

Hacia una sociología de la salud en Bolivia Towards a sociology of health in Bolivia

Ramiro Javier Choquehuanca Callisaya
Sociólogo, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia
E-mail: choquitotuntun@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0932-2914>

Resumen: En América Latina, la confluencia entre ciencias sociales y de la salud es un acontecimiento trascendental, y lo es más debido a las nuevas problemáticas e interrogantes producidas por el covid-19. La medicina y, muy ligeramente la sociología, han desarrollado importantes perspectivas de estudio en el campo de la salud, aspecto poco atendido por la sociología boliviana. Ante esta realidad, el presente artículo ofrece un balance general relativo al desarrollo de la sociología de la salud. Se trata, con ello, de aproximarnos al contexto sociosanitario e investigativo en Bolivia, para luego pensar la salud como un campo de investigación posible *desde, en y para* la sociología boliviana.

Palabras clave: sociología de la salud, sociología médica, sociología de la salud primigenia, proceso salud-enfermedad, osadía sociológica

Abstract: In Latin America, the confluence between social and health sciences is a transcendental event, even more due to the new problems and questions produced by COVID-19. Medicine and, very slightly, sociology have developed critical perspectives of study in the field of health, an aspect little attended by Bolivian sociology. Given this reality, this article offers a general balance regarding the development of the sociology of health. With this, we tend to approach the socio-health and research context in Bolivia to think about health as a possible field of research *from, in, and* for Bolivian sociology.

Keywords: health sociology, medical sociology, early health sociology, health-disease process, sociological audacity

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de nuestra vida personal. La calidad de la vida, el cuidado (...), los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el denso tejido social y ecológico en el que transcurre la historia personal (Costa y López, 1986).

INTRODUCCIÓN

El incremento de enfermedades infecciosas y degenerativas y de nuevos estilos de vida, la contaminación ambiental, el monopolio industrial, los sistemas de salud deficitarios, la creciente comercialización de servicios y medicamentos y la aparición del virus SARS-COV2 (covid-19) en la época actual han hecho que la salud sea un campo de conocimiento cada vez más amplio y complejo. La medicina y, muy ligeramente la sociología, desarrolló importantes perspectivas de estudio: ciencias de la conducta y medicina, sociología y antropología médica, medicina social, salud colectiva, etc. Incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso la “nueva salud pública”, que vio aspectos coincidentes con las ciencias sociales.

En Bolivia, con la perspectiva de establecer los principales ejes temáticos abordados por los sociólogos en los últimos tiempos, el Instituto de Investigaciones Sociológicas “Mauricio Lefebvre” (IDIS), de la Universidad Mayor de San Andrés (UMSA), efectuó el seminario: *La sociología boliviana hoy* (IDIS, 2018). En éste, además de reflexionar sobre la aplicabilidad de conocimientos sociológicos en cuestiones prácticas de los problemas sociales que demandan soluciones concretas, se planteó la necesidad de “incursionar” en otros campos investigativos. No obstante, a pesar de sus reflexiones altamente críticas, la salud como campo de estudio posible para la sociología boliviana estuvo ausente.

Para la sociología boliviana, el proceso salud-enfermedad y la ramificación de problemáticas sociales que ello implica ha sido explorado débilmente. El “desinterés” sociológico de estudiar la salud radica en creer que es un campo de estudio exclusivo de la ciencia médica¹. De ahí que la

1 Por lo general, cuando uno piensa en salud, inmediatamente la relaciona con objetos y símbolos que se supone la representan: médicos/as, enfermeros/as, enfermos/as (“pacientes”), cirugías, hospitales, medicamentos, instrumental, insumo y equipamiento médico, ambulancias, instituciones, protocolos, mandil blanco, entre otras cosas más asociadas al quehacer médico.

sociología sea pensada como disciplina “colaborativa”. No obstante, cabe preguntarnos ¿qué pueden hacer las ciencias sociales? y, en particular, ¿qué podemos hacer los sociólogos?, no simplemente ante la crisis sanitaria actual por covid-19 (Fernández, 2020), sino ante la crisis sanitaria en general. En este sentido, el presente trabajo pretende desentrañar el desarrollo de la sociología de la salud y, a partir de ello, evaluar la sintomatología socio-sanitaria e investigativa en Bolivia, para luego pensar la salud como campo de investigación posible *desde, en y para* la sociología boliviana. Esta tarea puede calificarse como una “osadía” sociológica, necesaria en el desarrollo teórico, metodológico y práctico de la sociología boliviana; elevándola, de ser una disciplina colaborativa, a una verdadera ciencia interdisciplinar, jerárquicamente similar a la medicina.

SOCIOLOGÍA Y SALUD: SUS CAMPOS DE ESTUDIO

¿Qué es la sociología? ¿Cuál es su objeto y campo de estudio?

Para la teoría contemporánea, la sociología es la ciencia que estudia la vida humana en sociedad, de los grupos y sociedades, “una empresa cautivadora y atrayente, al tener como objeto nuestro propio comportamiento como seres humanos” (Giddens, 2002, p. 27). Es un ámbito investigativo extremadamente amplio que va, desde el análisis de las relaciones interpersonales y cotidianas, hasta los procesos sociales globales. La novedad de la sociología no reside en su objeto de estudio —la sociedad estudiada mucho antes del nacimiento de la sociología—, sino en el aporte metodológico y las interpretaciones teóricas del estudio científico de la sociedad (Rojas-León, 2014). Por ello, estudiar la sociedad es concentrarse en lo social.

Una sociedad es un sistema de interrelaciones que vincula a los individuos. Para Simmel (1977), la sociedad tiene dos significaciones: por una parte, es un complejo de individuos socializados que constituye toda la realidad histórica; por otra, es la suma de aquellas formas de relación por medio de las cuales surge de los individuos la sociedad en su primer sentido. En otras palabras, la sociedad no es una sustancia o algo concreto de por sí, es, ante todo, un acontecer por excelencia, algo que los individuos hacen y padecen incesantemente a través de expresiones culturales. De ahí

que Simmel estimó más concreto hablar de socialización que de sociedad como objeto sociológico por antonomasia².

Lo social de la sociedad está determinado por la comprensión del acto humano que aparece como “natural”. Aún aquellas acciones que aparecen como necesidades biológicas, son, ante todo, eventos sociales, algo que se adquiere por el simple hecho de vivir en sociedad. La satisfacción de necesidades biológicas más elementales (como comer, dormir, reproducirse, etc.) son productos sociales; es decir, la manera como se los lleva a cabo es cultural. El sustrato biológico existe, pero el objeto y la forma de sentir, hablar y necesitar es social, por tanto, variable (Marqués, 1992).

Así, por distintos factores, hoy en día, la naturalización de algunas cosas se ha desnaturalizado (divorcio, matrimonio, trabajo, etc.). Cada grupo social tiene pautas propias de “normalidad”: lo que para una sociedad es normal puede no serlo para otra, por lo que la “normalidad” es relativa y encuentra una relación directa con el contexto donde esta relación social se da (Marqués, 1992). Lo social, está inmerso en un horizonte de significatividad siempre variable y se vuelve relevante para los grupos humanos (Heller, 1994). Dicho de otro modo, *lo social* es una construcción social (de la actividad humana). Si hay algo “natural” es el ser social construido y el vivir en sociedad, lo que la vida cotidiana esconde muchas veces.

Toda relación social y acción histórica de las sociedades no reside en la conciencia ni en las cosas sino en la relación entre dos estados de lo social: la historia objetivada en las cosas, bajo la forma de instituciones (estado objetivo de lo social) y la historia encarnada en los cuerpos, bajo la forma de un sistema de disposiciones duraderas denominado *habitus* (estado subjetivo de lo social). “El cuerpo está en el mundo social, pero el mundo social está en el cuerpo” (Bourdieu, 2002, p. 41), por lo que, lo social no es en absolu-

2 Sociedad y cultura están estrechamente relacionadas. La cultura se refiere a las formas de vida de una sociedad (modo de vestir, las costumbres matrimoniales y la vida familiar, las pautas laborales, las ceremonias religiosas, los pasatiempos, los modos de concebir y practicar la educación y la salud, etc.). Ninguna cultura podría existir sin sociedad, del mismo modo, no puede haber una sociedad carente de cultura. Sin cultura, señala Giddens (2022), no tendríamos una lengua para expresarnos ni conciencia de nosotros mismos; nuestra habilidad para pensar y razonar se vería considerablemente limitada.

to un producto natural sino resultado histórico de la actividad humana: la “historia hecha cuerpo y la historia hecha cosa” (p. 42)³.

Perspectivas y complejización del campo de la salud

El concepto de salud no es único ni universal, como tampoco lo es el de enfermedad. A lo largo del tiempo, se ha producido una variedad de perspectivas y corrientes teóricas. A decir, para el *naturalismo* biológico-físico (perspectiva hegemónica de la salud), la salud y la enfermedad son conceptos opuestos y contruidos uno en función del otro. La lesión es el elemento definitorio de la enfermedad, una visión fisio-patológica de la salud (Gavidia y Talavera, 2012)⁴. El descubrimiento de la causa microbiana de la enfermedad, fomentó la uni-causalidad y el origen de todos los procesos patológicos (Vergara, 2007). Ésta es una perspectiva esencialista que asocia la enfermedad con una avería en el cuerpo que produce disfuncionalidad y anormalidad, mientras que la salud es vista como la ausencia de la lesión, homologada al buen funcionamiento y condición “normal” de la vida. A criterio de Leriche, lo importante para las personas es vivir sin observar nada extraño, sin tener conciencia ni siquiera del funcionamiento de sus órganos, pues si esto ocurre significa que hay una dolencia, una lesión: “solo cuando algo no funciona bien es cuando uno se da cuenta de ello” (Leriche, 1985, cit. en Gavidia, y Talavera, 2012)⁵.

3 La peculiar combinación entre la estructura y la acción del sujeto y entre mundo objetivo-subjetivo sigue siendo un aspecto substancial en la sociología. Hay quienes hacen mucho hincapié en los elementos estructurales como explicación de la conducta social y otros que van a subrayar cómo actúan estos sujetos sociales incidiendo sobre esas estructuras. Como advierte Giddens, el drama al que se enfrenta todo sociólogo es justamente cómo combinar ambos aspectos, cómo dar cuenta a la vez de la estructura social y de la conducta que llevan adelante los sujetos, partiendo de que, si bien la estructura tiene una influencia enorme, no todo es explicado por ella.

4 Según Gavidia y Talavera, la concepción física de la salud entiende que la enfermedad es un proceso con alteraciones locales (lesiones), que provoca trastornos funcionales (disfunciones) debido a causas identificables (internas/genéticas o externas) y que siguen una evolución peculiar, constante y medible.

5 El proceso salud-enfermedad puede ser abordado mediante cinco niveles entre ambos puntos, de forma que para pasar de un extremo al otro se debe pasar por cada uno de ellos. En este continuo lineal y ciertos gradientes, se propone los siguientes niveles: salud (vida) - descontento - malestar - inadaptación - enfermedad - muerte. Aunque la enfermedad se encuentra en la zona contraria a la salud, en esencia, la muerte se opone a la salud, identificando a ésta con la vida (Elison, 1967, cit. en Gavidia y Talavera, 2012).

Por su parte, la perspectiva *psicosomática* (o del bienestar) propone la importancia de los procesos psíquicos en la génesis de muchas enfermedades. Una persona está sana no sólo porque posee un cierto bienestar físico-biológico, sino también por sus disposiciones mentales y por las condiciones sociales en las que se desarrolla todo ser humano (Díaz, 2016). De la relación cuerpo-mente, se procura comprender la génesis de aquellas reacciones personales (alergias, alteraciones del aparato digestivo, colitis, asma bronquial, determinadas formas de cáncer, etc.), casi todo, en función de procesos mentales. De ahí que la salud fue definida como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946), definición criticada por ser utópica, estática y subjetiva. Se la considera utópica porque el “completo” estado, tanto de salud como de enfermedad, no son condiciones absolutas, entre ambos extremos existen gradaciones intermedias (el término “completo bienestar” es más la expresión de un deseo que una realidad alcanzable); estática porque considera a la salud como un “estado”, una situación, un nivel-estanco, y no un proceso dinámico; y subjetiva porque la idea de bienestar, como la de malestar depende del propio individuo (Terris, 1980; Salleras, 1990).

La perspectiva del *entorno* (o del equilibrio) añade la multi-causalidad. Para esta perspectiva hay otros factores que influyen directamente en la situación inmunitaria de la persona, como la alimentación, el trabajo físico, la producción, la educación, las condiciones de vida, etc. Es decir, la salud definida como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio. De muchas enfermedades infecciosas, la causa no es la presencia de organismos patógenos sino de ciertas condiciones del sistema organismo-entorno. Aunque los microbios sean la causa necesaria, no son suficientes para la enfermedad, la causa esencial de la enfermedad no reside en la infección, sino en cualquier estímulo interno o externo que altera la resistencia y rompe el equilibrio, produciéndose la enfermedad (Dubos, 1967)⁶. Otro con-

⁶ El desequilibrio no solo es posible en la dimensión física, sino también en la mental y en la social. Por ejemplo, a nivel biológico, estamos rodeados de microorganismos y protegidos de ellos por la piel, que actúa como barrera; cuando ésta se erosiona, se introducen en nuestro interior y provocan las infecciones. A nivel mental y social la persona necesita estar en armonía con el medio que le rodea para mantener su autoconcepto y ser útil a la sociedad de la que forma parte.

cepto, complementario al de equilibrio, es la adaptación. Ya que el medio ambiente (físico y social) está en continuo cambio y el hombre es, precisamente, su principal promotor y la principal causa de problemas para la propia especie (Gavidia y Talavera, 2012), la capacidad de adaptarse a situaciones que va creando el mismo ser humano significa poder vivir, funcionar y desarrollarse en ellas, aspecto necesario para una vida sana, equilibrada y completa.

También está la perspectiva *conductista* (o de los estilos de vida), que sitúa al individuo como protagonista de su propia salud, responsable de las acciones que pueden quebrar o mejorar su estado de salud⁷. Matarazzo (1980) propone la categoría de “salud conductual” debido a que pone en relieve la responsabilidad del individuo con su propia salud, estimulando la adopción de ciertas conductas que prevengan la enfermedad y mantengan la salud. Él sugiere que la prevención de la enfermedad no puede basarse únicamente en la investigación microbiológica, tratando de aislar un determinado germen, sino en la identificación de las conductas que incrementan la frecuencia e intensidad de los factores de riesgo de contraer enfermedades. El aporte de esta perspectiva es importante en tanto que el comportamiento humano juega un papel preponderante, ya que su control racional deriva en la capacidad de autocuidado, es decir, en la racionalización de la salud en las individualidades.

Finalmente, está la perspectiva del *desarrollo personal y social*. Esta perspectiva recupera los aportes anteriores: oposición a la enfermedad, bienestar físico, psíquico y social, equilibrio con el entorno y la manera de vivir alejada del riesgo. No obstante, añade la importancia de la acción individual y colectiva para modificar el entorno. El control y/o transformación de la determinación social, medio ambiental, económica, cultural, etc. constituye el elemento central para el mantenimiento de la salud. No se trata de la adaptación al ambiente sino de intervenir en el propio ambiente para transformarlo (Gavidia y Talavera, 2012). En otras palabras, la salud se constituye en un recurso para la vida, pero no en un objetivo de la misma vida.

⁷ Encontrar la alegría en cualquier situación constituye, para esta perspectiva, la fórmula para obtener la salud: la satisfacción en el trabajo, en las relaciones personales, en el ocio, etc. Convertir en extraordinarias las acciones cotidianas constituye un buen método para conseguir un mayor grado de salud.

SOCIOLOGÍA DE LA SALUD “PRIMIGENIA”: INTERSECCIONES DISCIPLINARES EN EL DIMENSIONAMIENTO DE LA SALUD

Las ciencias sociales y la salud se encuentran emparentadas desde su mismo nacimiento. Las condiciones históricas, que en el siglo XVIII darían origen al pensamiento biológico-clínico, fueron las mismas que facilitarían el surgimiento de las ciencias del hombre. El estudio de la vida de los grupos, de las sociedades, de la raza e incluso del sentir psicológico no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino de la “bipolaridad médica de lo normal y de lo patológico” (Foucault, 1979, p. 62). Es en la delimitación de las ciencias que la ciencia médica se adjudicó el campo de la salud, mientras que las ciencias sociales se abocaron a aspectos propiamente sociales. Recién a mediados del siglo XX la medicina y las ciencias sociales vuelven a emparentarse y la medicina reconoce la importancia de las ciencias sociales; reconocimiento “innecesario”, ya que, en la sociología, la salud-enfermedad (como proceso social) siempre estuvo presente como *sociología de la salud primigenia*.

Mirada sociológica: la salud como proceso social

Para Villarreal, la sociología clásica aporta postulados epistemológicos, conceptuales y metodológicos claves. Sin ir muy atrás, influenciado por el naturalismo, Hebert Spencer (1820-1903) conjeturó una relación intrínseca entre lo biológico y lo social, aceptando la creencia del proceso de selección natural, por lo que ninguna institución debía intervenir para mejorar la salud o evitar las enfermedades, pues el propio proceso de selección natural se encargaría de aniquilar a los no aptos. Spencer concibió a la sociedad como un organismo vivo, interrelacionó las distintas partes y las funciones que cada uno cumple, aspecto que garantizaría el equilibrio de las partes y el sistema en su conjunto. De este modo, Spencer, condicionó el funcionamiento del sistema de salud respecto a la sociedad en general y otras instituciones sociales (Villarreal, 2015).

Un sociólogo que abordó la salud de modo explícito es Emilio Durkheim; por medio de su perspectiva de la fisiología social, aborda la problemática del suicidio y los problemas de la salud mental y, con esto, acomete el campo de la salud con una metodología pertinente. Durkheim identifica

los factores sociales influyentes en el fenómeno del suicidio: los factores económicos, los climáticos y los geográficos, la guerra, la religión, etc. y factores externos a ámbitos biológicos y psicológicos del individuo. Según su estudio, hubo sociedades *suicidógenas*, donde el suicidio fue una tendencia como podría serlo la pobreza, ya que es una de las consecuencias directas de lo que sucede en el discurso de dichas sociedades, sobre todo con respecto a la administración de sus reglas (Durkheim, 1992). La salud está condicionada y es interdependiente con instituciones, tales como la familia o el trabajo. Asimismo, la influencia cultural es determinante, ya que el sistema de salud refleja normas, valores, conocimientos, creencias y símbolos de la sociedad en general. La socialización es un aspecto importante que facilita la comprensión del proceso de forja de patrones de conductas, en el marco cultural del grupo social específico en estudio⁸.

En la misma línea, para Parsons (1968), la salud es un todo estructurado y relacionado, en el cual cada elemento de la estructura tiene determinadas funciones y, en correspondencia a ellos, determinadas relaciones. La salud es un todo en los marcos del espacio social, incluyendo las diferencias entre grupos humanos y las individualidades de la personalidad. La salud está estructurada desde una concepción general del sistema social, que le otorga una función muy concreta, encaminada al mantenimiento del ansiado equilibrio y orden social. Para Parsons, la salud somática es un estado de capacidad óptimo para el cumplimiento efectivo de las tareas sociales, por lo que la salud y la enfermedad se convierten en algo más que condiciones o estados del individuo. Ante todo, se convierten en estados reconocidos y valorados por la cultura y la estructura social y en un asunto de responsabilidad social e individual.

El marxismo también comprendió la salud como un proceso social. La mirada estructural del proceso salud-enfermedad-estructura y superestructura permite establecer la determinación de las condiciones objetivas en los hábitos, las costumbres, las conductas y otras manifestaciones de la conciencia y la cultura de la sociedad. Marx expresa que los individuos

8 Para demostrar la utilidad de la sociología, Durkheim amplía la perspectiva para el análisis del problema social. Su concepto de hecho social (formas de sentir, pensar y actuar), punto de partida para la investigación, permitió la comprensión de los problemas de salud en su dimensión de problema social en general (Villarreal, 2015).

no entran en interacción como “puros yos”, sino como individuos en una determinada etapa de sus necesidades, lo que recrearía diariamente las relaciones existentes. Las relaciones sociales se establecen a partir del proceso de producción, distribución, cambio y consumo y la interacción de salario, ganancia, beneficio, plusvalía, capital y pobreza, por lo que las representaciones y mediaciones ponen al descubierto la esencia relacional y la estructura de la sociedad (Marx y Engels, 1974). También aparece el concepto de la determinación económica sobre el ser, la conciencia social y el organismo humano. Los conceptos como modo de producción, ser social, conciencia social, clases sociales, ideología y enajenación, entre otros, constituyen las “claves sociológicas” para estudiar la problemática de la salud.

Otro sociólogo que advierte elementos de una sociología de la salud “primigenia” es Max Weber. A diferencia de otros sociólogos, Weber creía que la sociología debía centrarse en la acción social y no en las estructuras; por ello, estableció que las motivaciones e ideas del ser humano son las fuerzas que impulsan el cambio debido a que los individuos poseen la capacidad para actuar libremente y conformar su futuro (Weber, 1991). Los sentidos subjetivos (punto de partida de la acción social), creados y construidos intersubjetivamente entre los actores sociales, configurarían el proceso salud-enfermedad (Villarreal, 2015). La aportación de Weber constituye el paradigma interpretativo fundamental para comprender la intencionalidad de la acción social, es decir, para explicar el proceso salud-enfermedad en la vida social; la sociología debe concentrarse en entender y advertir las creencias, intenciones, valores y significados (factores subjetivos) del comportamiento individual.

Mirada médica: lo social en la salud

Desde la mirada médica, personalidades como Hipócrates, Galeno y Paracelso ya había alertado sobre la influencia de los factores sociales sobre la salud. Según Balarezo-López, el médico William Petty fue quien explicitó, en el siglo XVII, que la estructura demográfica y los factores sociales, económicos y culturales estaban en estrecha correspondencia histórica con la situación de salud y, con esto, con la relación entre problemas sociales y los de la salud. Más adelante, Rudolf Virchow, en 1848, postuló la

naturaleza del proceso salud-enfermedad como base conceptual para la elaboración de una política de salud para su época. Las investigaciones de Virchow establecieron los efectos de las condiciones sociales en la enfermedad y en la mortalidad. Sus observaciones en las patologías y datos estadísticos lo condujeron a sugerir que la solución a estos problemas requiere un cambio social fundamental. Las evidencias de Virchow crean un nuevo campo de estudio y definen a su vez la medicina como “ciencia social” (Balarezo-López, 2018). Recién en 1930 se consolida el interés médico por el estudio de los factores socioculturales en la salud humana mediante la interpretación sociológica y bajo el denominativo de sociología médica⁹.

En sí, la sociología médica surge en los Estados Unidos, después de la Segunda Guerra Mundial cuando el Gobierno comienza a promover investigaciones sociomédicas, no como fomento o aliciente académico sino como respuesta a una necesidad social concreta. Su interés fue comprender la influencia de los factores socioculturales en la etiología de la enfermedad mental como consecuencia del cambio social, estrés y sobre todo la prevalencia de desórdenes psiquiátricos diagnosticados en la población masculina del servicio militar. Muchos psiquiatras tuvieron que enfrentarse con variables de tipo social que habían condicionado la aparición de síntomas psiquiátricos durante la guerra y, especialmente, durante los procesos de rehabilitación a la hora de tratar a sus nuevos pacientes (Balarezo-López, 2018). Por esto, la sociología médica estuvo dirigida más a problemas prácticos que al desarrollo teórico y metodológico¹⁰.

Un importante exponente, que se volvió clásico en la sociología médica, es Robert Strauss, quien propuso dos corrientes separadas e interrelacionadas por áreas en la sociología médica: la sociología en la medicina y la sociología de la medicina. Para Strauss, la sociología *en* la medicina es definida como la investigación “colaborativa” que se hace desde y con la medi-

9 Charles McIntire sería quien utilizaría por primera vez el término “sociología médica” en una conferencia en la Academia de Medicina en Milwaukee (Estados Unidos), en 1893 (Balarezo-López, 2017).

10 La sociología médica fue promovida en varios espacios y escenarios de los Estados Unidos: en Nueva York con los proyectos de sociología de la educación médica y en la Universidad de Yale con los estudios epidemiológicos y antropológicos aplicados a la comunidad de New Haven. Después de la década de los cincuenta, las publicaciones sobre sociología médica se hacen cada vez más conocidas y de interés en el análisis de la salud.

cina, y que tiene como finalidad desarrollar la agenda de la salud. El papel de los sociólogos en la medicina sería el de realizar trabajos aplicados, en los cuales el conocimiento sociológico y los métodos de investigación sean usados para proveer de información útil a los profesionales de la salud para mejorar la atención médica, a las organizaciones de la salud para ofrecer servicios más efectivos y a los organismos de planificación y decisión para desarrollar programas y políticas de salud.

Mientras tanto, la sociología *de* la medicina se refiere a aquella que es realizada “desde posiciones independientes fuera del contexto médico formal” y que tiene como objetivo hacer de la medicina, sus instituciones, saberes y prácticas, su objeto de estudio (Castro, 2016). En ambos casos, el conocimiento sociológico y los métodos para explicar, generalizar y predecir conductas humanas en relación a situaciones de salud es substancial. Por su parte, los sociólogos de la medicina comparten las mismas metas que otras áreas de la sociología, ya que estudian fenómenos sociales como el poder y el conflicto en el ámbito de la salud, desde el punto de vista de las preguntas sociológicas más que de los aspectos médicos (Balarezo-López, 2018).

La sociología de la salud en Latinoamérica ha estado marcada por tres influencias. En primer lugar, los cambios que se han dado en la situación socioepidemiológica durante el siglo XX, denominados transición demográfica y transición epidemiológica. En segundo lugar, las influencias diferenciadas, y en algunos casos contradictorias, que tienen la tradición científica y la tradición humanística y filosófica. Se trata de dos culturas académicas enfrentadas en un campo de práctica profesional específica, en un terreno donde no es fácil eludir el encuentro y la polémica, pues se trabaja en una tierra común. Finalmente, los movimientos políticos que han dominado la región y que han hecho sangre y libros de las diferencias ideológicas (Briceño-León, 2008). De esta complejidad, no podemos decir que se haya constituido una corriente dominante sino diversidad y desacuerdo, además de riqueza en las aproximaciones, a pesar de lo modesto y reciente de su constitución como campo de estudio sociológico.

CONTEXTO BOLIVIANO

Situación de la salud y la influencia de la determinación social

El perfil epidemiológico de Bolivia casi siempre expresó altas incidencias de enfermedades transmisibles, combinadas con un incremento paulatino en la prevalencia de enfermedades crónicas. A inicios del siglo XXI, las principales causas de muerte fueron las enfermedades infecciosas y no transmisibles, aunque la mortalidad por enfermedades transmisibles siguió siendo muy alta (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 2002)¹¹. No obstante, a finales del siglo XX e inicios del siglo XXI, esta tendencia interpretativa sufrió un giro importante. Además de los aspectos claramente epidemiológicos y clínicos, el análisis de la determinación social incorpora variables como la demográfica, determinantes sociales, económicas y políticas. Se hace énfasis en factores tales como la alimentación y seguridad alimentaria, vivienda, agua potable y alcantarillado, educación, pobreza y desigualdades económicas (Ministerio de Salud y Deportes, 2010)¹².

11 En el periodo 2000-2004, Bolivia presentó una mortalidad ajustada de 182,3 por 100.000 habitantes por estas causas, lo cual contrasta con el promedio de los cinco países del área andina, que es de 89 por 100.000 habitantes (OPS, 2002). Aquí, la predominancia epidemiológica-médica-biológica (énfasis y cuantificación de la enfermedad) en el análisis de la salud es inminente, quedando evidenciado también su predominio en las políticas, el sector y el sistema de salud. Cabe destacar que sus principales indicadores fueron ante todo referidos a: esperanza de vida al nacer, esperanza de vida a los 60 años, tasa de mortalidad general, tasa de mortalidad infantil, razón de mortalidad materna, prevalencia de hipertensión arterial, porcentaje de partos atendidos por personal calificado, cobertura de vacunación en menores de un año, contra el sarampión, población con seguridad social, población con otro tipo de protección social en salud, población sin protección social de salud, gasto total en salud como porcentaje del PIB, gasto per cápita en salud, gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud, porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud.

12 Respecto a la alimentación y la seguridad alimentaria, según el diagnóstico de salud efectuado por el Ministerio de Salud boliviano, se evidenció que la insuficiente capacidad productiva, la falta de recursos para la compra de alimentos, el elevado precio de éstos, el clima y la insuficiente capacidad de respuesta a eventos climáticos adversos afectan dramáticamente a la desnutrición aguda y crónica en los niños menores de cinco años, con un 1,4% y 27,1% (MSyD, 2008).

Desde la determinación social de la salud, la exclusión social se convirtió en una variable social fundamental para el análisis de la salud¹³. Se estableció que, entre las principales causas para la exclusión social, se tiene: las barreras económicas y sociales (resultado de la pobreza, que impiden a la población acceder a servicios de salud necesarios porque no pueden cubrir los costos directos o indirectos, o tienen gastos catastróficos); las barreras geográficas (debido a la dispersión de la población en áreas rurales lejanas de los servicios de salud); las barreras culturales (debido al desconocimiento de la diversidad cultural y falta de respeto y valoración hacia las culturas existentes en el país); y las barreras relacionadas con la calidad de atención (inherentes al sistema de salud que también alejan a la población de los servicios)¹⁴.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural – SAFCI y su enfoque social

A inicios del siglo XXI, América Latina experimentó transformaciones sustanciales. La emergencia de “nuevas” visiones de la salud dio lugar a la reinterpretación de formas y modos de afianzar la salud (OPS/OMS, 2007). En el caso boliviano, los procesos sociales y políticos tales como la Revolución Nacional de 1952, las medidas sociales del gobierno de la Uni-

13 Según la encuesta continua de hogares de 2002 (MECOVI), se estableció que la tasa de exclusión en salud alcanzó el 58% de la población, quien reportó haber estado enferma antes de la encuesta (23% de la población total); por una parte, el 18% no recibió atención alguna porque no pudo o no percibió la necesidad de acudir a un servicio sanitario, sea por barreras económicas (42%), porque se trataba de un caso leve (33%), por recurrir a la automedicación (13%), por la distancia de los servicios (9%) o su mala calidad (3%); ellos constituyen el primer grupo de exclusión. Del otro 82% que buscó algún servicio, el 55% fue atendido institucionalmente por personal de salud (no se considera la calidad ni el resultado), el otro 45% no accedió a ningún servicio institucional, aunque había percibido la necesidad, constituyendo el segundo grupo de exclusión. Este grupo recibió atención no institucional, es decir, se hizo atender con un farmacéutico (6%), un familiar (39%) u otra persona, por ejemplo, médicos tradicionales ancestrales (Ministerio de Salud y Deportes, 2010). Se establece también una relación negativa entre atención institucional y pobreza. El 59% de las personas que tiene un ingreso mayor a la línea de pobreza ha logrado atender su demanda de salud institucionalmente, comparado con sólo el 44% y el 35% de los pobres y pobres extremos respectivamente.

14 Los rasgos inherentes al sistema de salud están referidos al comportamiento de los recursos humanos (maltrato o buen trato), la ausencia del personal en los establecimientos, la falta de medicamentos e insumos, el mal estado del equipamiento e infraestructuras, etc.

dad Democrática Popular (1983), el proceso de descentralización administrativa (1994), la implementación de experiencias locales en salud y las movilizaciones sociales populares de 2000-2003, influyeron decididamente en la “constitución” de políticas públicas de salud (MSyD, 2014)¹⁵.

La aprobación de la Constitución Política en 2009, no solo inauguró un nuevo ciclo social y político, sino un nuevo periodo en las políticas públicas, en el cual se exigió y estableció la formulación de un nuevo enfoque (comunitario y descolonizador) para las mismas. De este modo, en medio de debates radicales entre profesionales de la medicina y una incipiente presencia de profesionales de las ciencias sociales, en base a los principios ético-morales del Vivir Bien¹⁶, se estableció la política de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), nueva forma de sentir, pensar comprender y hacer la salud, orientada a la transformación de la salud a partir

15 La Revolución Nacional de 1952 permitió entender la germinación de un enfoque de derechos sociales. La constitución de 1967 estableció que toda persona tiene derecho a la vida, a la salud y a la seguridad, destacando el derecho a la salud individual y colectiva. Las medidas sociales del gobierno de la Unidad Democrática Popular (1983), influenciado por la Atención Primaria en Salud (APS) y los objetivos de Alma Ata, implementan el Plan Integral de Actividades de Áreas de Salud (PIASS), que proponía la organización de la salud a partir de contextos regionalizados, en cuyo escenario principal “el área de salud”, se desarrollaron diferentes acciones de fortalecimiento de organizaciones populares, de fortalecimiento de programas verticales, de implementación de comités populares de salud como manera de involucrar a la población organizada en las acciones de salud. El proceso de descentralización administrativa (1994), que definió responsabilidades de los gobiernos supra nacionales (municipios) en cuanto a salud y participación de la población organizada en las decisiones; la implementación de experiencias locales en salud, marcadas por la posibilidad operativa basada en la voluntad social y política de los gobiernos municipales, sensibilidad y compromiso del personal de salud, el involucramiento de los actores sociales y el apoyo de organizaciones no gubernamentales, Iglesia católica u otras instituciones, desarrollaron experiencias operativas que lograron implementar aspectos de la APS, consiguiendo diversos e interesantes resultados en la mejora de la salud de la población beneficiada y; las movilizaciones sociales populares de la década del 2000 (MSyD, 2014).

16 Desde la salud, el Vivir Bien se lo entiende como a “(...) la base de un modelo de vida comunitario, donde prevalece el “todos nosotros” sobre el “yo”, se privilegia la complementariedad, la armonía y la interdependencia, se desarrollan las condiciones materiales y al mismo tiempo las espirituales, las relaciones sociales, las redes sociales y la solidaridad; el bien común se privilegia sobre el bienestar particular, la plenitud es una condición permanente que expresa las relaciones entre las personas y el medio ambiente natural constituido” (Ministerio de Salud y Deportes, 2011, p. 14).

del abordaje de las determinantes sociales de la salud, desde la persona, la familia y la comunidad (Ministerio de Salud y Deportes, 2013)¹⁷.

Por lo tanto, la salud deja de ser “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, como lo planteó la OPS/OMS, deja de ser una cuestión antropocéntrica y biomédica, que define al humano como único ser capaz de tener salud y enfermar. El matiz social de la salud conduce a una aspiración de reconstitución de una mirada integral, al equilibrio de “todos con todo”, entendiendo que dentro de los “todos” no solamente está el ser humano sino también la tierra, los animales, el cosmos y otros; pues cada uno de ellos tiene su lugar, rol y función. Por lo tanto, la salud del ser humano no se puede conseguir si los “otros” no están sanos. De ahí que se trata de un equilibrio, donde el humano es una parte más del todo.

Situación de la sociología de la salud en Bolivia: algunas investigaciones con “carga” sociológica

En la sociología boliviana, el proceso salud-enfermedad y la ramificación de problemáticas que ello implica han sido poco explorado. El desinterés obedece a dos factores. Por un lado, debido a la creencia de que la medicina es la disciplina más autorizada para estudiar la salud (Castro, 2016) y, por otro lado, debido a que el quehacer de la salud (política, técnica y financieramente) ha sido delegado al sector médico “porque ellos fueron formados para eso”. Ante esta realidad, los investigadores sociales bolivianos irrumpieron exitosamente el campo de la salud, aportando significativamente a la construcción de la sociología de la salud en nuestro país con valiosos estudios con *carga sociológica*.

Una de las investigaciones con *carga sociológica*, es la de Ingrid Tapia, Ricardo Royder y Teodora Cruz (2005), titulada: *¿Mentisan, Paracetamol o wira wira?: jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí*. El trabajo evidencia que, en Potosí (barrios mineros del distrito de San Cristóbal), los servicios de salud estatales y de las organizaciones no gubernamentales no ofrecen alternativas que tomen en cuenta la diversidad cultural de los

17 Inicialmente, la SAFCI postuló el principio descolonizador de la salud y la salud comunitaria como elementos centrales. Posteriormente, la descolonización fue equiparada a interculturalidad y lo comunitario a la participación social, con cuyo cambio fue implementada finalmente.

pacientes (principalmente jóvenes). El estudio también explora las distintas alternativas de los jóvenes trabajadores potosinos a la hora de acceder a los servicios de salud oficiales y/o tradicionales. Se analiza también las percepciones y las prácticas sociales de los jóvenes, relacionadas con las enfermedades, pero, sobre todo, la interrelación entre la autoatención, la medicina tradicional, la medicina académica y otros recursos de salud, a partir del estudio de la trayectoria o itinerario que siguen los jóvenes enfermos para recuperar su salud. Los hallazgos de la investigación evidencian que el primer nivel real de atención de la salud entre los jóvenes de los barrios mineros es la autoatención (Tapia, Royder y Cruz, 2005).

El sociólogo Iván Castellón Quiroga (2006), en su investigación realizada en la región quechua-hablante de Ayopaya (Cochabamba), establece que para los campesinos el proceso salud-enfermedad es percibido y practicado de modo distinto al biomédico. La causalidad, el tratamiento y la curación de las enfermedades son múltiples y existe una correlación entre la naturaleza de la causa productora de la enfermedad y los procedimientos terapéuticos para superarla. Las enfermedades de orden místico deben ser tratadas por terapias del mismo orden discursivo, mágico-religioso, que vienen a ser los métodos que intervienen en su mayoría (*milluchadas*, mesas, *khoas*, misas), pero que no descartan la intervención de terapias de orden físico-químico. El autor advierte que la administración del saber y su práctica, ya sea tradicional o biomédica, está asociada a roles y ejercicios de poder. Cualquier sujeto o agente que pretenda introducir terapias opuestas será considerado como elemento intruso, obstructivo o neutralizador a las principales estrategias terapéuticas autorizadas¹⁸. Las relaciones entre saberes de salud culminan en la estigmatización de quienes lo representan, los médicos son catalogados como los “kharisiris” (agentes externos que

18 En la descripción de Castellón, puede ocurrir también que el yatiri (persona con facultades terapéuticas) decida que en la curación de determinada enfermedad participe un agente biomédico, poniendo de manifiesto que la eficacia gnoseológica del yatiri tiene límites. No obstante, esta decisión está sujeta a la lectura de los naipes o la hoja de coca. De este modo, indica Castellón, el yatiri dice: “no es para mí, es para inyección”, haciendo que se sobrevalúe la eficacia de este medicamento. Algunos pacientes creen que las inyecciones lo pueden “curar todo”, sin considerar el fármaco en sí, sino solo la forma de administración (Castellón, 2006).

extraen la grasa o energía de las personas, elemento substancial para seguir viviendo cuyo déficit provocaría la muerte).

También está el estudio titulado: *Donde el viento llega cansado: sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*, de Susana Ramírez. La autora describe las medidas de protección ante el racismo, como es la de hacer que sus hijos nazcan “blanquitos”; la protección de los animales domésticos; las técnicas diagnósticas, como la interpretación de los sueños, la observación de la orina, la lectura de la coca y el pulso. Resalta también el vasto conocimiento de la medicina doméstica con relación al uso de medicamentos, plantas medicinales y alimentos, así como la influencia que tienen las generaciones mayores por su experiencia y los varones en la toma de decisiones. El acceso al sistema sanitario, sus bajos recursos económicos y la desconfianza hacen que la autoatención sea el primer nivel de cuidado de la salud. Las patologías como el estómago vacío, el “orejo” o el amartelo son abordadas por terapias confinadas, biomedicina, rituales y herbolarios (Ramírez, 2010). Los aspectos que se ponen en relevancia son los cambios en los saberes de las madres a partir de su adscripción religiosa al evangelismo, donde el proceso de autoatención adquiere características particulares en condiciones de pobreza y ante una institución médica deficiente¹⁹. En este caso, la intervención del médico es reconocida para hacer frente a las patologías del cuerpo, pero en el caso de las enfermedades espirituales, en las que el concepto de brujería es central, la única terapia efectiva es la intervención del pastor (Ramírez, 2010).

Xavier Albó, en su trabajo titulado: “Interculturalidad y salud”, propone conceptos básicos y prácticos acerca de la interculturalidad y sus implicaciones en el campo de la salud. Para el autor, la relación de culturas diferentes en un contexto de relaciones de poder implica considerar distintos niveles: el interpersonal, el grupal y el estructural. El enfoque intercultural en salud tendría que reconocer las culturas en juego (los agentes de salud y los agentes que acuden en busca del servicio). Albó ve aquí un problema

19 La autora centra su descripción y diferenciación en el caso de la Iglesia evangélica pentecostés, ya que es la que posee un discurso sanitario amplio, eje de su doctrina. Resalta sus representaciones acerca de la conformación del ser humano y las clases de enfermedad en las que los conceptos de cuerpo, alma y espíritu son sustanciales.

ético de parte de los profesionales al subvalorar la cultura del otro (paciente) y la desconfianza de este último respecto de las prácticas médicas hegemónicas, lo que lleva a bloqueos culturales que deberían ser derrumbados. De este modo, afirma que ello no será posible sin una lucha en contra del neocolonialismo en lo económico, político-social y cultural (Albó, 2004).

Choquehuanca y Cáceres, a partir de un abordaje interdisciplinar (sociología y salud pública), abordan el embarazo-maternidad adolescente en espacios nocturnos de El Alto y ponen de manifiesto aspectos sociológicos omitidos en los estudios sobre embarazo-maternidad adolescente, en y desde quienes lo experimentan. Para los autores, en tiempos de cambio acelerado, el embarazo adolescente no es un fenómeno regulable ni controlable. La experiencia adolescente vislumbra señales “subversivas”, convirtiendo a las jóvenes en verdaderas rebeldes. Tener o no un hijo no está determinado por el deseo individual o la “presión” social y estatal, sino por la dinámica grupal y el contexto de riesgo propiciados por la misma sociedad alteña. Los espacios (calle, cancha deportiva y discotecas) y tiempos juveniles producen sociabilidades marcadas por la experiencia y el déficit de la misma en la actividad sexual y callejera. Por ello, las políticas públicas de “prevención” de embarazos no deben implementarse mecánicamente, al contrario, deben obligadamente entrar en diálogo con los actores y actoras sociales, en sus espacios y tiempos (Choquehuanca y Cáceres, 2020).

En la actual coyuntura, se pueden advertir esfuerzos notables para comprender la problemática sanitaria producida por el covid-19. A decir, Wanderley *et al.* (2020) también analizan los impactos sociales y psicológicos del covid-19 en Bolivia. Para las autoras, la crisis sanitaria de la pandemia y el cierre de las actividades económicas agudizaron la situación de vulnerabilidad de las familias de los estratos sociales más bajos, producida por cinco dimensiones que se orientan a la consecución de derechos: la pobreza monetaria, calidad de hábitat, salud vital, acceso a educación y calidad del trabajo. Respecto a la salud vital (integridad personal, acceso a una alimentación suficiente y a un estado satisfactorio de salud), las personas que viven en pobreza fueron afectadas gravemente por la falta de alimentos suficientes, una exposición al riesgo de enfermedades, condiciones de vida precarias y déficit de acceso a la salud como un bien público (Wanderley *et al.*, 2020). En otras

palabras, el cuidado de la salud en situación de pandemia fue afectado por factores sociales y económicos, en tanto que la salud constituye el derecho habilitante de otros, ya que “estar sano” (o tener buena salud) permite a los individuos ejercer otros derechos sociales, económicos y culturales.

Choquehuanca, refiriéndose a los comerciantes minoristas de la ciudad de El Alto, propone que, más allá de los prejuicios sociales con los que se valoró la reacción de algunos sectores sociales ante la emergencia sanitaria, en la sociedad alteña conviven significaciones estructuradas y estructurantes que orientan el sentir, pensar y actuar de sus habitantes. Es decir, su vínculo al mercado de intercambio “capitalista” (“instinto” de acumulación monetaria) y su tradición “originaria” (solidaridad familiar y colectiva). Destaca, también el *habitus callejero* de los comerciantes minoristas, construido por su permanencia diaria en la calle más que en el hogar. Su experiencia “callejera” es la que da sentido a su conducta. Es en la permanencia en su puesto de venta (tiempo y espacio) que el comerciante representa su propia vida, la historia de su grupo o asociación, interioriza y exterioriza gestos, movimientos corporales, discursos, prácticas políticas, formas de sentir, de percibir la realidad y de valorarla (Choquehuanca, 2020). En otras palabras, es un modo de imaginar al virus, el proceso de salud-enfermedad y las prácticas de cuidado individual y colectivo.

APUNTES FINALES

Un intento de definición: sociología de la salud y su campo de estudio

Desde la sociología, la noción de sociología de la salud es aún difusa. No obstante, el concepto de sociología del cuerpo, propuesto por Giddens, sugiere que es un campo de conocimiento orientado a investigar de qué manera nuestro estado físico y subjetivo se ve afectado por las influencias sociales²⁰. Por esto, la sociología de la salud se ocupa de estudiar los factores y las fuerzas, las dinámicas socioculturales y ambientales que constituyen

20 En otras palabras, todo ser humano tiene un cuerpo, pero éste no es solo algo que se tenga ni tampoco algo físico que exista al margen de la sociedad. El cuerpo está muy influido por las experiencias sociales, por las normas y valores de los grupos a los que uno pertenece. Hasta hace poco tiempo los sociólogos no habían comenzado a conocer el carácter profundo de las interconexiones que existen entre la vida social y el cuerpo.

las pautas de salud-enfermedad de los individuos, grupos y colectividades²¹. De ahí que, para algunos sociólogos, las desigualdades derivadas de la clase social puedan explicarse a partir de factores culturales y conductuales como la dieta y los estilos de vida; mientras que otros hacen hincapié en influencias estructurales como el desempleo, una vivienda de mala calidad y unas condiciones laborales precarias (Giddens, 2002). Su campo investigativo va más allá del uso pragmático que hace la medicina. Son las preguntas sociológicas y realidad socio-sanitaria cambiante que definen, en cierto sentido, su campo investigativo²².

Osadía sociológica:

¿Es posible una sociología de la salud en Bolivia?

Por lo expuesto en el presente trabajo, la respuesta es contundentemente sí, sí es posible instituir una sociología de la salud en Bolivia, ya que existen las condiciones teóricas, metodológicas una realidad sociosanitaria que lo demanda. Los/as sociólogos/as no debemos dar por concluida la reflexión sobre nuestro objeto y campo de estudio. Hoy, los cambios sociales económicos, políticos, culturales, tecnológicos, medioambientales y, por supuesto, sanitarios hacen que nuestro campo investigativo se torne extremadamente amplio. Por lo mismo, la salud se ha convertido en un campo “irrompible”

21 En los países industrializados los grupos más desfavorecidos tienen una esperanza de vida menor y son más proclives a padecer más enfermedades que los sectores más acomodados.

22 Las preguntas sociológicas para estudiar el proceso salud-enfermedad, pueden ser: ¿qué factores sociales, tales como clase social, estilos de vida, afectan la salud y la enfermedad?, ¿cuáles son las funciones sociales de las instituciones y organizaciones de salud?, ¿cuál es la relación entre los sistemas de atención de la salud y otros sistemas sociales?, ¿qué estilos de conducta social caracterizan al personal y a los usuarios del área de salud?, entre otros. En mi experiencia de trabajo, he podido detectar también otros temas de interés sociológico, tales como: Distribución, prevención y diagnóstico de las enfermedades en la población; Embarazo y maternidad en adolescentes y jóvenes; Maternidad en mujeres en edad fértil; Violencia intrafamiliar y hacia la mujer; Interculturalidad en salud; Modelos y sistemas de salud; Actitudes y creencias de los pacientes, médicos y profesionales de la salud sobre la salud y la enfermedad; Qué hacen las personas para mantener, mejorar o recuperar su salud; Cómo se organiza, funciona y financia la profesión médica; Acceso a los servicios médicos; Respuesta y adaptación a la enfermedad; Rol de la medicina como institución social y su relación con otras instituciones; Rol de las variables sociales en la etiología (el estudio de las causas de las enfermedades); Tratamiento y rehabilitación del individuo donde tiene gran importancia la familia; Relación médico-paciente (confianza), etc.

para las ciencias sociales, ya que su desarrollo conceptual ha configurado un campo también amplio y complejo. El concepto de salud no es único ni universal, como tampoco lo es el de enfermedad, son cambiantes según la perspectiva y el contexto desde donde se los visualiza. Por ello, para un/a sociólogo/a, detectar el universo de lo social en la salud-enfermedad es una tarea fundamental y para nuestra realidad social, una sociología de la salud no solo es necesaria, es, ante todo, una urgencia perentoria para la salud colectiva.

El interés sociológico de estudiar la salud no es reciente. La sociología de la salud nace –si hay que darle una fecha de parto–, con los teóricos clásicos de la sociología, algo parecido a una *sociología de la salud primigenia*. No obstante, quienes se atrevieron a instituirlo fueron, ante todo, los profesionales en medicina (sociología médica, salud colectiva, salud pública y la medicina social); mas, a pesar del esfuerzo por darle un matiz social a los eventos sanitarios, el sesgo biomédico siempre está presente. En este proceso, la sociología jugó un papel subalterno, llamada a “colaborar” en el quehacer médico. Este aspecto fue reproducido por los mismos sociólogos, ya que la salud ocupa el último lugar en la jerarquía de sus objetos legítimos de estudio.

En el contexto boliviano, se ha configurado nuevos modos de percibir y abordar la problemática de la salud. La determinación social de la salud en las políticas públicas incorporó variables altamente sociológicas como la clase social, el género, la generación, la cultura, etc. Asimismo, el reducido número de estudios bolivianos evidencia la presencia de una sociología de la salud desahuciada. Esta realidad adversa, en la que los descubrimientos y análisis sociológicos no logran cristalizarse en políticas públicas, va acompañada de cierto optimismo, debido a los giros epistemológicos sobre la salud y las nuevas problemáticas sanitarias que demandan un abordaje interdisciplinar.

Por lo anterior, la sociología de la salud boliviana requiere ser fomentada, financiada e institucionalizada a todo nivel, en las entidades académicas de pre y postgrado de sociología y medicina, a nivel ético, estatal y en la sociedad en su conjunto. No se trata únicamente de que la ciencia médica reconozca la importancia de la sociología: supone, ante todo, que

la sociología, en tanto disciplina científica de igual jerarquía a las demás, vea en la salud un campo de estudio posible y viable, se insubordine a los límites disciplinares impuestos por la racionalidad científica e irrumpa a otros campos, donde lo social y lo sociológico existen. El presente artículo habrá cumplido con su objetivo si logra inquietar y entusiasmar a las entidades de formación y a las distintas generaciones de sociólogos para iniciar un debate teórico y metodológico amplio con aquellos que nos hemos declarado como sociólogos de la salud.

REFERENCIAS

- Albó, Xavier (2004). Interculturalidad y salud. *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas* (pp. 65-74). Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Balarezo-López, Gunther (2018). Sociología médica: origen y campo de acción. *Revista Salud Pública*, 20(2), 265-290. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n2.46430>
- Berthelot, Jean-Michel (2003). *La construcción de la sociología*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Bourdieu, Pierre (2002). *Lección sobre la lección* (trad. Thomas Kauf). Barcelona: Anagrama.
- Briceño-León, Roberto (2008). Endemias, epidemias y modas: la sociología de la salud en América Latina. *Revista Española de Sociología*, 3, 69-85. Recuperado de <https://www.uv.mx/personal/vcarreon/files/2011/04/sociologia-salud.pdf>
- Castellón Quiroga, Iván (2006) *Abril es tiempo de kharisiris: conflictos y armonías entre médicos y campesinos en torno al proceso salud, enfermedad y atención*. Cochabamba: Serrano.
- Castro, Roberto (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva*, 12(1), 71-83. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73144643006>
- Choquehuanca, Ramiro Javier (2020). Si estoy trabajando en la calle no es por gusto: los de abajo en la mira de las élites y en tiempos del covid-19. La Paz: CIDES-UMSA. Recuperado de [ww.cides.edu.bo/index.php/](http://www.cides.edu.bo/index.php/)

- interaccion/opinion-f/344-si-estoy-trabajando-en-la-calle-no-es-por-gusto-los-de-abajo-en-la-mira-de-las-elites-y-en-tiempos-del-covid-19.
- Choquehuanca, Ramiro y Cáceres, Ana María (2020). “Rebeldes sumisas” vs. “sumisas rebeldes”: embarazo-maternidad adolescente en espacios nocturnos de El Alto. *Temas Sociales*, 47, 36-67. Recuperado de [https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Rebeldes+sumisas"+vs.+“sumisas+rebeldes”%3A+embarazo-maternidad+adolescente+en+espacios+nocturnos+de+El+Alto&ie=UTF-8&oe=UTF-8](https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=Rebeldes+sumisas)
- Costa, Miguel y Ernesto López (1986). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca.
- Díaz Sotelo, Óscar D. (2016). Prevalencia de los diagnósticos de salud mental en Colombia: análisis de los registros del Sistema Integral de Información de la Protección Social-SISPRO. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 14(2), 65-74. doi: <https://doi.org/10.18270/chps.v14i2.1339>
- Dubos, René Jules (1959). *Mirage of health; Utopias, progress and biological change*. Nueva York: Harper & Row Publishers.
- Durkheim, Emile (1992). *El suicidio*. México, D.F.: Ediciones Akal.
- Fernández Esquinas, Manuel (2020). Sociología y Ciencias Sociales en tiempos de crisis pandémica. *Revista de Sociología de la Educación-RASE*, 13(2) Especial, COVID-19, 105-113. doi: <http://dx.doi.org/10.7203/RASE.13.2.17113>.
- Foucault, Paul-Michel (1979). *El nacimiento de la clínica. Una mirada de la arqueología médica* (trad. Francisca Perujo). México, D.F.: Siglo XXI.
- Gavidia, Valentin y Talavera, Marta (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, 26, 161-175. doi: <https://doi.org/10.7203/dces.26.1935>
- Giddens, Anthony (2002). *¿Qué es la sociología?* *Sociología* (pp. 27-49). Madrid: Alianza Editorial.
- Heller, Agnes (2004). *Historia y vida cotidiana*. São Paulo: Paz y la Tierra.
- Heller, Ágnes (1994). *Sociología de la vida cotidiana*. Barcelona: Ediciones Península.
- Instituto de Investigaciones Sociológicas “Mauricio Lefebvre” (IDIS) (2018). *La sociología boliviana hoy*. La Paz: IDIS.

- Marx, Karl y Engels, Friedrich (1974). *La ideología alemana*. Montevideo: Pueblos Unidos.
- Matarazzo, Joseph Dominic (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers from a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807-817. doi: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- Marqués, Vincent (1992). Casi todo podría ser de otra manera. *No es natural. Para una Sociología de la vida cotidiana* (pp. 13-18). Barcelona: Anagrama.
- Ministerio de Salud y Deportes (2014). *“Hacia una Política Social de Salud en Bolivia: Sistematización de las experiencias de implementación de la política – SAF-CI”*, Documento inédito. La Paz: MSyD.
- Ministerio de Salud y Deportes (2013). *Salud Familiar Comunitaria Intercultural: Documento Técnico Estratégico*. Publicación N°304. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.
- Ministerio de Salud y Deportes (2010). *Plan Sectorial de Desarrollo 2011 – 2015: Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional*, Nueva York. OPS/OMS.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). Análisis coyuntural de la mortalidad en Bolivia. *Boletín Epidemiológico*, 23(2), 1-5.
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C. OPS/OMS.
- Parsons, Talcott (1968). *La estructura de la acción social*. Madrid: Guadarrama.
- Ramírez Hita, Susana (2010). *Donde el viento llega cansado: sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. La Paz: Editorial Gente Común.
- Rojas-León, Alexis (2014). Aportes de la sociología al estudio de la educación (Autores clásicos). *Educación*, 38(1), 33-58.
- Salleras Sanmartí, Luis (1990). *Educación Sanitaria: principios, métodos y aplicaciones*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

- Simmel, Georg (1977). *Sociología: estudios sobre las formas de socialización*. Madrid: Revista de Occidente.
- Tapia Ingrid; Royder, Ricardo y Cruz, Teodora (2005). *¿Mentisan, Paracetamol o wirawira?: jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí*. La Paz: Fundación PIEB.
- Terris, Milton (1980). Tres sistemas mundiales de atención médica. *Cuadernos Médico Sociales*, 14. Recuperado de <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2015/02/n14a041.pdf>
- Vergara Quintero, María del Carmen (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 41-50.
- Villarreal, Valera, José Alfredo (2015). Perspectiva sociológica de la salud como proceso socio cultural. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. Recuperado de <https://www.eumed.net/rev/caribe/2015/12/salud.html>
- Wanderley, Fernanda, Losantos, Marcela, Tito, Carola y Ana María Arias (2020). *Los impactos sociales y psicológicos del covid-19 en Bolivia*. Serie Reflexiones sobre la Pandemia en Bolivia. Recuperado de <https://n9.cl/12vjf>
- Weber, Max (1991). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo*. Puebla: Premiá Editora.