualitativo.

Recordemos que para la OMS la noción de salud tiene su aplicación y su razón de ser en aquella condición «natural» del organismo.

Y con el ánimo de ir enlazando conceptos, podemos observar que por «natural» se entiende aquello que comúnmente sucede, sin sacrificio y sin doblez; es relativo a la naturaleza. Manejando estas sutiles apreciaciones, donde entran en juego distintos conceptos y nociones y que a su vez detentan un carácter modificador en el contexto que nos propongamos analizar, es fácil que caigamos en un plano demasiado teórico-dialéctico.

LA NOCION DE ENFERMEDAD

Se moldea como vago y difuso. En principio podríamos intuir que define una alteración biológica o una desarmonía estructural. Genéricamente, la enfermedad viene a definir el conjunto de dolencias que interfieren en la capacidad de actuación que se tiene como normal y que elimina la sensación de bienestar característica de las personas completamente sanas.

Segundamente se tiene como válido, aunque sea ésta una media certeza, la presunción de que el cuerpo humano está tan perfectamente adaptado al medio ambiente que la enfermedad, por lo menos la grave, constituye una excepción más que regla.

Para la yatrología se califica la enfermedad como aquel estado del cuerpo que hace a un individuo menos sano de lo que se considera normal.

De la misma manera considero que este «pre-supuesto» conceptual adolece de una verdadera visión científico-objetiva porque desarrolla conceptos ambiguos y demasiado generales.

La oficialidad de la OMS también da una definición extremadamente ligera sobre la enfermedad y, en resumen, la conceptúa como la «falta o ausencia de salud».

Entiendo que el equiparar «lo enfermo» con «lo sano» parece vanal y casi ridículo; parece más un prurito de definición formal, la cual, de todos modos, falla en su contenido esencial.

Otros autores intentan dar una definición como más concreta, y se refieren a la enfermedad conceptuándola como cualquier perturbación del funcionamiento «normal» del cuerpo, manifestada por síntomas característicos que siguen su curso previsible y que distingue a este estado de todos los demás.

Para Lisón Tolosana¹⁰, la enfermedad se institucionaliza a través de los roles profesionales asociados con la medicina y a través del rol otorgado al enfermo. De cualquier manera el enfermo, para que se defina como tal, se ha de reconocer socialmente como verdadero enfermo.

En palabras de Ackernecht¹¹, «enfermedad y medicina son funciones de la cultura». Y en este sentido es, pues, bastante difícil llegar a universalizar un concepto general sobre la enfermedad, puesto que éste dependería del tipo de valoración que diferentes culturas diesen o tomasen al/del término en sí.

Lo que para los occidentales constituyen verdaderas patologías institucionalizadas con sus respectivos síntomas muy determinados, e independientemente de que se lleguen a padecer por causas exógenas o endógenas, para otros pueblos y/o culturas no occidentales en definitiva no significan, ni son tratadas como enfermedades susceptibles de atención y curación. El reconocimiento social de la enfermedad como mal generalizado varía en función de la relación que existe entre enfermedad, como concepto patológico objetivo aceptado socialmente y el proceso de socialización inherente a una comunidad que ha interiorizado determinadas ideas, creencias, valores y teorías en base al tipo de vida seguido y al proceso cultural desarrollado por ella.

Consecuentemente, en función de estos mismos se orientará un determinado enjuiciamiento clínico por parte de sus especialistas.

¹⁰ Carmelo LISÓN TOLOSANA, *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega*, Madrid, Akal, 1981, p. 196.

¹¹ E. N. ACKERNECHT, *Medicine and Ethnology*, Stuttgart, 1971, p. 15. En M.^a A. DURÁN, *op. cit.*, p. 31.

Para Lisón Tolosana¹², «bajo ciertas condiciones, la conducta viene clasificada como normal o enferma, si así es definida por la cultura en cuestión», y entiendo que por consiguiente, como el mismo autor sostiene..., «la noción misma de enfermedad —elemento de un sistema sociocultural— puede ser más cultural que biológico-objetiva». Durante el siglo XIX, cuando la malaria hacía estragos entre la población del valle del Mississipi, las fiebres palúdicas se desarrollaban con tanta frecuencia y entre un elevadísimo contingente de población que su carácter de enfermedad perdió novedad y llegó a convertirse en condición modal. Se había trastocado la concepción cultural sobre la enfermedad y la población, así lo asimilaba; según Ackerknecht¹³, la gente decía: «no está enfermo, tiene malaria...».

Según los estudios de Lison Tolosana¹⁴, en Europa, y hasta finales del siglo XVIII, el eczema dermatológico que se daba en los niños era entendido como algo normal, no como enfermedad, porque casi todos los niños lo exhibían. Al contrario, opinaban que era muy sano tenerlo porque precisamente por ahí se purgaban los pequeños de los malos humores.

En resumen, de esta visión cultural que se aprecia en torno al concepto de enfermedad se explica que evolucionen corrientes de estudio especializadas como son la «folk-medicina» y la etnomedicina, como las definen autores de rango como Rodney Coe, C. Lisón Tolosana, R. Strauss, etc.

En definitiva, ésta es una visión analítica que se encuadra dentro de perspectiva macrosociológica y que prepara la base para seguir estudios de sociología en la medicina desde el segundo paradigma teórico, ya visto en páginas anteriores.

Sería oportuno, a tenor de lo ya analizado, tener constancia de lo que también significa la enfermedad, pero ya desde una perspectiva social.

En ocasiones nos resulta difícil trazar la línea divisoria que puede existir entre las implicaciones culturales y las consideraciones que son de un carácter más social. Porque es evidente que la condición social que mantenga el enfermo, cualquiera que sea ésta, es rigurosamente inexcusable para entender su enfermedad y para establecer su tratamiento, con el agravante de que dependiendo de esta condición social dejará o no dejará de ser enfermo antes de tiempo. Como nos expone M.^a A. Durán¹⁵, en relación con la enfermedad, las desigualdades de clase se reflejan en aspectos como: Distintos conocimientos y actitudes en relación a la salud y a su cuidado. Distinto riesgo de enfermar y diferente grado y riesgo de contraer enfermedades específicas. Igualmente, distinto grado de acceso a los servicios médicos con un nivel de eficacia desigual. En definitiva, las probabilidades de morir antes de la edad media

¹² Carmelo LISÓN TOLOSANA, *op. cit.*, p. 190.

¹³ E. N. ACKERNECHT, *op. cit.* En LISÓN TOLOSANA, *op. cit.*, p. 191. Las fiebres palúdicas, malaria o paludismo es una enfermedad febril producida por gérmenes desarrollados en aguas estancadas o inoculados por ciertos mosquitos.

¹⁴ Carmelo LISÓN TOLOSANA, *op. cit.*, p. 191.

¹⁵ M.^a A. DURÁN, *op. cit.*, p. 138.

de vida, consecuentemente, también son distintas. Padecer una dolencia o una enfermedad especificada o no, es el resultado quizá de una multiplicidad de causas, tanto exógenas como endógenas al individuo y al medio social en el que se desenvuelve; pero, en definitiva, llegar a un estado de enfermedad es la consecuencia de una carencia de equilibrio psicosomático necesario para superar las impertinencias y las agresiones que se originan constantemente en el medio social que nos rodea. El proceso que nos acerca a la enfermedad se caracteriza por sorprendernos con una falta de bienestar tanto físico como mental que se refleja indistintamente en el plano social o individual.

La enfermedad es la alteración fisiológica más o menos grave de la salud que irremisiblemente tiende al debilitamiento biológico y, fatalmente, a la muerte.

El estado del organismo biológico, en cualquier momento, es el resultado de interrelaciones que se dan entre el cuerpo y el ambiente circundante. Para otros investigadores que parten de la clasificación epidemiológica, existen dos variantes en cuanto a conceptualizar la enfermedad. El pretender explicar más someramente estas dos variantes conceptuales, sería responder con enfoques de matiz cultural a unas y con puntualizaciones de naturaleza estructural-social, a otras.

Por ello, cabría diferenciar entre enfermedades sociales «buscadas o elegidas» y enfermedades sociales definidas como de «la civilización». Entre las del primer grupo cabe decir que se ajustan a respuestas de tipo estructural-social, como pudieran ser las enfermedades venéreas, en las que evidentemente se da un principio de elección o búsqueda, o también aquellas enfermedades derivadas del consumo del alcohol o las drogas, el colesterol, la gota, etc.

Dentro del segundo grupo de enfermedades sociales, destacan las del tipo de «civilización», que en un principio se ajustan a respuestas de carácter cultural. En esta categoría se podrían clasificar las derivadas de los estados de *stress*, las cancerígenas de origen ambiental, las accidentales de origen comunitario, etc.

Con esta perspectiva se abarcan el 90 por 100 del total de las enfermedades que evolucionan en el seno de las civilizaciones industriales o desarrolladas. Estas mismas enfermedades parece que tienen más una naturaleza de carácter político y económico que de otro tipo. Por consiguiente, se les propone soluciones de tipo político-económico más que de tipo técnico y administrativo. Esta especial concepción de la enfermedad, como hecho social, se ajusta a la corriente de clasificación ideológica propuesta por Polack¹⁶. A este

¹⁶ Alonso Hinojal viene a plantearse una interesante paradoja a modo de pregunta: ¿cómo es posible que en los países más desarrollados del planeta se logren tan pocas mejoras a nivel general de la salud a pesar de las grandes inversiones financieras y al gran potencial existente en recursos humanos destinados a la medicina? Véase I. ALONSO HINOJAL, *Sociología de la medicina*, Madrid, Tecnos, 1977, pp. 19 y ss. Mientras surgen posibles respuestas a esta paradoja, coetáneamente, J. C. Polack diseña un modelo ideológico

respecto, el doctor Yuste Grijalba opina que factores sociales del tipo de la industrialización intensiva y desenfrenada, la urbanización deshumanizada, el consumo de alimentos grasos, entre otros factores, no son una necesidad en esencia, sino más bien una decisión, primero estructural y después individual. Asimismo, Grijalba mantiene que la falacia se produce cuando se pretende hacer ver que los responsables de elegir ese peculiar estilo de vida, que se entiende como letal para la especie humana, son los propios individuos, sin cuestionarse de verdad el porqué ha llegado a adoptarse este irracional *modus vivendi*.

Hernán San Martín, por su parte, opina en esta cuestión que el principal problema se sitúa en la falta de poder y de control de la gente sobre su propia salud.

Al hilo de este planteamiento, surgen otras aportaciones con cierto carácter crítico que sirven para enriquecer nuestra actitud ante tal problema. Fernando Savater viene a opinar, desde un punto de vista ético, sobre el llamado derecho a la automedicación como fenómeno de gran actualidad, y considera que debería ser añadido con todos los rigores a los restantes derechos universales del hombre. Para Savater, el derecho a la automedicación incluye el libre acceso a todos los productos químicos y a la libre invención por parte de cada cual de un particular nivel de salud; en otras palabras, libertad de elección para obtener un buen estado del ánimo y del cuerpo acorde a la propia medida y necesidad de cada individuo no al gusto de las meras exigencias productivistas de lo que ha venido a definir como el «cuerpo-máquina»¹⁷.

y de pensamiento con el que dar alguna solución a este tipo de contradicciones sociales. Polack analiza y argumenta su tesis desde una perspectiva revolucionaria, crítica, de origen marxista. Un postulado desde el que establece la inutilidad de investigar tan sólo la categoría científico-natural de un problema, la salud, que entiende basado en perspectivas económicas y sociales, donde se analiza la enfermedad y la falta de salud dentro del contexto de una sociedad basada en la productividad y el beneficio económico. Al punto de vista crítico de Polack, de innegable validez científica, es interesante parangonarle los de Iván Illich y D. D. Rutstein. Véanse J. C. POLACK, *La medicina del capital*, Madrid, Fundamentos, 1974; Iván ILLICH, *Némesis Médica*, Barcelona, Seix Barral, 1975; D. D. RUTSTEIN, *The coming revolution in medicine*, Cambridge (Mass.), MIT Press, 1967, y, finalmente, M.^a A. DURÁN, *op. cit.*, pp. 16-17.

¹⁷ Para Fernando Savater, la denominación del «cuerpo-máquina» responde a la concepción del llamado Buen Estado, símil de buen funcionamiento. Y éste se acomoda a la condición menos conflictiva socialmente y más productiva laboralmente. Para Savater, desde el punto de vista de la salud pública, los ciudadanos están sanos cuando van a trabajar y no arman demasiado jaleo unos con otros. El «cuerpo-máquina» es un término que exalta la laboriosidad, lo fiable, lo explotable, la durabilidad. Por contra, la más genuina muestra de salud pudiera ser aquella que busca alcanzar el máximo placer y regodearse en tal situación. Pero, para ciertos sectores de la sociedad, la acción del placer significa derrochar fuerza vital y tiempo sin producir nada a cambio, y cuando la salud es improductiva parece que se convierte en una forma sutil de enfermedad..., en algo repugnante. En definitiva, la concepción del término «cuerpo-máquina» parece que es opuesta al término de «cuerpo-excremento». Sólo se admitirá el llamado «cuerpo-excremento» —que parece ser derrochador e improductivo— en cuanto pueda servir de refuerzo motivacional para el primero, pero en ningún otro caso. Para recabar una visión más amplia y precisa sobre

LAS METODOLOGIAS DE ACCION

Tras la celebración en Zaragoza del I Congreso de Sociología, en 1981, se constituye el grupo de Antropólogos Sociales, el cual, y paralelamente desde Madrid, Barcelona y Zaragoza, va a intentar desarrollar paulatinamente nuevas teorías y métodos de aplicación a las investigaciones sobre etnología y sociología de la sanidad.

Para un sociólogo de la especialidad, el nivel de análisis inicial estaría en abordar el estudio del sistema sanitario español en su conjunto, y para ello existe el propósito constante de interrelacionar la teoría con la praxis.

Consecuentemente se proponen diversos métodos de análisis basados independientemente desde diferentes perspectivas epistemológicas. Para M.^a A. Durán¹⁸, coexisten seis diferentes modelos teóricos dominantes como aportaciones de la sociología al campo de la sanidad.

A modo de ejemplo, creo que valdría enunciar una de las investigaciones empíricas de carácter cualitativo, y basada en una perspectiva interaccionista desde la que se contemplan puntos de vista muy cercanos a la psicología y que pudieran definirse en torno a las relaciones dadas entre el médico y el enfermo.

— La relación médico-paciente:

Es una metodología de investigación que no está aislada en el ámbito de la antropología o de la sociología de una forma individual; más bien es el resultado de una conjunción intermedia de ambas disciplinas que aúnan sus esfuerzos para definir un método de estudio.

Desde un punto de vista genérico, pretende abarcar dos campos de análisis: uno, analizando el grado de satisfacción de los sujetos operantes del sistema sanitario en el ejercicio de su profesión; dos, medir de la misma manera ese grado de satisfacción entre los usuarios como sujetos pacientes de la acción de los profesionales médicos.

El análisis científico de la relación médico-paciente podría también someterse a la observación de la Ley Universal Causal, buscando un matiz de la aplicación metodológica.

La propia Ley sustenta los parámetros de causa-efecto ($V_o = V_f$). Y desde aquí podríamos enunciar y denominar al concepto causal; en otras palabras, a causa de... y/o a consecuencia de..., como (V_o). Por tanto, el fenómeno particular de la interrelación producida entre el médico y su paciente o, lo que es lo mismo, la relación médico-paciente tomada en sí misma, se traduce sintéticamente como (V_o).

noción de salud, perfectamente explicada por el autor, véase F. SAVATER, «Paradojas éticas de la salud», en *Leviatán*, II época, núm. 22, invierno 1985, pp. 113-120.

¹⁸ M.^a A. DURÁN, *op. cit.*, pp. 18 a 24.

El efecto dirimible no sería otro que las conclusiones lógicas y finales a las que se podría llegar tras el desarrollo de la causalidad inicial. Este fenómeno final es el efecto o conclusión última obtenida, al que llamaremos: (Vf).

De esta visión esquemática, enriquecida con la propiedad de igualdad, (Vo = Vf), se desprende una implicación final que tiende a desglosarse en diferentes subefectos o ítems definitivos: (+)Vfs./ (—)Vfs. Y, (+)Vfe./ (—)Vfe.

Estos subefectos definitivos tiene una traducción que luego veremos. Son el resultado de haber introducido entre la causa y el efecto inicial, (Vo = Vf), dos variables diferentes que actuarán como verdaderos objetos del análisis intermedio, y que igualmente actuarán modificando el resultado definitivo de la relación unicausal inicial, (Vo = Vf).

Las variables actuantes pueden y serán:

- A) El grado de satisfacción profesional alcanzado por el médico, al obtener una posible compensación de salud para el paciente tratado.
- B) Como segunda variable, el grado de satisfacción para el enfermo al poder alcanzar mayor o menor nivel de enfermedad.

De introducir la variable A) en la relación se pueden deducir dos ítems finales: (+)Vfs. positivo, y/o (—)Vfs. negativo. Ambos se pueden traducir, respectivamente, por:

- (+)Vfs. = Mayor nivel de salud obtenido.
- (—)Vfs. = Menor nivel de salubridad conseguido.

De resultados de introducir la variable B) en la misma relación se podrán obtener los restantes ítems: (+)Vfe. positivo, y/o (—)Vfe. negativo. Igualmente su traducción:

- (+)Vfe. = Mayor nivel de enfermedad resultante.
- (—)Vfe. = Menor nivel de enfermedad alcanzado por paciente.

Resumiendo la relación, objeto de estudio, esquemáticamente:

$$\begin{array}{l}
 \text{CAUSA} = \text{EFECTO} \rightarrow \text{CAUSA} + \text{VARIABLE A} = \text{Efectos dirimidos.} \\
 (\text{Vo.} = \text{Vf.}) \quad \rightarrow \text{Vo.} \quad + \text{VARIABLE A} \quad \left\{ \begin{array}{l} (+) \text{Vfs. positivos} \\ (-) \text{Vfs. negativos} \end{array} \right. \\
 \hline
 \text{CAUSA} = \text{EFECTO} \rightarrow \text{CAUSA} + \text{VARIABLE B} = \text{Efectos dirimidos.} \\
 (\text{Vo.} = \text{Vf.}) \quad \rightarrow \text{Vo.} \quad + \text{VARIABLE B} \quad \left\{ \begin{array}{l} (+) \text{Vfe. positivos} \\ (-) \text{Vfe. negativos} \end{array} \right.
 \end{array}$$

Tan sólo recordar que la (Vo) es la causa, y que ésta, inicialmente, es la relación médico-paciente.

(Vf) es el efecto de esta causa y, finalmente, se traduce en varios sub-efectos o ítems definitivos. Son los efectos dirimidos ya vistos anteriormente.

Las variables A) y B) son propuestas científicas escogidas como *modus operandi* para intentar dar resolución a la relación de igualdad inicialmente propuesta, (Vo = Vf).

Únicamente queda señalar que tanto la variable A) como la B), tienden a estar influenciadas por fenómenos externos a sí mismas, que definitivamente modificarán los efectos finales de esta relación. La variable A) puede verse alterada por subvariables del tipo de:

1. Por el grado de preparación profesional y empírica del médico.
2. Por el grado de conocimientos teóricos del mismo.
3. Por el grado de equipamiento técnico al servicio del médico.
4. Por el nivel de apoyo profesional y humano con que se cuente desde el *staff* médico. Colaboración del equipo profesional.
5. Por el de actitudes comunicacionales positivas del paciente hacia el dictamen médico. Lo que apoyaría el resultado terapéutico previsto.
6. Por el nivel adecuado en cuanto a la obtención de una satisfactoria profilaxis. Nivel éste donde sería de destacar la existencia de una óptima infraestructura de servicios y atenciones sociales del entorno, equipamientos, en favor del paciente.

La variable B), igualmente, se puede ver modificada por otras subvariables independientes como pueden ser:

1. Por la influencia que puede ejercer el sistema sanitario, en general, sobre el enfermo.
2. Por la naturaleza del entorno que venga a ofrecer el equipamiento sanitario y su estructura.
3. Por el nivel de asistencia humana, profesional y técnica sanitaria que reciba el enfermo.

Al margen de lo visto, cabe también enunciar otro tipo de técnicas de investigación usadas en psicología social y sociología. Veámoslas.

— La observación participante:

Es una unidad de análisis cualitativa desarrollada por un equipo investigador. Es una técnica que se lleva a cabo en varias sesiones distintas y en salas adecuadas para ello.

— El análisis del usuario:

Prácticas realizadas por medio de las «reuniones de grupo», donde se entrevista sólo al usuario o sujeto paciente sobre distintas interrelaciones sociales que puede experimentar, así como las necesidades del enfermo, servicios y actitudes que puedan mantener los mismos respecto de la asistencia médica recibida.

— El análisis del rol del profesional:

Desde el que se pretende analizar el «tipo de vida» que acontece dentro de una institución sanitaria dirigida por los profesionales médicos.

Puesto que es evidente que el personal sanitario queda implicado directamente, debido a sus interacciones rutinarias, con el medio organizado. La forma de acceder a la entrevista con los miembros del *staff* médico se realiza por medio de las «reuniones de grupo», mantenida en diversas sesiones. Porque el *staff* es un cuerpo especializado, se debe recurrir a las llamadas «entrevistas en profundidad», o también «entrevistas de los informantes clave». Estas entrevistas se desarrollan en base a un diálogo libre, espontáneo, y cara a cara, con la mediación del equipo investigador, que sugiere o pudiera sugerir el emplear técnicas de medición como pueden ser las escalas de actitudes y los tests proyectivos.

Este tipo de análisis sociológico, normalmente acarrea el inconveniente, para la investigación, de abordar con éxito al personal sanitario, que sistemáticamente se define, para el sociólogo, como bastante escurridizo, puesto que el investigador plantea una técnica caracterizada por la crudeza y la implicación directa en responsabilidades, porque lo que se persigue es clarificar éstas. La «entrevista en profundidad» plantea el abordar de golpe la problemática de la relación médico-paciente y sus consecuencias; por ello, es poco bienvenida por los sujetos entrevistados, que reiteradamente intentan rehuir el diálogo y la colaboración con el sociólogo entrevistador.

M.^a A. Durán¹⁹, respecto a las entrevistas con el *staff*, indica: «El miedo a que les sean exigidas excesivas responsabilidades por las consecuencias de sus actos ha sido, tradicionalmente, uno de los principales elementos de aglutinación de la clase médica, igual que de otros grupos profesionales que han creado una reglamentación defensiva a tal efecto.»

¹⁹ M.^a A. DURÁN, *op. cit.*, p. 51.

APLICACION DE LA CORRIENTE ETNOMETODOLOGICA

Esta disciplina desarrolla métodos de estudio centrados en el análisis de la vida cotidiana.

Dentro de la psicología social, posiblemente sea la perspectiva sociológica más importante de la actualidad. La etnometodología se basa en reunir todo aquello que sea observable e informable de ámbito cotidiano. Su campo de estudio se ciñe a los grupos pequeños y a la interacción social que en ellos se puede dar. Si la problemática sanitaria, por su trascendencia y amplitud social, se configura como una totalidad que implica la atención de todos nosotros, parece lógico que desde la perspectiva de las ciencias sociales intentemos aportar nuestros conocimientos concretos en este campo con la pretensión de incluir algún tipo de solución.

Se trata de hallar un planteamiento que nos predisponga a alcanzar un mayor nivel general de salud social, o bien centrándonos en el estudio del marco institucional sanitario, o bien intentando acercarnos al planteamiento de salud y enfermedad que manifiesta el individuo, más como ser social que como sujeto individual. Desde un punto de vista teórico, la gestación de la etnometodología tiene un arraigo en la conjunción de diversas fuentes filosóficas: desde las teorías de la comprensión y el significado de la acción social, de Max Weber, por un lado, a los estudios de las actitudes naturales, la fenomenología y «el mundo de la vida», desarrollados por Husserl.

Discípulos como Garfinkel y Schultz, seguidores de Husserl, construyeron teorías con aplicación empírica desarrollando lo que se entiende por «la acción orientada hacia los otros», que constituye la base de las investigaciones etnometodológicas. La propia metodología de esta disciplina, en principio, se basa en ir descubriendo todos aquellos elementos cognitivos *no* explícitos y acumulados que los individuos tienen en su propio conocimiento.

La etnometodología es susceptible de aplicación empírica desde varias técnicas que pongan al descubierto todo aquello que se da por supuesto.

Partiremos de la base del estudio social de los grupos pequeños que eventualmente también se pueden constituir como enfermos y pacientes de determinados síndromes y/o enfermedades de carácter social, físico o mental. A modo de ejemplo, tomemos como referencia casos de anorexias, esquizofrenias, mala interpretación de tabúes, epilepsias, fobias, depresiones, etc.

Propiamente los análisis a desarrollar se basarán en la interacción, la cual precisa, al menos, de la relación entre dos individuos que comparten una misma situación. Por tanto, los métodos a desarrollar estarán basados en el proceso de la comunicación.

Usaremos técnicas y métodos como son el análisis biográfico y las historias de vida, desde las que se intentan analizar las reconstrucciones del pasado, las memorias, los diarios cotidianos y/o los intermitentes, etc., de los

que se puedan sacar datos informativos que nos puntualicen la certeza de una determinada insuficiencia o incapacitación.

La técnica del análisis biográfico maneja dos métodos distintos que pretenden clarificar el origen de un proceso evolucionado de supuesta enfermedad.

El *Emotional Rescue*, que busca crear en el paciente una situación de tensión extrema que motive repentinamente al individuo a recordar algo importante en los acontecimientos vividos en el pasado que pudieran explicar determinados comportamientos del presente.

El otro método, bastante usado por las técnicas del análisis biográfico y la historia de vida, es el denominado *Roll Playing*, parecido al anterior pero que no implica el forzar al paciente, como ocurre en el caso anterior. Este método intenta revivir, pausadamente, las circunstancias que pudieron provocar ciertos dramas en la vida del enfermo.

Con ello surgirá el sociodrama si el método es aplicado durante una terapia de grupo. Con todo ello se están reviviendo nuevos aspectos emocionales que intentan aclarar una determinada situación problemática.

Seguindo con las aplicaciones empíricas que se desprenden de la Etnometodología, cabe significar otras técnicas operativas igualmente agrupadas bajo la perspectiva de las teorías de la comunicación.

Estas pudieran ser: el análisis conversacional, el modelo de expansión, la técnica del doble vínculo, y la teoría familiar sistémica. Veámoslas:

— El análisis conversacional:

A los etnometodólogos se les conoce también por los científicos «conversacionalistas».

Para los que siguen este tipo de técnicas de aplicación, el objeto de estudio se centra en observar (escuchar) e interpretar todos aquellos datos que son inherentes a la conversación, a la mirada y/o al comentario resuelto entre interlocutores. Para interpretar actitudes frente a determinados problemas se utilizan técnicas tales como son el sistema de turnos conversacionales, normalmente mantenido entre dos componentes, y que consta de 14 reglas de desarrollo teórico y que mantiene el «turno» de intervención como unidad de análisis fundamental.

Desde 1977, Labov y Fanshel desarrollaron otro método o modelo de análisis conversacional, el llamado modelo de expansión.

El modelo de expansión es de carácter netamente microsociológico e interaccional, donde constantemente se persigue el estudio de la conversación desarrollada. Sus nueve fases de análisis registran la conversación grabada electrónicamente. Posteriormente se transcribe y se señalan los énfasis registrados, los distintos tonos de voz, pausas, etc. El método consiste en elaborar cuatro campos de discurso de distinto carácter: biográfico, familiar,

de vida cotidiana, e institucional. Para seguir este método, también se emplea aparatología como la del osciloscopio, que nos registra constantemente los tartamudeos y las distintas vibraciones del tono de voz.

Otros investigadores, agrupados terminológica y genéricamente bajo el nombre de «los pragmáticos», desarrollan principios de interacción social denominados del «doble vínculo».

Esta técnica, aplicada, logra producir un doble lazo emotivo dado entre dos o más personas reunidas que interaccionan entre ambos mensajes recíprocos de carácter muy sentimental y emotivo. Las consecuencias comunicacionales que pueden llegar a darse lugar, en el fondo tienen casi un mismo efecto que el que se produce en una sesión de terapia psicosocial basada en el uso y empleo de la paradoja lingüística.

— La terapia familiar sistémica (TFS):

Este enfoque, de alguna otra manera pretende analizar la evolución de la interacción social y la relación del sujeto con los restantes miembros del grupo. Concibiendo éste siempre como pequeño grupo; por ejemplo, la familia. El elemento básico para la aplicación de este enfoque debe entenderse como una unidad total, como un verdadero sistema donde sea viable el análisis de ciertas y determinadas patologías físicas, mentales o sociales que obviamente se originen y desarrollen en el propio grupo familiar como sistema microsocioal.

Desde esta perspectiva se pretende, si cabe, superar otros métodos de análisis que sólo contemplan al individuo enfermo como elemento aislado del entorno en que convive.

De algún modo tenemos que arriesgarnos a contemplar, con el seguimiento de este enfoque, que si un miembro participante de un pequeño grupo padece algún proceso de enfermedad o más bien un síndrome, cabría suponer la existencia de un mecanismo de causa-efecto interno al grupo, lo cual podría indicar que es el propio grupo en sí el que padece la enfermedad, indudablemente y en principio, por multitud de causas.

La posterior aplicación de un adecuado análisis objetivo y científico nos ayudará a establecer conclusiones y diagnósticos.

Esta técnica de análisis se desprende del estudio de las teorías de la dinámica de grupos, que al tiempo pueden incluir métodos complementarios como son las entrevistas en profundidad, el análisis del discurso, y/o los grupos de discusión.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las enfermedades mentales guardan, en principio, una estrecha relación de causa-efecto, y/o viceversa, con diversos elementos distorsionadores que suelen ser de naturaleza externa al paciente.

En este tipo de patologías es obvio entonces que se den principios de corte relacional.

La terapia familiar sistémica es un procedimiento basado en la retroalimentación o *feed-back*, puesto que se parte del estudio de un pequeño grupo o grupo familiar al que se analiza aplicándosele una visión relacional. Esta consiste en estudiar la interrelación y las pautas de comportamiento de sus miembros sin perder de vista que deben relacionarse constantemente las diferentes actitudes, opiniones y conductas de unos miembros con los de los otros.

Para aplicar esta terapia de sistemas empezáramos por tratar de agrupar a todos los miembros componentes del grupo familiar sometidos a estudio. Tanto a los miembros declarados como partícipes directos de la convivencia cotidiana como a aquellos otros posibles integrantes que por determinadas circunstancias ya no forman parte esencial y directa del grupo familiar. Serían, por ejemplo, casos en los que uno o varios de los hijos estén ausentes parcialmente o que vivan habitualmente en un entorno extrafamiliar.

Esta metodología nos puede servir para estudiar ciertas patologías inherentes a un grupo familiar del tipo nuclear, como pudieran ser casos de deficiencia en el aprendizaje observado en uno de sus miembros, o casos de enuresis nocturna, dislalia, neurosis o diferentes casos de esquizofrenias, etc. En los casos anómalos donde realmente no se haya podido encontrar la terapia adecuada y efectiva para subsanar la disfunción patológica, sería oportuno aplicar esta terapia psicosocial siempre como penúltimo recurso, porque en aquellos casos declarados como de evidente inoperabilidad habría que recurrir a tratamientos de carácter multidisciplinario.

La curación del o de los miembros aparentemente afectados dependerá siempre del interés que pongan en ello el grupo familiar con implicación directa y dependiente de cada uno y todos sus componentes.

La técnica consiste en realizar reuniones del grupo una vez al mes y durante ocho-diez-doce meses continuados para poder dar tiempo así a una posible acción de cambio en las actitudes y conductas de cada uno de los miembros con relación a los otros. Se trata de que se pueda dar una verdadera interrelación comunicacional entre todo el grupo, pero intentando producir un giro a las normas habituales del comportamiento familiar, las cuales pueden haber sido causa del posible desarrollo patológico.

Es claro que en todo grupo primario se dan distintos roles sociales basados en el trato y en la distancia. La medición de estas actitudes está asegurado por medio de la interpretación del sociodrama emergente. Su posterior valoración científica y cuantitativa vendrá dado por la aplicación de las técnicas somiométricas oportunas.

Con la aplicación de la terapia familiar sistémica se intenta modificar, en la medida de lo posible, los roles familiares habituales que potencialmente

podrían estar fomentando un desajuste interfamiliar evidente. Por tanto, deberemos propiciar todos los posibles cambios lógicos, desde nuestro punto de vista científico, aunque parezcan paradójicos para los afectados, de la estructura nuclear, objeto de estudio, en su proceso interactivo normal y cotidiano.

Otra de las técnicas que nos acompañen será la del doble vínculo, ya señalada anteriormente. Los fundamentos teóricos propuestos para su aplicación sostienen en principio que todo es comunicación en el ser humano; por ello se entiende que no existe la no comunicación desde el momento en que todo es entendible y comprensible. Por tanto, desde este presupuesto entenderemos que no puede existir una no conducta, puesto que toda conducta es también comprensible.

Es por ello que merece la pena aprovechar todos estos supuestos teóricos en favor del proceso interactivo, que mal desarrollado puede ocasionar resultados conductuales patológicos. Tanto la técnica a desarrollar del doble vínculo como la puesta en práctica de otros procedimientos terapéuticos de carácter psicosocial, como puede ser el desarrollo de la paradoja lingüística, la cual tiene un carácter impositivo desde el punto de vista práctico y que se esgrime como elemento esencialmente trastocador de esquemas y valores anquilosados e inviables y que se mantienen rígidos en el seno de la estructura grupal y/o familiar que se evidencia como no suficientemente comunicativa y enfermiza, en el fondo pretenden llegar a corregir un claro desajuste interno, fomentando la práctica de la homeostasis u homeostasia.

El concepto de homeostasis define la búsqueda del equilibrio interno de los organismos cuando se parte de la existencia de una relativa constancia del medio interno, el cual se mantiene gracias a un juego recíproco de fuerzas dinámicas que, en definitiva, no corrigen ni equilibran adecuadamente las respuestas del sistema.

El concepto de homeostasis fue elaborado por W. B. Cannon, en 1932²⁰, y con él se pusieron de relieve las características de la organización de los sistemas vivientes, en virtud de las cuales éstos tienden a conservarse como organismos completos y en funcionamiento²¹.

George Pollock explica la homeostasia como una propiedad de los procesos psicosomáticos, emocionales y fisiológicos y que además presupone la

²⁰ Realmente, donde digo «elaborado» habría que decir reelaborado, puesto que el concepto de homeostasia fue descrito inicialmente por Claude Bernard (1813-78) para ilustrar sus investigaciones en fisiología, los mecanismos vitales, las constantes para conservar las condiciones de vida y los estudios sobre el medio biológico humano. Entre 1929 y 1932, Walter Cannon redefine y amplía el concepto de homeostasia y sucintamente lo define como un equilibrio dinámico obtenido a través de la autorregulación y el autocontrol. Para obtener una explicación más detallada al respecto es aconsejable ver José M. GARCÍA MADARIA, *Teoría de la Organización y Sociedad Contemporánea*, Barcelona, Ariel, 1985, pp. 142 y 153.

²¹ G. H. POLLOCK, «Enfermedad Psicosomática», en *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, vol. IV, Madrid, Aguilar, 1975, pp. 243-250.

existencia activa de varios mecanismos. Coloquial y resumidamente, homeostasis podría definirse por aquella situación biológica donde se guarda un equilibrio estable dentro de un sistema dinámico.

Siguiendo con la descripción que antes me ocupaba en referencia al uso metodológico de técnicas como la paradoja lingüística y la del doble vínculo, lo que se pretende alcanzar con la aplicación de estos procedimientos terapéuticos se puede resumir en cuatro puntos:

- Evitar en lo posible el internamiento psiquiátrico de los posibles pacientes.
- Manejar poco la medicación por puro sistema.
- Básicamente, incentivar el desarrollo de la medicina preventiva.
- Fomentar los equipos de trabajo a nivel profesional.

Toda esta visión, curiosamente, también está refrendada por la nueva corriente en boga, a veces controvertida, de los profesionales de la medicina moderna, denominada de los antipsiquiatras.

Yendo un poco más allá de los diversos métodos y técnicas de investigación de corte cualitativo, cabría referirse finalmente a aquellos otros procedimientos de análisis que contemplan la objetividad científica y que se persiguen desde una perspectiva cuantitativa.

En el campo de la investigación sociológica referente al estudio de la sanidad, es imprescindible el uso de datos cuantitativos categorizados en variables de orden dependiente e independiente. Como señala Bernabé Sarabia²², cuando se refiere a los problemas de experimentación en el laboratorio, éste, indudablemente, constituye el marco idóneo para comprobar si una variable social determinada tiene o no efectos discernibles en un comportamiento específico y para establecer modelos lineales de causalidad que puedan matizar definitivas formulaciones teóricas.

En definitiva, se trata de evolucionar un modelo de experimentación. Para ciertos autores, como por ejemplo Stanley y Campbell, en torno a las ciencias sociales debemos intentar ensanchar nuestras perspectivas temporales y reconocer que la experimentación de carácter continuo y múltiple es más propio de las actividades científicas que los experimentos únicos y definitivos.

Llegados a este planteamiento, nos enfrentamos irremisiblemente a la contemplación dualística del proceder metodológico, a favor o en contra, de perspectivas de análisis de carácter cualitativo o cuantitativo. En el lado de las técnicas de investigación empírica, la dicotomía se plantea igual de radical-

²² Bernabé SARABIA HEYDRICH, «Limitaciones de la Psicología Social experimental. Necesidad de nuevas perspectivas», en varios autores, *Perspectivas y contextos de la Psicología Social*, Barcelona, Hispano-Europea, S. A., 1983, pp. 73-115.

mente entre encuesta-experimentación-datos estadísticos, de una parte, y observación participante-historias de vida-entrevistas, de otra ²³.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO HINOJAL, I: *Sociología de la Medicina*, Madrid, Tecnos, 1977.
- ALVIRA MARTÍN, F.: «Perspectiva cualitativa-cuantitativa en la metodología sociológica», en *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, núm. 22, 1983.
- BERGERET, J., y cols.: *Manual de Psicología patológica. Teórica y clínica*, Barcelona, Toray-Masson, 1975.
- COMAS ARNAU, D.: «Conceptos y datos básicos sobre uso de drogas por la juventud española», en *Revista de Estudios de Juventud*, núm. 17, 1985.
- CARCAVALLO, R., y PLENCOVICH, A. R.: *Los ecólogos de la salud*, Caracas, Monte Avila, 1975.
- DE MIGUEL, J. M.: «Sociología de la población y control de la natalidad en España», en *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, núm. 10, 1980.
- «Sociología de la medicina versus Sociología en la medicina», en *Revista Española de Opinión Pública*, núm. 38, 1975.
- DURÁN, M.ª A.: *Desigualdad social y enfermedad*, Madrid, Tecnos, 1983.
- FERRANDO BADÍA, J.: *Estudios de Ciencia Política*, Madrid, Tecnos, 1976.
- GARCÍA MADARIA, J. M.ª: *Teoría de la Organización y Sociedad Contemporánea*, Barcelona, Ariel, 1985.
- ILICH, I.: *Némesis médica*, Barcelona, Seix Barral, 1975.
- LISÓN TOLOSANA, C.: *Perfiles simbólico-morales de la cultura gallega*, Madrid, Akal, 1974-81.
- SANTOS DEL CAMPO, I.: «Un análisis diferencial de la fecundidad», en *REVISTA ESPAÑOLA DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS*, núm. 10, 1980.
- SARABIA HEYDRICH, B.: «Limitaciones de la Psicología Social experimental. Necesidad de nuevas perspectivas», en *Perspectivas y contextos de la Psicología Social*, Barcelona, Hispano-Europea, 1983.
- SAVATER, F.: «Paradojas éticas de la salud», en *Leviatán*, núm. 22, 1985.
- SHELLENBERG, J. A.: *Los fundadores de la Psicología Social*, Madrid, Alianza Ed., 1981.
- STRAUSS, R.: «The natura and status of medical sociology», en *American Sociological Review*, vol. 22, 1957.
- SUDNOW, D.: *La organización social de la muerte*, Buenos Aires, Tiempo Contemporáneo, 1971.

²³ Para una visión más precisa y extensa sobre los distintos enfoques dicotómicos de la metodología sociológica, véase Francisco ALVIRA MARTÍN, «Perspectiva cualitativa-cuantitativa en la metodología sociológica», en *REIS*, núm. 22, 1983, pp. 53-75.

NOTAS DE INVESTIGACION