

Sociología médica en México: el último cuarto de siglo¹

ROBERTO CASTRO*

Resumen: *En este trabajo se describen algunos de los principales avances de la sociología médica en México en los últimos 25 años. El artículo se inicia con una breve descripción de las condiciones de salud en el país, así como de las políticas públicas que se han instrumentado para enfrentarlas. Después se propone que son tres las corrientes fundacionales de la sociología médica en este país, que han hecho de aquellas condiciones y de aquellas políticas su objeto de estudio: la medicina social, la antropología médica y la salud pública. Tras revisar los principales aportes de cada corriente, así como los debates que entre ellas ha tenido lugar, se describen los avances recientes en este campo, que constituyen una suerte de "segunda generación" de la sociología médica mexicana.*

Abstract: *This study describes some of the main advances in medical sociology in Mexico over the past 25 years. The article begins with a brief description of the country's health conditions as well as the public policies implemented to deal with them. It then suggests that there are three foundational trends in medical sociology in Mexico, which have made these conditions and policies their object of study: social medicine, medical anthropology and public health. After reviewing the main contributions of each, as well as the debates between them, it describes the recent advances in this field, which constitute a sort of "second generation" of Mexican medical sociology.*

Palabras clave: sociología médica, proceso salud-enfermedad, condiciones de salud, políticas de salud.
Key words: medical sociology, health-illness process, health conditions, health policies.

INTRODUCCIÓN

LA REFLEXIÓN ACERCA DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DESDE UNA perspectiva social constituye una práctica académica que ha existido por varias décadas en México. Diversos estudios han acreditado la existencia de una tradición tanto sociológica (Laurell, 1974; Almada, 1986) como antropológica (Aguirre Beltrán, 1986; Campos, 1992) en el estudio de los problemas de la salud, que se manifiesta ya con mucha fuerza, por lo menos desde la década de los años sesenta, si bien en sus comienzos de manera irregular y heterogénea. En la actualidad es posible identificar varias *tradiciones* o escuelas dentro del pensamiento social en salud en México. Estas escuelas mantienen entre sí diferencias importantes no sólo por los marcos teóricos que

* Dirigir correspondencia a: CRIM-UNAM, Av. Universidad s/n, circuito 2, Col. Chamilpa, C.P. 62210, Cuernavaca, Mor., tel. (73) 29-18-53, fax: (73) 17-59-81, e-mail: rcastro@servidor.unam.mx.

¹ Una versión preliminar de este trabajo fue publicada para el público angloparlante en "Medical Sociology in México: The Last Quarter of a Century", W. Cockerman (comp.) *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Blackwell, Oxford, 2000, pp. 214-232. Se reproduce aquí, para el público de habla hispana, con algunas modificaciones, con permiso de los editores.

eligen para conceptualizar los problemas que estudian, sino también por las posiciones políticas que adoptan en su quehacer científico. Esas diferencias las han llevado a sostener intensos debates en torno al origen de las desigualdades en salud de este país, así como en lo referente a las políticas públicas que se instrumentan para resolverlas.

En este trabajo se describen algunos de los principales avances de la sociología médica en México durante los últimos 25 años. El trabajo no pretende ser exhaustivo respecto de todo lo que se ha producido en este campo en estos años; por el contrario, se destacan únicamente los principales autores y los aportes más destacables. Ello implica reconocer de entrada la injusticia que por omisión o simplificación se tendrá que hacer a los numerosos investigadores que actualmente realizan, directa o indirectamente, investigación social en salud. En la primera parte de este capítulo se presenta una breve descripción de lo que ha sido el objeto de estudio de los diversos científicos sociales especializados en salud en México, a saber: las condiciones de salud en este país, el sistema de salud, y las políticas públicas que regulan a dicho sistema. En la segunda parte se presentan los principales avances teóricos y metodológicos a los que ha dado lugar el estudio social de dicho objeto, se distinguen las principales corrientes y escuelas y se resaltan los principales debates que han sostenido. Finalmente, en la tercera parte del trabajo se hace una breve caracterización de la situación actual de la sociología médica en México, y se señalan algunos de los avances recientes más importantes y se destacan algunos de los principales aportes que las ciencias sociales han hecho, en este país, al estudio de los problemas de la salud y la enfermedad de la población.

Para entender mejor lo que sigue, es importante tomar en cuenta uno de los rasgos distintivos de la sociología médica contemporánea en México: su carácter eminentemente latinoamericano. Este atributo se debe no sólo a que México comparte la misma lengua con casi todos los países de América latina (excepto Brasil), y una historia muy semejante en tanto ex colonias de España y Portugal; se debe también al hecho de que durante la represión militar que tuvo lugar en muchos países del cono sur durante las décadas de los setenta y los ochenta, muchos investigadores de esos países emigraron a México buscando preservar su vida académica; las ciencias sociales aplicadas a la salud se vieron particularmente enriquecidas con esta inmigración. El carácter latinoamericano de la sociología médica en México explica, a su vez, que muchos de sus autores prefieran publicar en libros y revistas científicas de México, Brasil, Argentina o Chile, más que en revistas norteamericanas o europeas. A ello se debe, quizá, el relativo desconocimiento que en estos últimos ámbitos prevalece sobre el quehacer científico-social en salud en países como México.

I. LA SALUD Y LOS SERVICIOS DE SALUD EN MÉXICO

La evolución de las condiciones de salud

Por diversas razones relacionadas con el atraso en el desarrollo del país, México ha carecido por mucho tiempo de un sistema confiable de registro estadístico de la morbilidad; sólo hasta hace pocos años este problema ha comenzado a ser parcialmente subsanado.

La mortalidad general es sólo un indicador indirecto de las condiciones de salud; con todo, constituye una herramienta útil para acercarnos a una descripción de la evolución de la salud y la enfermedad en este país. Un primer indicador de la transición en salud que se ha experimentado en México se refleja en la evolución de la esperanza de vida al nacer: mientras que en 1950 ésta era de 46.9 años, en 1994 llegó a 71.6 (Frenk, 1997). Sin embargo, los estados con la más baja esperanza de vida al nacer en 1994 presentaban la misma esperanza de vida que la que tenían 20 años atrás los estados que en 1994 presentaban la más alta esperanza de vida, lo cual ilustra con claridad el tipo de contrastes tan graves que existen en materia de salud.

El cuadro 1 presenta las principales causas de mortalidad en México en tres momentos diferentes: en 1940, en 1970 y en 1997, es decir, en intervalos de casi 30 años; destaca el carácter cambiante del perfil de mortalidad: las principales causas de mortalidad en 1940 eran atribuibles básicamente a enfermedades de carácter infeccioso; en 1997, en cambio, las principales causas de mortalidad son enfermedades crónico-degenerativas y accidentes, mismas que en los años cuarenta no figuraban con mayor relevancia. Hay que observar también, que varios de los padecimientos que en 1940 constituían las principales causas de mortalidad en México, en 1997 prácticamente han desaparecido.

Lo anterior es un reflejo indirecto de la transición epidemiológica que ha experimentado el país en este siglo, caracterizada por la paulatina desaparición o disminución en importancia de las enfermedades infecciosas y su concomitante reemplazo por las enfermedades crónico-degenerativas, los accidentes y la violencia.

México, como señalamos más arriba, no es un país homogéneo, ya que existen diversas regiones claramente diferenciadas entre sí. Un estudio reciente (Frenk, 1997) clasificó a los 32 estados del país según su rezago epidemiológico (medido a través de la mortalidad infantil) y su relación frente a los cambios emergentes (medido a través de la mortalidad en adultos). La combinación de dichos indicadores (según que se presenten por debajo o por arriba del promedio nacional) dio lugar a cinco regiones llamadas, respectivamente: *a)* de transición avanzada; *b)* de transición intermedia; *c)* de transición incipiente; *d)* de rezago infantil, y *e)* de rezago extremo. Es importante notar que esta clasificación sigue también un patrón geográfico aproximado, siendo los estados del norte del país los que presentan los mejores indicadores, y los del sureste los más atrasados.

CUADRO 1

EVOLUCIÓN DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
EN MÉXICO, 1940, 1970 Y 1997

Causas	1997		1970		1940	
	Tasa por 100 000	Orden de importancia	Tasa por 100 000	Orden de importancia	Tasa por 100 000	Orden de importancia
Enfermedades del corazón	71.8	1	68.3	3	54.3	8
Tumores malignos	54.1	2	37.6	5	23.2	13
Diabetes Mellitus	38.0	3	15.3	12	4.2	17
Accidentes	37.9	4	71.0	6	51.6	
Enfermedad cerebrovascular	26.1	5	24.7	7	18.9	15
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	24.1	6				
Neumonía e influenza	24.1	7	170.8		365.3	2
Afecciones originadas en el periodo perinatal	20.9	8				
Homicidio	14.3	9	18.0	10	67.0	6
Nefritis	10.8	10				
Deficiencias de la nutrición	10.7	11				
Anomalías congénitas	10.1	12				
Bronquitis crónica, enfisema y asma	9.0	13	16.7	11	66.8	7
Enfermedades infecciosas intestinales	7.8	14				
Sida	4.4	15				
Anemias	4.1	16				
Tuberculosis	3.9	17	19.9	9	47.9	10
Gastroenteritis y colitis			141.7	2	490.2	1
Paludismo			0.6	16	121.7	3
Mortalidad perinatal			51.5	4	100.7	4
Sarampión			24.3	8	91.2	5
Tosferina			7.1	13	42.4	11
Tifoidea			5.8	14	31.9	12
Sífilis			0.8	15	19.2	14
Viruela					6.8	16

FUENTES: para las estadísticas de 1940 y 1970: Laurell, 1982. Para las estadísticas de 1997: SSA, 1999.

En 1994 se realizó la segunda encuesta nacional de salud en el país, lo que permitió contar con información más actualizada de la prevalencia de enfermedades reportadas por la población, así como de las diferencias que al respecto existen entre los diversos grupos sociales. El cuadro 2 muestra las principales causas reportadas como problemas de salud en los 15 días previos a la encuesta, según índice socioeconómico de los entrevistados. Se aprecia claramente que las enfermedades de tipo infeccioso fueron reportadas con más frecuencia por las personas de nivel socioeconómico bajo, mientras que las enfermedades crónicas fueron reportadas con más frecuencia por las personas de nivel socioeconómico alto. Tales diferencias, como se consigna en el reporte de la encuesta (SSA, 1994), pueden deberse tanto a la percepción diferencial que los diversos grupos tienen de su propia salud, como a la existencia de estilos de vida diferentes entre las clases sociales.

Finalmente, el cuadro 3 presenta una priorización de las necesidades de salud en México, a partir de tres indicadores diferentes. Los años de vida saludable perdidos o AVISA, como se sabe, son un indicador desarrollado por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Universidad de Harvard, y constituye una medida que contabiliza los años de vida saludable que se pierden tanto por muertes prematuras como por discapacidad. El cuadro permite ilustrar también la complejidad del perfil epidemiológico actual de México: la identificación de las principales necesidades de salud está en función del tipo de indicador que se use.

En síntesis, las condiciones de salud han cambiado significativamente en México a lo largo de este siglo. El cambio, sin embargo, no ha sido homogéneo para todos los grupos sociales ni para todas las regiones del país. Como veremos más adelante, la explicación más compleja de estas diferencias —a partir de variables como clase social, género, región, etnia, edad y otras— constituye una de las metas de los científicos sociales de este país, y es uno de los ejes en torno del cual se dan los debates más importantes en la sociología médica mexicana contemporánea.

CUADRO 2

PRINCIPALES CAUSAS REPORTADAS COMO PROBLEMAS DE SALUD EN LOS 15 DÍAS PREVIOS A LA ENCUESTA SEGÚN ÍNDICE SOCIOECONÓMICO

<i>Índice socioeconómico reportado</i>	<i>Bajo %</i>	<i>Medio-bajo %</i>	<i>Medio-alto %</i>	<i>Alto %</i>
Vías respiratorias altas	27.2	24.7	26.8	22.3
Enfermedades musculoesqueléticas	15.2	13.7	12.0	10.5
Enfermedades gastrointestinales	12.6	12.4	9.2	8.8
Dolor de cabeza	5.7	5.2	2.9	2.1
Hipertensión	2.7	3.9	4.5	3.9
Diabetes	1.0	2.1	2.7	2.1

FUENTE: SSA, Encuesta Nacional de Salud II, 1994.

CUADRO 3

NECESIDADES DE SALUD PRIORITARIAS CON EL EMPLEO DE TRES INDICADORES, MÉXICO, 1994

<i>Causas</i>	<i>Mortalidad ajustada por edad</i>	<i>Años de vida potencialmente perdidos</i>	<i>Años de vida saludable perdidos</i>
Cardiopatía isquémica	1	9	6
<i>Diabetes mellitus</i>	2	8	4
Neumonía	3	1	3
Enfermedad cerebrovascular	4	11	11
Cirrosis hepática	5	4	8
Homicidio y lesiones a terceros	6	2	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7	17	19
Diarrea aguda	8	3	7
Desnutrición proteínico-calórica	9	6	9
Nefritis y nefrosis	10	12	14
Accidentes de vehículo de motor (ocupantes)	11	5	2
Cardiopatía hipertensiva	12	27	21

FUENTE: tomado de Lozano, 1997.

La evolución de las políticas y los servicios de salud

Derivados de la Revolución mexicana de principios de este siglo, los gobiernos de México impulsaron, hasta principios de la década de los años ochenta, un conjunto de políticas sociales que buscaban, con mayor o menor eficacia, equilibrar las desigualdades socioeconómicas y la pobreza del país. Las políticas de salud y educación, en primer lugar, y en menor medida las de vivienda, empleo y de provisión de alimentos, entre otras, tuvieron durante esos años una relativa orientación popular y un interés por alcanzar amplias capas de la población.

Así se explica la creación, en 1943, del sistema de salud mexicano. En ese año se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). El primero (IMSS) se creó para proveer de servicios de salud y seguridad social a los trabajadores de las empresas privadas del país, y se financia con aportaciones tanto de los trabajadores de este sector, como de los patrones y del gobierno. A partir de 1977, el IMSS amplió su cobertura hacia las zonas más pobres del país (programa hoy conocido como IMSS-Solidaridad) en donde comenzó a prestar servicios en forma gratuita a las poblaciones más marginadas.

La SSA, por su parte, asumió el objetivo de proveer de servicios de salud básicos a la población que quedó al margen de la seguridad social, sobre todo a los campesinos y los integrantes de los sectores más pobres del país. Durante muchos años, los servicios

que prestaba la SSA fueron gratuitos, si bien siempre resultaron insuficientes y de baja calidad.

En 1959 se creó el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que se encarga de la prestación de servicios de salud y de la provisión de pensiones de retiro para los trabajadores del Estado. A partir de esos años, algunas de las grandes empresas del Estado, como Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales y la Comisión Federal de Electricidad, entre otras, desarrollaron sus propios institutos de prestación de servicios de salud y seguridad social para sus trabajadores.

Finalmente, la medicina privada se ha venido desarrollando en este país a la par de las grandes instituciones antes mencionadas, si bien su importancia ha ido creciendo sólo recientemente.

En conjunto, los servicios de salud de la seguridad social cubren a poco más de 50% de la población mexicana, básicamente constituido por empleados del sector privado y público del país. Ni la SSA, ni la medicina privada logran cubrir al resto de la población, dando lugar así a que en la actualidad más de 10 millones de mexicanos carecen por completo de acceso a los servicios de salud (SSA, 1999). Este fenómeno obedece, entre otras causas, a la lógica a la que se han sujetado las políticas de salud y que, en resumen, ha consistido en privilegiar al proletariado urbano —la mano de obra de la industria capitalista— en detrimento de los sectores de población que han quedado al margen del desarrollo de este modo de producción en México. Así se explica la existencia de un amplio sector de la población que tiene acceso a varios tipos de servicios de salud, junto con otro, también muy importante, que no tiene acceso a ningún servicio (Hernández Llamas, 1982; López Acuña, 1986).

A partir de la década de los ochenta el gobierno de México adoptó una orientación neoliberal, sujeta a las recomendaciones del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial. Ello lo llevó a disminuir las políticas sociales que había venido impulsando en varios sectores, y a promover la privatización de las instituciones del Estado y de los servicios que provee. La salud no ha escapado a esta tendencia. En años recientes se aprobó una ley que permite que instituciones privadas administren los fondos de retiro de los trabajadores, rompiendo así con uno de los principios básicos que había defendido el Estado mexicano con anterioridad: el de la posibilidad de poner en práctica mecanismos de asistencia solidaria para con los que menos tienen. Y en la actualidad, uno de los elementos centrales de la política de salud estatal se relaciona con la llamada "Reforma del Sector Salud", que consiste básicamente en la apertura de estos servicios al sector privado y en la disminución o eliminación de los servicios que se prestaban de manera gratuita a la población.

La orientación actual de la política de salud, claramente influida por las recomendaciones del Banco Mundial, constituye el otro polo en torno al cual se dan los principales debates dentro de la sociología médica mexicana. Conviene entonces analizar con más detalle la evolución reciente de esta disciplina en México.

II. LAS TENDENCIAS DE LA SOCIOLOGÍA MÉDICA EN MÉXICO

El pensamiento social en salud en México ha constituido, desde hace muchos años, un campo muy dinámico y creciente, en el que es posible, no sin riesgos de esquematizaciones, distinguir diversos líderes y diferentes tendencias. Conviene, para ello, dividir nuestro análisis en varios temas específicos.

Las corrientes fundacionales

Desde mediados de la década de los setenta se fundó la maestría en medicina social en la Universidad Autónoma Metropolitana (Unidad Xochimilco). Junto con investigadores de otros países de América Latina, desde dicha institución se ha impulsado la llamada corriente de la Medicina Social (Laurell, 1989). Esta corriente constituye uno de los mejores ejemplos, en el plano internacional, de los aportes que puede hacer el análisis marxista en cuestiones de salud. En un trabajo bien conocido en la región, Laurell (1975) estableció que el objetivo de la medicina social latinoamericana no es tanto señalar, como lo venían haciendo autores como Navarro en Estados Unidos (1976) que el sistema capitalista determina la naturaleza de las enfermedades de las poblaciones, sino más bien demostrar la manera específica en que dicha determinación tiene lugar. La autora sostiene que la enfermedad no puede ser considerada simplemente como un estado biológico, ni como la consecuencia mecánica de la pobreza. La salud y la enfermedad, sostiene, no pueden ser tomadas como dos entidades separadas, sino que deben ser entendidas como dos momentos (unidos dialécticamente) de un mismo fenómeno. De aquí deriva uno de los principales conceptos de la corriente de la medicina social latinoamericana: más que hablar de salud y de enfermedad separadamente, esta escuela tiene al *proceso de salud-enfermedad* como su objeto de estudio (Laurell, 1982).²

Dado su enfoque crítico, la corriente de la medicina social privilegia el estudio de la desigualdad social y de la forma en que dicha desigualdad determina los procesos de salud-enfermedad de las poblaciones. Otro trabajo también ampliamente reconocido en toda Latinoamérica (Bronfman y Tuirán 1983; Bronfman, Lombardi y Vitora, 1988) demostró que era empíricamente posible lograr una complicada operacionalización del concepto marxista de clase social y utilizarlo tanto para ilustrar como para explicar los diferenciales de mortalidad infantil entre las diversas clases sociales de México. Dicho trabajo se constituyó en un modelo que diversos investigadores aplicaron en sus estudios sobre la desigualdad social y la salud (véase, por ejemplo, Battellino y Bennun, 1991; Salcedo y Prado, 1993; Ortales, 1996). El concepto como tal, sin embargo, era altamente complejo, lo que resultaba en una desincentivación de los especialistas para utilizarlo. Como consecuencia de ello, pocos años más tarde, Bronfman

² Años más tarde, Menéndez sostiene que también las conductas de los individuos frente a la enfermedad son parte integral del concepto salud-enfermedad, por lo que propone que el concepto debe ser *proceso salud-enfermedad-atención* (Menéndez, 1983).

(Bronfman *et al.*, 1988) propuso una estrategia más simple para clasificar a la población en grupos socioeconómicos diferenciados, que ha sido también ampliamente retomada en la región (véase, por ejemplo, Engstrom y Anjos, 1996; Santos, 1996; Téllez, 1997).

La corriente de la medicina social se ha ocupado también de problematizar el vínculo salud-trabajo en México (Noriega, 1989). Al hacerlo, diversos autores han señalado la importancia de estudiar el *proceso de trabajo* en sí mismo (Laurell, 1979), y de entenderlo como fuente de *desgaste obrero* (Laurell y Márquez, 1983) con consecuencias directas sobre el proceso salud-enfermedad. Con base en resultados empíricos concretos, los trabajos de Laurell han demostrado que conceptos como *desgaste obrero* y *patrones específicos de desgaste* son más precisos y pertinentes que aquellos como *expropiación absoluta* y *expropiación relativa* de la salud que otros teóricos de la sociología médica marxista habían propuesto en Estados Unidos (Navarro, 1982). Desde esta perspectiva teórica se desarrolló también un trabajo de análisis e identificación de las *necesidades esenciales en salud* en México, que pronto se convirtió en una referencia obligada tanto para investigadores como para estudiantes del tema (Boltvinik *et al.*, 1983).

Un segundo núcleo de producción teórica y empírica de gran importancia es el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, que impulsa también desde principios de los ochenta el desarrollo de la antropología médica desde una perspectiva crítica. Su principal autor (Menéndez, 1978), propuso el concepto de *modelo médico hegemónico* para caracterizar a ese modelo de medicina que devino dominante desde principios del siglo XIX, bajo el capitalismo, y que, además de fundamentar jurídicamente su apropiación exclusiva de la enfermedad, privilegió una perspectiva biologista, individualista, ahistórica, asocial, mercantilista y pragmática en torno a ésta. El desarrollo del concepto impulsó una serie de estudios acerca de las formas en que se articulan las diversas instituciones que actúan sobre la salud y la enfermedad, bien desde una posición de subalternidad (*idem*, 1984), o bien desde la situación de *crisis* que vive el modelo médico hegemónico (*idem*, 1985a). De igual forma, bajo esta óptica surgieron diversos estudios sobre alcoholismo (*idem*, 1985b), sobre autoatención en salud (*idem*, 1983), y en lo referente a la forma en que coexisten las prácticas médicas alternativas (tradicionales y domésticas) junto con la medicina dominante (Módena, 1990).

Junto a estos abordajes de corte más bien estructural y crítico ha existido en México otra corriente de pensamiento en sociología médica más directamente vinculada a la salud pública. Desde mediados de la década de los ochenta, Frenk ha estudiado el comportamiento del mercado de trabajo médico tratando de vincular las características del fenómeno con la clase social de origen de los médicos (Frenk, 1988a; Frenk y Bashshur, 1983). Para ello, el autor formuló en primer lugar una conceptualización que le permitió diferenciar, por una parte, los determinantes generales del mercado de trabajo médico (entre los que incluyó la estructura económica del país, las políticas del Estado, las formas de organización social, las instituciones sociales y la ideología); y por otra parte, los determinantes específicos (tales como la demanda y oferta de ser-

vicios médicos, y la educación de los médicos). Posteriormente, realizó una reconstrucción histórica de la evolución de los servicios de salud en este país, así como de la influencia de este factor en el mercado de trabajo médico (Frenk, Hernández y Álvarez, 1980). Frenk mostró que la clase social de origen de los médicos se asocia estrechamente tanto al tipo de universidad a la que acceden para estudiar medicina, al tipo de especialización que eligen realizar, así como al tipo de institución que finalmente los contrata (Frenk, 1984 y 1985). Estos trabajos, pioneros en su área, incentivaron el desarrollo de una línea de investigación empírica en lo que se refiere a las características del mercado de trabajo médico en México, que permitieron documentar la existencia de graves contradicciones en el sector —médicos subempleados o desempleados, por una parte; y amplios sectores de población sin acceso a servicios de salud, por otra—, así como explorar diversas alternativas de solución a esos desequilibrios (Nigenda *et al.*, 1990; Frenk, *et al.*, 1991a).

Al fundar el Instituto Nacional de Salud Pública, Frenk contribuyó a legitimar el desarrollo de trabajos de investigación que, sin ser menos sociológicos que los impulsados por autores como Laurell o Menéndez, permitieron explorar los diversos problemas con abordajes teóricos diferentes a la perspectiva crítica estructural que estos autores propugnan. Las nuevas propuestas de Frenk se dieron en el marco de una serie de importantes debates altamente politizados que sostuvieron diversos representantes de la corriente de la medicina social con él desde la segunda mitad de la década de los años ochenta. Cabe citar, a modo de ejemplo, la discusión que se dio en torno a la noción de “transición epidemiológica”, introducida en México por los sociólogos de la salud pública a partir del auge del concepto en la literatura internacional (Frenk *et al.*, 1989 y 1991b). Si bien estas propuestas advertían acerca de las peculiaridades de dicha transición en países como México, la crítica, elaborada desde la medicina social, sostenía, entre otras cosas, que el uso de tal concepto era inadecuado en tales contextos toda vez que, en realidad, estos países no *transitaban* hacia mejores condiciones de salud sino que, en todo caso, veían complicarse su perfil epidemiológico con el repunte de los padecimientos crónicos sin que los padecimientos agudos estuvieran desapareciendo (Laurell *et al.*, 1991). Al final, el balance de este y otros debates fue que era de crucial importancia elaborar marcos teórico-metodológicos que permitieran flexibilizar lo que de otra manera parecía ser un rígido economicismo en la explicación de los problemas y políticas de salud (González-Block y Frenk, 1986a, 1986b; Frago, Velázquez y Hermida, 1986), así como que las perspectivas teóricas, aparentemente tan diferentes entre sí, como la salud pública y la medicina social, estaban obligadas a enriquecerse mutuamente de sus aportes y capacidad analítica o afrontar el riesgo de trabajar desde tradiciones académicas interesadas ambas en los problemas de salud de la población y, sin embargo, con muy poco o nada que decirse entre sí (Frenk 1988b y 1988c; Eibenschutz 1988a y 1988b).

Los nuevos desarrollos

Los debates entre los representantes de la medicina social y los sociólogos de la salud pública han continuado también en la presente década. La firma del Tratado de Libre Comercio entre México, Estados Unidos y Canadá, en 1994, abrió la discusión en lo tocante a las posibilidades de incluir a los servicios de salud entre las mercancías a que se intercambiarían entre los tres países. Mientras que los sociólogos de la salud pública veían al TLC como una oportunidad de la que los servicios de salud de México podrían beneficiarse (Frenk *et al.*, 1994; Gómez-Dantés *et al.*, 1997), los representantes de la medicina social advirtieron en dicho tratado una clara señal de la tendencia privatizadora del Estado mexicano que consolidaba la desarticulación de las políticas sociales vigentes en décadas pasadas (Laurell y Ortega, 1992).

También en esta década, tras la publicación del informe de 1993 del Banco Mundial (1993), la política oficial de salud en México adoptó las propuestas de dicha institución y comenzó a defender la necesidad de *reformular* al sector salud y de privatizar los servicios o, por lo menos, de permitir la participación de capitales privados tanto en la prestación de servicios de salud como en la administración de los fondos de retiro de los trabajadores. Estos cambios dieron lugar a uno de los debates más importantes sobre el tema de salud en el que participan diversos sectores sociales del país. Entre los académicos destacan nuevamente, por una parte, los sociólogos de la salud pública por sus propuestas acerca de la manera en que dicha privatización puede hacerse sin, sostienen, menoscabo de los ideales de justicia y equidad (Londoño y Frenk, 1997; Frenk y González-Block, 1992; Lozano, 1997) y, por otra parte, aquellos que, por el contrario, critican la metodología y el uso de los DALY (López y Blanco, 1996) y sostienen que la reforma tiende a beneficiar, ante todo, a los detentadores de grandes capitales en perjuicio de los sectores más desprotegidos de la población, dañando seriamente el sentido social de las políticas de Estado en materia de salud impulsadas en décadas pasadas (Laurell, 1999; Tetelboin, 1994; López Arellano, 1994).

Al mismo tiempo, sin necesariamente tomar parte en esos importantes debates, una segunda generación de trabajos con el tema de las ciencias sociales aplicadas a la salud han hecho su aparición en México a lo largo de la década de los noventa. Algunos de sus autores han sido formados directa o indirectamente en alguno de los tres polos fundacionales mencionados en el apartado anterior. Un buen número de ellos, sin embargo, han sabido beneficiarse de los aportes de todas esas corrientes, además de que han podido formarse en universidades de Estados Unidos, Canadá, España, Inglaterra o Francia, con especialistas de alto nivel dentro del campo. Ello ha favorecido una suerte de *oxigenación* del debate contemporáneo, en tanto que nuevas perspectivas teóricas y nuevos acercamientos metodológicos han hecho su aparición en un escenario antes caracterizado casi exclusivamente por la perspectiva estructural y los enfoques de la salud pública.

Conviene entonces destinar esta última parte del artículo a revisar de manera resumida algunos de los principales aportes de esta nueva generación de trabajos de investigación. Para ello, dividiremos nuestro análisis en tres breves apartados: en el

primero, nos referiremos a algunos de los principales trabajos de carácter teórico o conceptual que han aparecido en los últimos años; en el segundo apartado haremos lo mismo pero centrándonos en los trabajos de corte metodológico; en el tercer apartado nos centraremos en la investigación sustantiva que, como veremos, se refiere a diversos problemas de salud y de utilización de servicios que están concentrando la atención de los sociólogos de la salud de este país.

En el nivel de la *producción teórica*, a partir de los años noventa comienza a aparecer una serie de reflexiones tendientes a revisar el predominio —y los excesos— de los enfoques estructurales en salud (Almada Bay, 1990), así como a analizar las posibilidades de los marcos teóricos que privilegian el análisis de los fenómenos que son mejor observables en un nivel *micro* de análisis. En lo que constituye uno de sus mejores trabajos, Menéndez (1992) señaló que el agotamiento de los grandes sistemas ideológicos se vincula con la incapacidad de los grandes paradigmas teóricos de dar cuenta satisfactoriamente de los diversos niveles de la realidad. Ello, sostiene, ha impulsado una creciente tendencia a buscar en la acción social (prácticas, estrategias, transacciones, etc.) las explicaciones de los fenómenos de salud-enfermedad, más que en las macroestructuras sociales. El autor advierte, sin embargo, que a menos de que se logre vincular este nivel de análisis con las grandes determinaciones sociales, correremos el riesgo de no trascender el nivel del psicologismo en la explicación de los problemas de nuestro interés.

En el mismo sentido han aparecido investigaciones referentes a los conceptos de “calidad de vida” (Blanco *et al.*, 1997), “estilos de vida” y “riesgos” (Martínez, 1993; Menéndez, 1998), y “apoyo social” (Castro *et al.*, 1997). Tales trabajos muestran que sólo en la medida en que se preserve el carácter sociológico de dichos conceptos —y, por lo tanto, que se preserve el esfuerzo por dilucidar su vinculación con los procesos sociales más generales— se podrá mantener la utilidad de los mismos para el estudio de la determinación de la salud y la enfermedad en la sociedad.

Otros trabajos de carácter teórico que han aparecido en esta década lograron, en su momento, una puesta al día acerca del aporte de la teoría feminista al estudio de los problemas de salud, no sólo en Norteamérica y Europa, sino también en América Latina (Castro y Bronfman, 1993; Cardaci, 1998).

En el nivel *metodológico*, dentro del contexto de la sociología médica mexicana, en los últimos años se han publicado varios trabajos con propuestas innovadoras para el estudio social de los fenómenos de la salud y la enfermedad. Desde mediados de la década de los ochenta, dentro de la corriente de la medicina social, se adoptó la perspectiva del *modelo obrero* —originalmente desarrollado en Italia— para realizar investigaciones sobre la salud de los trabajadores. A principios de esta década se publicó la validación de dicha estrategia en su versión modificada para Latinoamérica. Se trata de una estrategia de investigación que tiene como fundamento la aplicación de entrevistas colectivas, no individuales, entre los trabajadores de la industria, con el triple fin de generar información relativa a los daños a la salud derivados de las condiciones del

trabajo, promover la concientización al respecto entre los propios afectados, y formular propuestas colectivas de solución entre los trabajadores (Laurell *et al.*, 1990).

Un segundo desarrollo teórico-metodológico se ha dado en el terreno de la desigualdad social frente a la enfermedad. Bronfman mostró primeramente que las explicaciones convencionales en torno a la relación entre variables sociodemográficas (*i.e.*, educación de la madre) y mortalidad infantil enfrentan límites muy claros y dejan sin explicar una buena parte del fenómeno (Bronfman, 1992). Posteriormente mostró que las explicaciones más poderosas del problema se logran al articular hábilmente los abordajes cuantitativos y cualitativos. El autor ensayó con éxito una explicación que vincula las determinaciones estructurales de la mortalidad infantil —la posición de clase, ante todo— con los elementos interaccionales de los actores —como la estructura familiar y el funcionamiento de las redes sociales—, y mostró que estos últimos desempeñan un papel central tanto en la generación como en la forma de solución de los problemas que desembocan en la mortalidad infantil (Bronfman, 2000).

En realidad, en la década de los noventa tuvo lugar un auge de los métodos cualitativos aplicados a la investigación social en salud (Langer y Nigenda, 1995; Szasz y Lerner, 1996), al mismo tiempo que aparecieron algunos trabajos de reflexión epistemológica y ética que señalan que la articulación entre los métodos cualitativos y cuantitativos presenta aún una serie de problemas sin resolver, y que dicha articulación no se logrará adecuadamente a menos que los investigadores mantengan su anclaje en las grandes teorías sociológicas, y abandonen el mero empirismo y los abordajes ateóricos que inundan el campo (Castro, 1996; Castro y Bronfman, 1999).

El nivel de los *estudios sustantivos* es el que presenta mayor grado de dificultad frente a cualquier intento de síntesis, no sólo porque es el más numeroso y porque abarca temáticas muy variadas, sino también porque incluye tanto estudios que recurren claramente a la teoría y los métodos de las ciencias sociales, como otros que solamente aluden superficialmente a esas cuestiones. En la práctica, muchos de estos últimos resultan ser más bien estudios de salud pública débilmente apoyados en las ciencias sociales, pero que difícilmente pueden ser considerados como trabajos de sociología médica. En consecuencia, centraremos el resto de nuestra breve revisión en algunos de los más destacables estudios con clara orientación sociológica que han aparecido en los últimos años.

Tales trabajos se refieren a varios de los problemas de salud prioritarios para este país. El problema del sida es uno de ellos. En estos años se han realizado investigaciones muy relevantes acerca del cambio que se opera en los trabajadores mexicanos al migrar a Estados Unidos en cuanto a sus hábitos sexuales y que se traduce en un incremento de sus prácticas de riesgo (Bronfman y Minello, 1995). Otros trabajos han explorado en detalle la construcción social de la solidaridad y el rechazo familiar y comunitario en torno a las personas con sida (Castro *et al.*, 1998a, 1998b), así como la construcción social de dicha enfermedad y la sexualidad entre los jóvenes de este país (Rodríguez *et al.*, 1995). Se trata de investigaciones de corte cualitativo que exploran con detalle la subjetividad de los individuos con relación a este tema.

También en la línea de la subjetividad, un grupo de trabajos ha venido explorando la experiencia de los individuos en lo tocante a la salud y la enfermedad y la manera en que dicha experiencia se articula con la estructura social más general, así como con la desigualdad de género (Castro, 1995; Castro y Eroza, 1998; Castro, 2000). En otros casos, los estudios referentes a la experiencia subjetiva se han centrado en los padecimientos crónicos (Mercado, 1996), la negociación de la sexualidad y el significado de la virginidad (Amuchástegui, 1999), así como del embarazo entre los adolescentes (Stern, 1996; Tuñón y Guillén, en prensa), entre otros.

La salud reproductiva es otra cuestión que ha adquirido gran importancia para los científicos sociales de la salud en este país (González, 1995; Pérez-Gil, Ramírez y Ravelo, 1995; Langer y Tolbert, 1996). Recientemente se han publicado trabajos que exploran la relación entre el apoyo social percibido y la vivencia del parto (Campero *et al.*, 1998), así como estudios sociológicos sobre la anticoncepción (Lerner y Quesnel, 1994; Castro, Bronfman y Loya, 1991), las dimensiones de la masculinidad y el papel de los hombres en los procesos de reproducción (Figueroa, 1998; Rodríguez y De Keijzer, 1998). Otras investigaciones se han centrado en la situación de la salud de las mujeres en el trabajo (Denman, Balcázar y Lara 1995; Garduño y Rodríguez, 1990; Lara, 1995) y en la relación entre la condición ocupacional de las mujeres y la salud infantil (Bronfman y Gómez-Dantés, 1998). También la cuestión de la violencia contra las mujeres ha comenzado a llamar la atención de los investigadores (Bedregal, Saucedo y Ríquer, 1991; Ríquer, Saucedo y Bedolla, 1996; Saucedo, 1996), si bien aún queda mucho por hacer en cuanto a la explicación sociológica de este problema.

Finalmente, un grupo de trabajos sociológicos se han referido a diversos aspectos de la utilización de los servicios de salud y de medicamentos. En algunos casos se ha explorado el vínculo redes sociales-utilización de servicios (Infante, 1990); entre otros, se han realizado estudios cualitativos para conocer la percepción que tienen tanto los usuarios de servicios de salud (Bronfman *et al.*, 1997a) como los propios prestadores de servicios (Bronfman *et al.*, 1997b) acerca del problema de la utilización de los mismos, o bien para determinar el tipo de barreras culturales que dificultan la utilización (Lazcano *et al.*, 1999); y en otros más se han realizado investigaciones para explorar los patrones de consumo de medicamentos inseguros en farmacias privadas, sin receta médica (Leyva *et al.*, 1999).

CONCLUSIÓN

La sociología médica en México es una disciplina que se ha enriquecido con los aportes de muchos científicos sociales que han hecho sus investigaciones en este país en los últimos 25 años.³ Su liderazgo en el plano latinoamericano se aprecia en la recien-

³ Un análisis exhaustivo sobre el estado del arte en este país debería incluir también a las tesis de posgrado producidas dentro de las diferentes corrientes identificadas en este trabajo. Tal investigación

te compilación *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina* que, difundida por todo el subcontinente, agotó su primera edición en menos de seis meses (Bronfman y Castro, 1999). En los años recientes, el predominio casi absoluto que la perspectiva crítica estructural tuvo durante los años ochenta ha comenzado a presentar variaciones interesantes. Por una parte, han enriquecido al campo nuevos enfoques interpretativos y nuevas discusiones en torno al alcance y las implicaciones de los diversos abordajes teórico-metodológicos. Por otra parte, han aparecido nuevos enfoques críticos —como los estudios de género y salud o los trabajos referidos a las determinaciones sociales de la experiencia de los padecimientos, por mencionar sólo algunos ejemplos— que han retomado el espíritu crítico del enfoque estructural y, en muchos sentidos, lo han enriquecido. El aporte que el conjunto de estos trabajos ha hecho en la comprensión de los problemas de salud ha alcanzado ya un punto crítico: hoy en día, gran parte de la investigación en salud pública se apoya en los principales conceptos y métodos desarrollados por las ciencias sociales. Citemos a modo de ejemplo la tendencia a utilizar técnicas como la encuesta o los grupos focales para recabar información; o la tendencia a considerar las desigualdades socioeconómicas, o las características del núcleo familiar y social para explicar las variaciones que presentan los fenómenos que se analizan.

No es aventurado afirmar que en más de un sentido la sociología médica mexicana se encuentra en la frontera del conocimiento a nivel mundial. Varios de sus trabajos —por ejemplo, la operacionalización exitosa del concepto marxista de clase social en la década pasada y su aplicación en el estudio de diversos problemas de salud; o la incorporación de variables cualitativas, como la estructura familiar y el funcionamiento de las redes sociales, para el estudio de la desigualdad social frente a la muerte infantil— constituyen verdaderas novedades sobre las que no se reporta equivalente alguno en la literatura internacional.

Conviene, entonces, reflexionar acerca de una cuestión final: a pesar de su dinamismo y productividad, la sociología médica mexicana es casi desconocida en Norteamérica y Europa; ello implica que los investigadores de este país deben tratar de difundir más y mejor sus trabajos en esos contextos. Y significa también que desde esos lugares debería hacerse un mayor esfuerzo por acercarse a la producción científica de países como México, que por razones culturales se difunde sobre todo en español y en revistas latinoamericanas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Beltrán, Gonzalo, 1986, *Antropología médica*, CIESAS, México.
- Almada Bay, Ignacio, 1986, "Las ciencias sociales en salud en México", en Eduardo Nunes (coord.), *Ciencias sociales y salud en América Latina*, Organización Panamericana de la Salud, Montevideo, pp. 133-142.
- Almada Bay, Ignacio, 1990, "Siete tesis equivocadas sobre salud y sociedad", *Cuadernos Médico-Sociales*, vol. 52, pp. 15-25.
- Amuchástegui, Ana, 1999, "Dialogue and the Negotiation of Meaning: Constructions of Virginity in Mexico", *Culture, Health and Sexuality*, vol. 1, núm. 1, pp. 79-93.
- Banco Mundial, 1993, *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud*, Banco Mundial, Washington.
- Battellino, Luis José y Fernando Rubén Bennun, 1991, "Niveles, tendencias y estructura de la mortalidad infantil en la provincia de Córdoba (Argentina)", *Cuadernos Médico-Sociales*, vol. 56, pp. 45-58.
- Bedregal, Ximena, Irma Saucedo y Florinda Ríquer, 1991, *Hilos, nudos y colores en la lucha contra la violencia hacia las mujeres*, Ediciones CICAM, México.
- Blanco Gil, José, Olivia López, José Alberto Rivera y Fabiola Rueda, 1997, "Una aproximación a la calidad de vida. Límites conceptuales y metodológicos", *Est. Antrop. Biol.*, vol. 8, pp. 433-448.
- Boltvinik, Julio, Carlos Santos-Burgoa, Ignacio Almada Bay, Rafael Mendoza y Ana María Chávez, 1983, *Necesidades esenciales en México. Salud*, Coplamar, Siglo XXI Editores, México.
- Bronfman, Mario, 1992, "Infant Mortality and Crisis in Mexico", *International Journal of Health Services*, vol. 22, núm. 1, pp. 157-167.
- Bronfman, Mario, 2000, *Como se vive se muere. Familia, redes sociales y mortalidad infantil*, CRIM/UNAM, Cuernavaca.
- Bronfman, Mario, Victoria Castro, Héctor Guiscafré, Roberto Castro y Gonzalo Gutiérrez, 1988, "La medición de la desigualdad: una estrategia metodológica. Análisis de las características socioeconómicas de la muestra", *Archivos de Investigación Médica*, vol. 19, núm. 4, pp. 351-360.
- Bronfman, Mario, Roberto Castro, Elena Zúñiga, Carlos Miranda, y Jorge Oviedo, 1997a. "Del 'cuánto' al 'por qué': la utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios", *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 5, pp. 442-450.
- Bronfman, Mario, Roberto Castro, Elena Zúñiga, Carlos Miranda y Jorge Oviedo, 1997b, "Hacemos lo que podemos': los prestadores de servicios frente al problema de la utilización", *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 6, pp. 546-553.

- Bronfman, Mario y Roberto Castro (coords.), 1999, *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*, Edamex, México.
- Bronfman, Mario y Héctor Gómez-Dantés, 1998, "La condición de la mujer y la salud infantil", en Juan Guillermo Figueroa (coord.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México, pp. 89-125.
- Bronfman, Mario, Cintia Lombardi y César G. Vitora, 1988, "Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos", *Revista de Saúde Pública* (São Paulo), vol. 22, núm. 4, pp. 253-265.
- Bronfman, Mario y Nelson Minello, 1995, "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos de América. Prácticas de riesgo para la infección por VIH", en M. Bronfman, A. Amuchástegui, R. M. Martina, N. Minello, M. Rivas y G. Rodríguez, *SIDA en México. Migración, adolescencia y género*, Información Profesional Especializada, México, pp. 3-89.
- Bronfman, Mario y Rodolfo Tuirán, 1983, "La desigualdad social ante la muerte: clases sociales y mortalidad en la niñez", *Cuadernos Médico Sociales*, vol. 29, pp. 53-75.
- Campero, Lourdes, Cecilia García, Carmen Díaz, Olivia Ortiz, Sofía Reynoso y Ana Langer, 1998, "'Alone I Wouldn't Have Known What to Do': A Qualitative Study on Social Support During Labor and Delivery in Mexico", *Social Science and Medicine*, vol. 47, núm. 3, pp. 395-403.
- Campos, Roberto (coord.), 1992, *La antropología médica en México*, Instituto Mora y Universidad Autónoma Metropolitana, México.
- Cardaci, Dora, 1998, "Nuevos entramados: familia, salud y organizaciones de mujeres", en Juan Guillermo Figueroa (coord.), *La condición de la mujer en el espacio de la salud*, El Colegio de México, México, pp. 243-265.
- Castro, Roberto, 1995, "The Subjective Experience of Health and Illness in Ocuituco: A Case Study", *Social Science and Medicine*, vol. 41, núm. 7, pp. 1005-1021.
- Castro, Roberto, 1996, "En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo", en Ivonne Szasz y Susana Lerner (coords.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México, México, pp. 57-85.
- Castro, Roberto, 2000, *La vida en la adversidad. El significado de la salud y la enfermedad en la pobreza*, CRIM/UNAM, Cuernavaca.
- Castro, Roberto, Mario Bronfman y Martha Loya, 1991, "Embarazo y parto entre la tradición y la modernidad: el caso de Ocuituco", *Estudios Sociológicos*, vol. 9, núm. 27, pp. 583-606.
- Castro, Roberto y Mario Bronfman, 1993, "Teoría feminista y sociología médica: bases para una discusión", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 9, núm. 3, pp. 375-394.

- Castro, Roberto y Mario Bronfman, 1999, "Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud", en Mario Bronfman y Roberto Castro (coords.), *Salud, cambio social y política. Perspectivas desde América Latina*, Edamex, México, pp. 49-64.
- Castro, Roberto, Lourdes Campero y Bernardo Hernández, 1997, "La investigación sobre *apoyo social* en salud: situación actual y nuevos desafíos", *Revista de Saúde Pública*, vol. 31, núm. 4, pp. 425-435.
- Castro, Roberto y Enrique Eroza, 1998, "Research Notes on Social Order and Subjectivity: Individuals' Experience of *Susto* and *Fallen Fontanelle* in Central Mexico", *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 22, núm. 2, pp. 203-230.
- Castro, Roberto, Emanuel Orozco, Enrique Eroza, María Cristina Manca, Juan Jacobo Hernández y Peter Aggleton, 1998a, "AIDS-Related Illness Trajectories in Mexico: Results From a Qualitative Study in Two Marginalized Communities", *AIDS Care: Psychological & Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, vol. 10, núm. 4, pp. 583-598.
- Castro, Roberto, Enrique Eroza, Emanuel Orozco, Juan Jacobo Hernández y Peter Aggleton, 1998b, "Family Responses to HIV/AIDS in Mexico", *Social Science and Medicine*, vol. 47, núm. 10, pp. 1473-1484.
- Denman, Catalina, Héctor Balcázar y Francisco Lara, 1995, "Factors Associated with Work-Related Accidents and Sickness of Maquiladora Workers: The Case of Nogales, Sonora, México", *International Journal of Health Services*, vol. 25, núm. 3, pp. 489-502.
- Eibenschutz, Catalina, 1988a, "¿Qué tan moderna es la salud pública moderna?", *Nexos*, núm. 123, pp. 74-75.
- Eibenschutz, Catalina, 1988b, "¿Dónde está la polémica?", *Nexos*, núm. 126, pp. 78-79.
- Engstrom, Elyne y Luiz Anjos, 1996, "Relationship Between Maternal Nutritional-Status and Overweight in Brazilian Children", *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, vol. 30, núm. 3, pp. 233-239.
- Figueroa, Juan Guillermo, 1988, "Algunos elementos para interpretar la presencia de los varones en los procesos de salud reproductiva", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 15, supl. 1, pp. 87-96.
- Fragoso, Ana, Sergio Velázquez y Juan Hermida, 1986, "El contrahorizonte de la salud", *Nexos*, núm. 106, pp. 46-47.
- Frenk, Julio, 1984, "La estratificación social en la educación médica mexicana", *Salud Pública de México*, vol. 26, núm. 3, pp. 484-491.
- Frenk, Julio, 1985, "Efectos del origen social y de la socialización profesional sobre las preferencias vocacionales de los internos de medicina en México", *Educación Médica y Salud*, vol. 19, núm. 4, pp. 426-451.

- Frenk, Julio, 1988a, *Social Origin, Professional Socialization and Labor Market Dynamics: The Determinants of Career Preferences among Medical Interns in Mexico*, Serie Perspectivas en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, México.
- Frenk, Julio, 1988b, "La modernización de la salud pública", *Nexos*, núm. 122, pp. 57-58.
- Frenk, Julio, 1988c, "De la autonomía al autismo", *Nexos*, núm. 124, pp. 75-76.
- Frenk, Julio (coord.), 1997, *Observatorio de la salud. Necesidades, servicios, políticas*, Fundación Mexicana para la Salud, México.
- Frenk, Julio y R. Bashshur, 1983, "Career Preferences and Perceptions of the Medical Labor Market Among Mexican Interns", *Social Science and Medicine*, vol. 17, núm. 11, pp. 693-704.
- Frenk, Julio, José Luis Bobadilla, Jaime Sepúlveda y Malaquías López-Cervantes, 1989, "Health Transition in Middle-Income Countries: New Challenges for Health Care", *Health Policy and Planning*, vol. 4, núm. 1, pp. 29-39.
- Frenk, Julio, Javier Alagón, Gustavo Nigenda, Alejandro Muñoz del Río, Cecilia Robledo, Luis Alonso Vázquez y Catalina Ramírez, 1991a, "Patterns of Medical Employment: A Survey of Imbalances in Urban Mexico", *American Journal of Public Health*, vol. 81, núm. 1, pp. 23-29.
- Frenk, Julio, José Luis Bobadilla, Claudio Stern, Thomas Frejka y Rafael Lozano, 1991b, "Elements for a Theory of the Health Transition", *Health Transition Review*, núm. 1, pp. 21-38.
- Frenk, Julio, Héctor Hernández Llamas y Lourdes Álvarez Klein, 1980, "El mercado de trabajo médico", *Gaceta Médica de México*, vol. 116, núm. 4, pp. 187-195.
- Frenk, Julio y Miguel Ángel González-Block, 1992, "Primary Care and Reform of Health Systems: A Framework for the Analysis of Latin American Experiences", *Health Serv. Manage Res.*, vol. 5, núm. 1, pp. 32-43.
- Frenk, Julio, Octavio Gómez-Dantés, Carlos Cruz, Fernando Chacón, Patricia Hernández y Peter Freeman, 1994, "Consequences of the North American Free Trade Agreement for Health Services: A Perspective from Mexico", *American Journal of Public Health*, vol. 84, núm. 10, pp. 1591-1597.
- Garduño, María de los Ángeles y Julia del Carmen Rodríguez, 1990, "Salud y doble jornada: taquilleras del metro", *Salud-Problema*, núm. 20, pp. 41-45.
- Gómez-Dantés, Octavio, Julio Frenk y Carlos Cruz, 1997, "Commerce in Health Services in North America Within the Context of the North American Free Trade Agreement", *Revista Panamericana de Salud Pública*, vol. 1, núm. 6, pp. 460-465.
- González, Soledad (coord.), 1995, *Las mujeres y la salud*, El Colegio de México, México.

- González-Block, Miguel Ángel y Julio Frenk, 1986a, "El horizonte de la salud", *Nexos*, núm. 100, pp. 59-61.
- González-Block, Miguel Ángel y Julio Frenk, 1986b, "El contrahorizonte del economicismo", *Nexos*, núm. 106, pp. 41-42.
- Hernández Llamas, Héctor, 1982, "Historia de la participación del Estado en las instituciones de atención médica en México 1935-1980", en Federico Ortiz Quezada (coord.), *Vida y muerte del mexicano*, vol. 2, Folios Ediciones, México, pp. 49-96.
- Infante, Claudia, 1990, "Utilización de servicios de atención prenatal: influencia de la morbilidad percibida y de las redes sociales de ayuda", *Salud Pública de México*, vol. 32, núm. 4, pp. 419-429.
- Langer, Ana y Gustavo Nigenda (coords.), 1995, *Métodos cualitativos para la investigación en salud pública*, serie Perspectivas en Salud Pública, núm. 20, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca.
- Langer, Ana y Kathryn Tolbert (coords.), 1996, *Mujer, sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council-Edamex, México.
- Lara, María Asunción, 1995, "Incorporación de la mujer al trabajo remunerado: repercusiones para su salud reproductiva", en Sara Elena Pérez-Gil, Juan Carlos Ramírez y Patricia Ravelo (coords.), *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, CIESAS-UG-INN, México, pp 243-258.
- Laurell, Asa Cristina, 1974, "Sociología médica: una bibliografía comentada", *Revista Mexicana de Ciencia Política*, núm. 75, pp. 105-111.
- Laurell, Asa Cristina, 1975, "Medicina y capitalismo en México", *Cuadernos Políticos*, núm. 5, pp. 80-93.
- Laurell, Asa Cristina, 1979, "Work and Health in Mexico", *International Journal of Health Services*, vol. 9, núm. 4, pp. 543-568.
- Laurell, Asa Cristina, 1982, "La salud-enfermedad como proceso social", *Revista Latinoamericana de Salud*, núm. 2, pp. 7-25.
- Laurell, Asa Cristina, 1989, "Social Analysis of Collective Health in Latin America", *Social Science and Medicine*, vol. 28, núm. 11, pp. 1183-1191.
- Laurell, Asa Cristina, 1999, "The Mexican Social Security Counterreform: Pensions for Profit", *International Journal of Health Services*, vol. 29, núm. 2, pp. 371-391.
- Laurell, Asa Cristina y Margarita Márquez, 1983, *El desgaste obrero en México. Proceso de producción y salud*, Editorial Era, México.
- Laurell, Asa Cristina, Mariano Noriega, Oliva López, Víctor Ríos, 1990, "La experiencia obrera como fuente de conocimiento. Confrontación de resultados de la encuesta colectiva e individual", *Cuadernos Médico Sociales*, núm. 51, pp. 5-26.

- Laurell, Asa Cristina y Manuel Ortega, 1992, "The Free Trade Agreement and the Mexican Health Sector", *International Journal of Health Services*, vol. 22, núm. 2, pp. 331-337.
- Laurell, Asa Cristina, Saúl Franco, Everardo Nunes y Jaime Breilh, 1991, *Debates en Medicina Social*, Organización Panamericana de la Salud/ALAMES, Quito.
- Lazcano-Ponce, Eduardo, Roberto Castro, Betania Allen, Patricia Nájera, Patricia Alonso de Ruiz y Mauricio Hernández-Ávila, 1999, "Barriers to Early Detection of Cervical-Uterine Cancer in Mexico", *Journal of Women's Health*, vol. 8, núm. 3, pp. 399-408.
- Lerner, Susana y André Quesnel, 1994, "Las transacciones institucionales y la pluralidad de trayectorias reproductivas", *Estudios Demográficos y de Desarrollo Urbano*, vol. 9, núm. 3, pp. 543-578.
- Leyva, René, Joaquina Erviti, Mario Bronfman y Nadine Gasman, 1999, "Consumo de medicamentos en farmacias privadas: los medicamentos inseguros", en Mario Bronfman y Roberto Castro (coords.), *Salud, cambio social y política: perspectivas desde América Latina*, Edamex, México, pp. 493-508.
- Londoño, J. L. y Julio Frenk, 1997, "Structured Pluralism: Towards an Innovative Model for Health System Reform in Latin America", *Health Policy*, vol. 41, núm. 1, pp. 1-36.
- López Acuña, Daniel, 1986, *La salud desigual en México*, Siglo XXI Editores, México.
- López Arellano, Olivia, 1994, "La selectividad en la política de salud", en Asa Cristina Laurell (coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, pp. 33-60.
- López Arellano, Olivia y José Blanco Gil, 1996, "Las necesidades de salud y las propuestas de solución. Notas para la discusión", en Carlos García y Héctor Hernández (coords.), *Mortalidad, salud y discurso demográfico*, Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias, UNAM, Cuernavaca, pp. 79-97.
- Lozano, Rafael, 1997, "El peso de la enfermedad en México: avances y desafíos", en Julio Frenk (comp.), *Observatorio de la Salud: necesidades, servicios, políticas*, Fundación Mexicana para la Salud, México, pp. 23-61.
- Martínez, Carolina. 1993, *Sobrevivir en Malinalco. La salud al margen de la medicina*, El Colegio de México, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México.
- Menéndez, Eduardo, 1978, "El modelo médico y la salud de los trabajadores", en Franco Basaglia, *La salud de los trabajadores*, Ed. Nueva Imagen, México, pp. 11-53.
- Menéndez, Eduardo, 1983, *Hacia una práctica médica alternativa. Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*, Cuadernos de la Casa Chata, núm. 86, México.

- Menéndez, Eduardo, 1984, "Estructura y relaciones de clase y la función de los modelos médicos", *Nueva Antropología*, vol. 6, núm. 23, pp. 71-102.
- Menéndez, Eduardo, 1985a, "El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos", *Desarrollo Económico*, vol. 24, núm. 96, pp. 593-604.
- Menéndez, Eduardo, 1985b, "Saber 'médico' y saber 'popular': el modelo médico hegemónico y su función ideológica en el proceso de alcoholización", *Estudios Sociológicos*, vol. 3, núm. 8, pp. 263-296.
- Menéndez, Eduardo, 1992, "Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo", *Cuadernos Médico-Sociales*, núm. 59, pp. 3-18.
- Menéndez, Eduardo, 1998, "Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes", *Estudios Sociológicos*, vol. 16, núm. 46, pp. 37-67.
- Módena, María Eugenia, 1990, *Madres, médicos y curanderos: diferencia cultural e identidad ideológica*, Ediciones de la Casa Chata, núm. 37, México.
- Mercado, Francisco Javier, 1996, *Entre el infierno y la gloria. La experiencia de la enfermedad crónica en un barrio urbano*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara.
- Navarro, Vicente, 1976, *Medicine Under Capitalism*, Prodist, Nueva York.
- Navarro, Vicente, 1982, "The Labor Process and Health: A Historical Materialist Interpretation", *International Journal of Health Services*, vol. 12, núm. 1, pp. 5-29.
- Nigenda, Gustavo, Julio Frenk, Cecilia Robledo-Vera, Luis Alonso Vázquez y Catalina Ramírez, 1990, "Los sistemas locales de salud y el mercado de trabajo médico: resultados de un estudio de preferencias de ubicación geográfica", *Educación Médica y Salud*, vol. 24, núm. 2, pp. 115-135.
- Noriega, Mariano, 1989, "Problemas teórico-metodológicos de la investigación sobre salud en el trabajo", *Salud-Problema*, núm. 17, pp. 9-13.
- Ortales, Sergio, 1996, "Infant Malnutrition: A Biocultural Study in Urban Areas of Provincia de Buenos Aires, Argentina", *Archivos Latinoamericanos de Nutrición*, vol. 46, núm. 2, pp. 136-142.
- Pérez-Gil, Sara Elena, Juan Carlos Ramírez y Patricia Ravelo (coords.), 1995, *Género y salud femenina. Experiencias de investigación en México*, CIESAS-UG-INN, México.
- Ríquer, Florinda, Irma Saucedo y Patricia Bedolla, 1996, "Agresión y violencia contra el género femenino: un asunto de salud pública", en Ana Langer y Katryn Tolbert (coords.), *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, The Population Council-Edamex, México, pp. 247-287.

- Rodríguez, Gabriela, Ana Amuchástegui, Martha Rivas y Mario Bronfman, 1995, "Mitos y dilemas de los jóvenes en tiempos del SIDA", en Mario Bronfman, Ana Amuchástegui, Rosa María Martina, Nelson Minello, Martha Rivas y Gabriela Rodríguez, *SIDA en México. Migración, adolescencia y género*, Información Profesional Especializada, México, pp. 91-200.
- Rodríguez, Gabriela y Benno de Keijzer, 1998, "La noche se hizo para los hombres: las regulaciones sexuales del cortejo en una comunidad cañera", *Debate Feminista*, vol. 9, núm. 18, pp. 237-266.
- Salcedo, Ana Leticia y Carlos Alberto Prado, 1993, "Proceso migratorio familiar como factor de riesgo en la desnutrición del preescolar migrante en los cañeros de Jalisco", en C. Denman, A. Escobar, C. Infante, F. J. Mercado y L. Robles (coords.), *Familia, salud y sociedad. Experiencias de investigación en México*, Universidad de Guadalajara, Guadalajara, pp. 353-382.
- Santos, Raúl, 1996, "Socioeconomic Differentiation and Body Morphology in the Surui of Southwestern Amazonia", *Current Anthropology*, vol. 37, núm. 5, pp. 851-856.
- Saucedo, Irma, 1996, "Violencia doméstica y salud: conceptualización y datos que existen en México", *Revista Perinatología y Reproducción Humana*, vol. 10, núm. 2, pp. 100-110.
- Szasz, Ivonne y Susana Lerner (coords.), 1996, *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*, El Colegio de México, México.
- SSA, 1994, *Encuesta Nacional de Salud II*, Secretaría de Salud, México.
- SSA, 1999, *Programa de Reforma del Sector Salud, 1995-2000*, Secretaría de Salud, México.
- Stern, Claudio, 1996, "El embarazo en adolescentes como problema público: una visión crítica", *Salud Pública de México*, vol. 39, núm. 2, pp. 137-143.
- Téllez, Alberto, 1997, "Prevalence of Intestinal Parasites in the Human Population of Leon, Nicaragua", *Acta Trópica* (Suiza), vol. 66, núm. 3, pp. 119-125.
- Tetelboin, Carolina, 1994, "El problema de los recursos humanos", en Asa Cristina Laurell (coord.), *Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud*, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, México, pp. 89-110.
- Tuñón, Esperanza y Claudia Guillén, en prensa, "Embarazo adolescente en dos generaciones de madres tabasqueñas: una exploración a sus vivencias", en Esperanza Tuñón (coord.), *Género y salud en el sureste de México*, UADY-Ecosur, San Cristóbal de las Casas.