
CONSIDERACIONES EPISTEMOLÓGICAS EN TORNO A LA MEDICALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA: BALANCES Y PROPUESTAS

ADRIANA MURGUÍA LORES
TERESA ORDORIKA SACRISTÁN
FABRIZIO GUERRERO MC MANUS

ABSTRACT. EPISTEMOLOGICAL CONSIDERATIONS
ON THE MEDICALIZATION IN LATINAMERICA:
BALANCES AND PROPOSALS

The process of medicalization of society, which implies the expansion of the medical expertise scope, is a salient aspect of late modernity. As such, this process has reach a global dimension. Nonetheless, it is unlikely that this process occurs identically in every single part of the globe. Therefore, we believe it is fundamental to analyze the epistemologies of medicalization, in other words, of the array of methodological strategies employed in the study of this process. Under this light we offer here a thoughtful reflection on the risks and merits usually found in the research on this topic. Hence, we offer some directions as well as a number of cases in which we exemplify the relevance of these already mentioned guidelines.

KEY WORDS. Medicalization, globalization, theory, epistemology.

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo forma parte de una investigación que constituye una primera aproximación a los procesos de medicalización en América Latina. En esta exploración inicial, nos propusimos conocer cómo ha sido abordado este proceso en la región (Murguía, et. al, en prensa). Este acercamiento nos permitió hacer una descripción del estado de la cuestión del que surgieron una multitud de inquietudes sustantivas y epistemológicas: la medicalización es un proceso que tiene, en términos foucaultianos, condiciones de

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México. /
amurlores@gmail.com

Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México. / tordorika@yahoo.com

Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, Universidad Nacional Autónoma de México. / FabrizioMc@gmail.com

posibilidad que se enraízan en procesos histórico-sociales de las sociedades occidentales modernas, es decir, se plantea como una singularidad histórica. Siendo así, surgen, en una primera instancia, preguntas relacionadas con las condiciones que posibilitan la emergencia del fenómeno en América Latina: por un lado, ¿en qué medida éstas coinciden/difieren de las descritas por los autores que han analizado los procesos originarios? Y, por otro, ¿son los conceptos que se han propuesto aplicables a contextos históricos distintos?

Abordar ambas preguntas no es tarea fácil ya que, a pesar de que hay autores —entre los que destaca Nikolas Rose— que afirman que se trata de una noción meramente descriptiva, también es cierto que en torno a este asunto se ha producido una amplia bibliografía de análisis conceptual que procura establecer conexiones causales y comprender los mecanismos que subyacen a los procesos, de tal suerte que el valor instrumental que adquiere en la investigación empírica es el de una teoría sustantiva. En otras palabras, la vinculación entre medicalización, modernización y desarrollo tiene sin duda vínculos que rebasan la esfera de lo contingente y que permiten encontrar patrones que se reflejan en la relación entre el discurso y la institución médica, por un lado, y el Estado y sus poblaciones tuteladas, por otro.

Precisamente por ello, y en la medida en que la inmensa mayoría de los trabajos que analizan empíricamente los fenómenos relacionados con la medicalización son estudios de caso, es que se plantea otra serie de preguntas que se relacionan con la singularidad de los procesos histórico-sociales, la generalización y la construcción teórica. Al iniciar una investigación, un presupuesto inevitable es considerar un caso como una instancia de una clase, pero en el curso de la misma, ¿cómo se relacionan la teoría con la evidencia producida en el análisis del caso?, y en sentido inverso, ¿se puede generalizar a partir de los hallazgos de un caso? Finalmente, en qué sentido es que puede concebirse a dicha actividad como explicativa y cuáles son sus riesgos y virtudes.

Evidentemente, ninguna de estas preguntas es original. Las primeras las enfrentan las ciencias sociales latinoamericanas desde su origen. Aquellas relacionadas con los estudios de caso emergen ante el uso prevaleciente de metodologías cualitativas en los estudios con los que nos encontramos. Nuestro propósito en este trabajo es reflexionar sobre estos problemas analizando cómo se están abordando los complejos procesos involucrados con la medicalización en la producción reciente de la región. El trabajo tiene la siguiente estructura:

1. En una primera sección delineamos cómo han descrito/teorizado la medicalización los autores más significativos en las discusiones que se generaron desde la década de los setenta del siglo pasado, cuando se acuñó el término, hasta la actualidad.

2. Posteriormente, a partir de una selección de trabajos de producción reciente ², analizamos cómo han sido abordados los procesos medicalizadores en América Latina. La selección se hizo procurando destacar aquellos trabajos que a nuestro juicio, y en la medida en que observan ciertos principios metodológicos que señalamos, aportan conocimiento sustantivo de los fenómenos que abordan.

3. La tercera sección está abocada a reflexionar en torno a lo que hemos denominado “epistemologías de la medicalización”, es decir, a establecer, en términos generales, cómo es posible conocerla: las disciplinas y modelos desde las que se le ha abordado y los requisitos que tendría que contemplar una investigación que pretenda acceder epistémicamente a este objeto.

El objetivo general del artículo es adentrarse —más allá de la descripción que nos ocupó en un primer momento— en la reflexión epistemológica de cómo se están haciendo los estudios sobre la medicalización en América Latina. A este respecto resulta importante subrayar —como describimos en la nota técnica— que la delimitación de nuestro objeto se hizo a partir de la enunciación explícita en los trabajos analizados y en los cuales se abordaba la medicalización en América Latina como uno de los temas principales. Esto, por supuesto, deja de lado investigaciones sobre fenómenos evidentemente relacionados y/o traslapados, pero que los investigadores no abordan como procesos de medicalización. La pertinencia de esta delimitación se fundamenta en que nuestro interés se centra en la recepción/naturalización/uso en la región de un concepto y de las tesis sobre los procesos vinculados a éste.

Finalmente, un objetivo específico que se desprende del primero es adelantar los que a nuestro juicio constituyen aciertos y errores de la investigación empírica que nos permitan diseñar nuestra propia indagación aprovechando experiencias previas de construcción de conocimiento.

Los niveles de análisis involucrados son:

1) En la primera sección, una descripción de la medicalización que la desdobra en dos niveles: como concepto y como proceso histórico. Este nivel involucra la construcción de una narrativa que se fundamenta en las tesis y discusiones de los autores más relevantes para nuestro tema

2) En la segunda parte hacemos un análisis de una selección de la producción reciente en América Latina. Este análisis abarca dos dimensiones: una primera, en la que se resaltan los que a nuestro juicio constituyen aciertos epistemológicos de las investigaciones seleccionadas, y una segunda, en la que se rescatan aportes sustantivos al conocimiento de los procesos medicalizadores en América Latina.

3) En la tercera y última sección nos damos a la tarea de sistematizar las virtudes y riesgos que enfrenta el estudio de la medicalización en Latinoamérica. De esta forma, ofrecemos una reflexión acerca de cuáles son los tipos de explicaciones más apropiadas para ello, cuál es la mejor forma de

concebir la relación teoría-evidencia en este ámbito, y cuál es, en suma, el conjunto de normas que deberían guiar el estudio de la medicalización en esta región.

2. LA MEDICALIZACIÓN: CONCEPTO Y PROCESO

2.1. MEDICALIZACIÓN COMO CONCEPTO

Existe un acuerdo entre teóricos de diferente cuño, de que la creciente importancia que adquiere el discurso y práctica médica en las sociedades occidentales contemporáneas constituye una de las características salientes de la modernidad. Para dar cuenta de este fenómeno se acuñó el término “medicalización”, que alude a un mismo tiempo a un concepto y a un proceso histórico. En su acepción más simple, por medicalización se entiende ‘hacer a algo médico’, es decir, el acto de incorporar al campo de lo médico un fenómeno que anteriormente pertenecía a cualquier otro ámbito de definición y práctica (Conrad, 2013; Maturo, 2012). Sin embargo, existen variaciones en cuanto a su concepción, a las que aludiremos a continuación. Esta síntesis versa específicamente sobre el desarrollo del concepto en la literatura anglosajona.

En sociología, el término medicalización, utilizado por primera vez en la década de los setenta del siglo pasado, nació influido teóricamente por dos tradiciones de pensamiento. La primera alude a ideas provenientes de la contracultura, la nueva izquierda y las investigaciones de Michel Foucault sobre la emergencia de la biopolítica y la medicalización en el siglo XVIII. Trabajos inscritos en estas líneas permitieron tematizar el conocimiento y la práctica médica como un dispositivo de control social puesto en marcha por los estados nacionales emergentes. Los sistemas y políticas dirigidos al cuidado de la salud fueron entendidos a un mismo tiempo, como prácticas que construyeron ciudadanía y coadyuvaron a la vigilancia de las poblaciones. Esta concepción de la medicalización como dispositivo de control social fue retomada por los antipsiquiatras con el fin de poner a debate el estatus de la enfermedad mental y, con ello, confrontar la forma en la cual se procedía en psiquiatría. La medicalización se entendió así como sinónimo de un proceso en el que fenómenos antes definidos como problemas de la vida —o como transgresiones— pasaron a ser comprendidos como enfermedades mentales con el fin clasificar y actuar sobre los individuos.

La segunda tradición, de cuño sociológico, se conformó por los trabajos sobre la teoría de la etiquetación *-labeling-* y las críticas a los estudios de la salud a la nociones funcionalistas de enfermedad como desviación y rol de paciente propuestas por Talcott Parsons (1951) (Davis, 2010). En esta línea, destaca el texto *Nemesis médica: la expropiación de la salud*, de Iván Illich (1975), quien a través del concepto de iatrogenésis —clínica, social y

cultural— argumentó que la medicina moderna generaba patologías en las personas y las sociedades, expropiando su capacidad de autocuración.

A partir de estas influencias teóricas surgen, en los setentas del siglo pasado, los primeros trabajos sociológicos que dan cuenta del proceso de medicalización. Destaca, por ejemplo, el texto de Eliot Freidson, quien retoma el concepto para dar cuenta del aumento creciente de la jurisdicción médica. Por su parte, Irving Zola sostiene que la medicina en su totalidad, y no sólo la psiquiatría, ejerce un control sobre la sociedad a través de sus nociones de lo normal y lo patológico. Este autor critica la ampliación de radio de influencia del poder de la medicina que se logra a través de la expansión indiscriminada de condiciones consideradas como no saludables o enfermas. Guiados por una concepción negativa del proceso de medicalización, ambos autores sostuvieron que éste permite un ejercicio normativo y homogeneizante en el que criterios sociales y morales de normalidad se enuncian en un lenguaje científico, objetivo y neutral (Zorzanelli, Ortega, Benilton Bezerra, 2014). Durante este periodo, prevalece la llamada “tesis de la medicalización”, que concibe a la medicina como una empresa imperialista y reduccionista, ejercida de manera autoritaria sobre una población desempoderada y pasiva (Ballard, Elston, 2005).

A lo largo de los ochentas y noventas, y como resultado de críticas a esta posición teórica, se va afianzando una concepción más compleja de la medicalización. Paulatinamente se abandona una visión necesariamente negativa, omnisciente y vertical del proceso. Conrad inaugura un desplazamiento teórico que lo entiende como un fenómeno multifactorial, fragmentario, gradual, irregular e, incluso, reversible (desmedicalización) (Conrad y Schneider, 1992; Conrad, 2007, 2013). Esta nueva mirada permite revalorar la agencia de los legos, reconocer la participación de múltiples actores en la medicalización y visibilizar la pérdida de poder del discurso y la práctica médica. Proliferan investigaciones que dan cuenta de la injerencia de distintos grupos e intereses —farmacéuticas, aseguradoras, universidades, pacientes, ONGs, etcétera— que participan en los procesos de medicalización y/o desmedicalización (Conrad, 2013; Halfmann, 2011), aunque se reconoce que no tienen igual capacidad de influir en los mismos.

A la par de los cambios arriba mencionados, la emergencia de condiciones y problemáticas sociales que aparecen desde la década de los noventa genera innovaciones de suyo interesantes al interior de los abordajes teóricos. La utilización de medicamentos en prácticas de optimización —*enhancement*— para problemas de salud para los que no fueron desarrollados, la importancia de la medicina como parte del capital internacional, el papel de las farmacéuticas y las aseguradoras, la utilización masiva de tecnología y las posibilidades que brinda de incidir a nivel molecular, entre otros, imponen la necesidad de incorporar nuevos conceptos (e.g., biomedicina) y reconocer cambios producidos, tanto a nivel individual, como

social (i.e., nuevos usos, nuevas identidades, nuevas formas de ciudadanía, nuevas relaciones sociales, nuevos intereses, etc.).

En el abordaje de éstas y otras cuestiones prevalece un uso polisémico del concepto de medicalización, que es fuente importante de debate (Davis, 2000; Rose, 2007; Ortega, Benilton, Bezerra, 2014). Independientemente de las diferencias, existe un acuerdo en la necesidad de abordar cada fenómeno de medicalización/desmedicalización que de cuenta de la especificidad tanto de las condiciones (enfermedades, padecimientos, etc.) de que trata, como de los contextos históricos y geográficos en el que ocurre.

A continuación describimos las características generales del proceso de medicalización tal y como se presentó en los Estados Unidos y Gran Bretaña.

2.2. MEDICALIZACIÓN COMO PROCESO

El punto de arranque de los procesos de medicalización se sitúa en la Europa de fines de siglo XVIII, el que con cambios epistemológicos, organizativos y geográficos, continúa en la actualidad, destacándose tres elementos. Primero, la conformación de la medicina científica, con un carácter de conocimiento racional, objetivo y positivo que informa su teoría y práctica, a sus profesionales y a las instituciones que produce (Conrad y Schneider, 1992; Conrad, 2007). En segundo, el incremento del número y tipo de fenómenos, antes propios de lo moral y/o lo religioso (entre otros ámbitos), que pasan a ser concebidos como enfermedades, lo que se traduce en un aumento de la influencia y jurisdicción de los médicos. En tercero, el inicio del uso político de este saber por parte del Estado. Para dar cuenta de este último punto —del uso normativo de la medicina en la construcción y control de individuos y poblaciones— se utiliza el concepto de biopolítica acuñado por Michel Foucault (2007).

Retomando las aportaciones iniciales de este autor, así como las propuestas posteriores de Nikolas Rose, proponemos caracterizar el proceso de medicalización enmarcándolo en dos modelos biopolíticos diferentes (Rose, 2005, 2006). El primero va del siglo XVIII a finales de la Segunda Guerra Mundial, y el segundo emerge tras el conflicto bélico y se mantiene hasta la actualidad.

La emergencia de la biopolítica

Como ya se mencionó, el siglo XVIII marca el momento en el que la salud y la enfermedad de la sociedad se convierten en un campo de preocupación e incidencia fundamental por parte de los estados, que al atender a los procesos vitales de las poblaciones que gobiernan, asumieron la responsabilidad de gestionar su bienestar. La transformación de la vida en un problema político se tradujo en la instauración del discurso y práctica

médicos como la forma de racionalidad fundamental al servicio del diseño e implementación de políticas y sistemas de salud. En este contexto, esta última se erigió como un valor generalizado, vinculado a un proyecto civilizatorio y a una ideología del progreso que informa desde entonces las prácticas del poder, que constituye un engranaje fundamental de control social. La noción de salud que subyace a este proceso —aplicada a cuerpos, comportamientos y emociones humanas— trascendió la mera oposición a la enfermedad, para constituirse en un parámetro de lo normal y lo deseable a través del cual se busca la regulación de conductas y la construcción de sujetos homogéneos (Castro, 2010). En ese sentido, el proceso de medicalización se ha caracterizado por el crecimiento no sólo del concepto de enfermedad, y las categorías nosológicas específicas, sino también por la ampliación del campo de la salud (Conrad, 2007, 2013).

Lo anterior se ha traducido en medidas concretas, entre las que destacan la construcción de instituciones —clínicas y hospitales— que permiten trasladar el cuidado de los sujetos del hogar a un contexto institucional; la introducción de reglamentaciones con relación a la currícula y el ejercicio de la profesión. En el mismo sentido, los éxitos (reales o imaginarios) de los tratamientos propiciaron el creciente descrédito de propuestas alternativas y coadyuvaron al monopolio de los médicos, tanto en el campo de la definición, como en el ejercicio de la terapéutica, convirtiéndolos, con el Estado, en los impulsores fundamentales de la medicalización en dicho periodo (Riska, 2010). Asimismo, la paulatina incorporación de la tecnología y la aparición de una incipiente industria farmacéutica y de seguros médicos privados comenzaron a hacer de la salud una empresa económicamente lucrativa.

El soporte ideológico que permitió y organizó este modelo biopolítico fue la convicción de que la salud del grupo era vital para el desarrollo de la nación, y que su carácter de bien común justificaba la imposición de las políticas sobre el conjunto de la sociedad. Sin embargo, sería demasiado simplista adjudicar el éxito de este modelo únicamente a la capacidad coercitiva del Estado; sin duda también contó con el consenso de la población que se vio conminada y en gran medida persuadida de los beneficios de una medicina moderna, científica y positiva (Cruz do Amaral, 2008).

De la Segunda Guerra Mundial a la actualidad²

La Segunda Guerra Mundial trajo consigo transformaciones sustanciales en el proyecto de medicalización de las que nos interesa destacar su intensificación, así como los cambios en el modelo biopolítico. La diferencia básica radica en el hecho de que el Estado ya no ejerce de manera directa ni exclusiva el papel rector en materia de salud y de los servicios relacionados con ésta (Rose, 2006). Entre éste y la población se construye

una red conformada por una multiplicidad de actores —las farmacéuticas, las aseguradoras, los académicos, los grupos de defensa de los derechos de los pacientes, los medios masivos de comunicación, los complejos médico industriales y sus capitales de inversión, etc.— que inciden de manera sustantiva en la aceleración y dirección que adquiere el proceso (Broom y Woodward, 1996; Williams, Gabe y Martin, 2012). Estos agentes, que existen ya en el modelo anterior pero no ejercen un papel fundamental, ahora se disputan el campo de la definición de la salud y la enfermedad y la organización de los cuidados.

Algunas de las transformaciones de mayor envergadura ocurren en el sector servicios, con la emergencia de una red de instituciones hospitalarias públicas y privadas tras la guerra y, hacia finales del siglo, de macrocorporaciones que dirigen los centros médicos. Con respecto a la tecnología, la innovación en los ámbitos de la informática y la biotecnología inciden tanto en el incremento de métodos para el diagnóstico y tratamiento, como en la organización de las instituciones, permitiendo nuevas formas de estandarización, manejo y distribución de información (Conrad, 2013).

La entrada de lleno de este sector al mercado convierte a la salud en una mercancía sumamente lucrativa, lo que favorece la expansión económica e inversión transnacional de capitales. Los fármacos se erigen en el tratamiento por excelencia para la prevención, cura o paliativo de las enfermedades, al tiempo que en el campo de la biomedicina se posibilitan nuevas prácticas de optimización de la salud (*enhancement*) (Conrad, 2005, 2007). Esta oferta se ve apoyada por la promoción de la mirada y tratamientos médicos por parte de los medios masivos de comunicación (*direct to consumers*), y en este contexto Internet constituye un medio particularmente interesante para la empresa capitalista, dado que no está sujeto a limitaciones nacionales con relación a la información que puede distribuir (Conrad y Leiter, 2004). Las ganancias obtenidas por las farmacéuticas³ las han convertido en fuerzas fundamentales en la dirección y aceleración del proceso de medicalización, cuya expansión les beneficia de manera particular (*pharmaceuticalization of society*) (Bell y Figert, 2012; Rochel de Camargo, 2013; Williams, Gabe y Davis, 2009). Otro sector empresarial que ejerce su influencia —sea para medicalizar o desmedicalizar, según estén dispuestos a cubrir determinados eventos— lo constituyen las aseguradoras, quienes financian los costos médicos a través de seguros privados de cobertura diferenciada, al tiempo que se reduce el acceso a la medicina pública. Se afianza también la práctica de financiar con fondos propios aquellos tratamientos que las aseguradoras no están dispuestas a pagar, trasladando de esta manera tanto el costo como las ganancias a manos de los particulares.

Por su parte, en un contexto en donde las ofertas no sólo se diversifican, sino que en muchos casos se contradicen, el acceso a la información médica incide en la construcción de los llamados pacientes o consumidores expertos, conminados a ser agentes de su propio bienestar. De ello resultan tanto prácticas de resistencia a procesos concretos de medicalización, movimientos de pacientes y defensa de propuestas alternativas, como luchas por el reconocimiento de ciertas condiciones y problemáticas como enfermedades.

Lo que comparten unos y otros es la responsabilidad de ser proactivos en el mantenimiento de su salud (Rose, 2006). La noción de individuo, propia del liberalismo y fundamental para la emergencia de la medicina moderna y la medicalización, se intensifica en los últimos treinta años y permite trasladar la responsabilidad del cuidado de la salud del Estado a los particulares. Se enfatiza la autodeterminación del sujeto como derecho a decidir (consentimiento informado), pero también la responsabilidad frente a las consecuencias y la obligación de mantenerse sano. El reclamo de que las sociedades occidentales contemporáneas “nos presenta como *derechos* los que de hecho son nuestros *deberes*” (Bajoit, 2009) es perfectamente aplicable en este contexto.

Aunque el derecho a la salud y la ética del cuidado se enuncian como universales, en los hechos existen diferencias sustanciales en la forma en que el proceso de medicalización ha afectado a distintos grupos sociales. Los trabajos con perspectiva de género han mostrado que el cuerpo de las mujeres fue medicalizado mucho más pronto que el de los varones, aunque actualmente estos últimos han sido incorporados por el discurso y la práctica médica. Por otra parte, la organización de la salud bajo lógicas dictadas por el mercado contribuye a que se genere una estratificación cada vez más pronunciada en el acceso a los servicios. La pertenencia de clase está directamente relacionada a la sobremedicalización y submedicalización de los sujetos, fenómenos que se expresan de manera compleja y deben de ser estudiados en su especificidad. La sobremedicalización en sectores altos se traduce en prácticas de prevención del riesgo, la medicalización de problemas de vida y la optimización de capacidades; mientras que en las clases bajas prevalecen prácticas que benefician a los médicos pero no necesariamente a los pacientes ⁴. Asimismo, los sectores más empobrecidos se encuentran fuertemente limitados por los crecientes constreñimientos de los servicios públicos y sistemáticamente excluidos de aquellos que requieren seguros médicos privados o inversiones personales.

2.3. LA MEDICALIZACIÓN COMO NARRATIVA TRIUNFANTE

La descripción de la medicalización, su desarrollo y cambios fundamentales, el peso que adquieren en su determinación los agentes involucrados

en diferentes momentos históricos, y su paulatina incorporación a la macroeconomía apoyan la tesis de que ésta constituye un proceso ininterrumpido que tiende a acelerarse, y que es, por lo menos en lo sustancial, irreversible ⁵.

Las dimensiones que hemos tratado son aquellas reconocidas como fundamentales por expertos en el campo, y aunque el estudio de su emergencia y características básicamente se refieren a los Estados Unidos y Gran Bretaña, esta narrativa tiende a dirigir, cuando no a imponerse, al momento de estudiar otras latitudes. La medicalización concebida como un fenómeno propio de las sociedades contemporáneas, si bien con diferentes grados de desarrollo, tiene por lo menos tres consecuencias negativas: la suposición de que todos los países han de seguir los mismos derroteros, la minimización o invisibilización de sus variaciones locales, y/o el tratamiento de éstas como indicadores del subdesarrollo.

El carácter triunfalista de la metanarrativa de la medicalización ha llevado, en muchas ocasiones, a un uso acrítico de la misma que no atiende a las variaciones geográficas y culturales ni a las especificidades de los sujetos. Frente a ello, se impone la investigación de las características que adquieren los fenómenos en contextos distintos de aquellos donde se originaron los conceptos/procesos. En la siguiente sección abordaremos esta dimensión mediante el análisis de una selección de la producción reciente en América Latina.

3. EL ANÁLISIS DE LA MEDICALIZACIÓN EN AMÉRICA LATINA

Después de describir el proceso de medicalización y su conceptualización, procederemos ahora a hacer un ejercicio en el que presentamos —sin ninguna pretensión de exhaustividad— una selección de trabajos que nos permite hacer una tipología de los procesos que han sido abordados en América Latina y resaltar los que a nuestro juicio constituyen los aciertos de los análisis, así como el conocimiento sustantivo que aportan a la comprensión de los fenómenos de medicalización en la región.

Los trabajos publicados en América Latina se pueden, en una primera instancia, distinguir entre:

1. Reflexiones que podemos denominar de *apropiación conceptual*, que se caracterizan por reproducir la narrativa sobre la medicalización a un nivel muy alto de abstracción y que: a) ya sea que se limitan a introducir autores, tesis, conceptos, o bien, b) los extrapolan a la situación de la región sin que medie una investigación empírica que abone a la comprensión de las especificidades que adquieren los fenómenos medicalizadores en países con características evidentemente muy distintas de aquellos en los que se originan *tanto los procesos como las teorías y modelos* que dan cuenta de ellos.

En los trabajos que constituyen esta última clase, los textos se construyen de tal manera que, en el mejor de los casos, se corroboran deductivamente las tesis sobre la medicalización incurriendo en *sesgos verificacionistas*, es decir, procediendo como si el contexto no tuviera efecto alguno sobre su actualización, y se produce en la instanciación mimética de un proceso abstracto.

2. Estudios de caso que, contrariamente a las críticas relacionadas con la verificación (Flyvbjerg, 2004), investigan las condiciones de emergencia de los muy diversos procesos y contextos involucrados en los fenómenos, produciendo conocimiento que abona a la comprensión de las formas que éstos adquieren en la región. Estos estudios contribuyen, asimismo, al desarrollo de herramientas teóricas adecuadas a la realidad latinoamericana.

Si bien resulta evidente la pertinencia de la apropiación conceptual señalada, en la medida en que América Latina reproduce/se apropia/resignifica instituciones y prácticas originadas en lo que en el caso de la medicalización se denomina de manera genérica Occidente, dicha apropiación retrotrae a una pregunta que enfrentan las ciencias sociales de la región desde su origen, que se relaciona con los problemas de los modelos difusionistas del conocimiento y las relaciones entre lo global y lo local. ¿Hasta dónde los conceptos y tesis producidos en otros contextos —el centro— son adecuadas para la comprensión de las modalidades que adoptan los fenómenos analizados en la región? Nuestra conclusión es que si bien la apropiación teórica es deseable —y en cierta medida inescapable, dado que los procesos de los que dan cuenta los conceptos tienen su origen en contextos distintos— ésta debe seguir una lógica condicional que permita relacionar la generalidad de la teoría con las particularidades históricas.

En ese sentido, los análisis que a nuestro juicio logran adentrarse en la comprensión de los procesos que analizan, comparten las siguientes estrategias de investigación:

(i) Conciben la teoría sobre la medicalización —explícita o implícitamente— como una teoría condicional y, por lo tanto, la adoptan para la explicación de un fenómeno social particular, en el entendido de que “esta explicación debe de identificar un número de factores o condiciones que deben de pasar alguna clase de prueba contrafáctica de relevancia causal, y el efecto de su interacción debe ser tomada en cuenta de alguna manera” (Abend, 2008). Es decir, se adopta implícitamente el método de Mill descrito más adelante.

(ii) La teoría aparece en cualquier lugar del texto —como suele suceder en las investigaciones que hacen uso de metodologías cualitativas— y entonces podemos atribuirles el supuesto de que la separación teoría-evidencia constituye una ingenuidad epistémica que no requiere ser obser-

vada. A pesar de esto —y aquí radica su valor— los estudios de caso que recuperamos no reproducen la gran narrativa de la medicalización como clave explicativa. Por el contrario, encuentran particularidades, límites, contradicciones y llegan a conclusiones que niegan el sesgo verificacionista que en ocasiones se les imputa.

(iii) Tanto en los trabajos de corte histórico como los que involucran metodologías etnográficas, las explicaciones producidas ponen especial énfasis en recuperar el sentido que los actores involucrados otorgan a los procesos. A este respecto resulta importante destacar que los actores pueden tener conocimiento compartido con el observador sobre la situación que enfrentan o, por el contrario, tener una interpretación propia a la que los análisis añaden la conceptualización histórica y/o científico-social. Para decirlo en términos antropológicos, las investigaciones enlazan las conceptualizaciones *emic* (de los actores) y *etic* (de los observadores) para comprender los fenómenos y construir una narrativa explicativa, una estrategia predominante en el análisis transcultural de la salud ⁶.

(iv) Se muestra, asimismo, el interés por relacionar los eventos analizados con estructuras sociales más amplias, económicas, culturales, políticas, que se consideran condiciones —ya sea habilitadoras, ya constreñidoras— que contribuyen de manera destacada a su realización, evitando la escisión de los niveles micro-macro.

A grandes rasgos, éstos constituyen a nuestro juicio los aciertos de las estrategias de investigación adoptadas en los trabajos basados en el análisis de casos. Con relación a sus aportaciones sustantivas, encontramos, entre las más ilustrativas (sin ninguna pretensión de exhaustividad) trabajos que abonan a la comprensión de la medicalización en América Latina —es decir, que además de la comprensión del caso específico que analizan proponen tesis con un nivel más alto de generalidad— que agrupamos en cuatro rubros: (i) procesos en los que se llevan a cabo prácticas medicalizadoras de amplio alcance como parte de la biopolítica emprendida desde el Estado; (ii) condiciones que obstaculizan la instauración de la ‘mirada médica’ alentada desde el Estado; (iii) condiciones que posibilitan la coexistencia de la biomedicina con otras concepciones/ terapéuticas, y (iv) condiciones que favorecen la ampliación de la medicalización.

3.1. PROCESOS EN LOS QUE SE LLEVAN A CABO PRÁCTICAS MEDICALIZADORAS DE AMPLIO ALCANCE COMO PARTE DE LA BIOPOLÍTICA EMPRENDIDA DESDE EL ESTADO

Como atestigua la historiografía sobre la salud pública en América Latina ⁷ (Armus, 2002), la construcción de los estados nacionales estuvo acompañada de acciones en las que el desarrollo de prácticas e instituciones higienistas, primero, y biomédicas después, enlazaron las ideas de modernidad-progreso-bienestar como fundamento de los procesos medicaliza-

dores emprendidos. Como ilustración de este rubro, destacamos dos trabajos históricos:

1. Un análisis de notas periodísticas que apoyaron una campaña educativa emprendida por los médicos de Bahía, Brasil a inicios del siglo XX cuyo objetivo era medicalizar el parto. El estudio muestra ampliamente cómo el discurso periodístico promovía el establecimiento de nuevas pautas de conducta relacionadas con la maternidad en las que se establecía un estrecho vínculo entre higienismo, modernidad y civilidad. El análisis muestra claramente la relación entre las dimensiones macro o de largo aliento (el proyecto de modernización latinoamericano), meso (relacionadas con la creación de instituciones) y micro (discursos en la forma de crónicas dirigidas a un público muy específico, i.e., las clases medias de la región) (Cruz do Amaral, 2008).

2. Un artículo sobre el intento de medicalizar la sexualidad masculina mediante el combate a la sífilis que se ubica también en el inicio del siglo XX en Brasil. En este caso, a pesar de la muy importante movilización estatal emprendida —que de manera similar al caso de la maternidad pretendía desarrollar nuevas conductas en torno al cuerpo relacionadas con concepciones modernas de racionalidad y autocontrol— no prosperó en el intento de establecer políticas públicas dirigidas a la población masculina (Rohden, 2012).

Estos dos análisis históricos muestran que, tal como proponen las tesis foucaultianas sobre la medicalización, la expansión estatal vía la creación de instituciones médicas y el fomento a la interiorización de nuevas pautas de conducta son procesos complementarios. Sin embargo, también evidencian dos elementos que no necesariamente contempla esta conceptualización. Por un lado, diferencias de género que permiten al Estado incidir, o no, en la medicalización de los cuerpos de mujeres y hombres y, por otro, también resaltan un elemento que constituye una particularidad de los procesos latinoamericanos: la preocupación por la raza con el significado que ésta adquiere en la región, es decir, como parte de un proceso de largo aliento en el que a partir de la colonia se formaron identidades sociales de dominación fundadas en esta idea (Armus, 2005).

Los textos mencionados evidencian que la medicalización no es un proceso homogéneo sino que está estratificado no sólo regionalmente, sino también por condiciones de clase, género y raza (Clarke, Mamo, Fosket, Fishman y Shim, 2010).

3.2. CONDICIONES QUE OBSTACULIZAN LA INSTAURACIÓN DE LA 'MIRADA MÉDICA' ALENTADA DESDE EL ESTADO

Una de las tesis centrales sobre la medicalización es que su ampliación a diferentes ámbitos de la vida cotidiana supone, además de acciones estatales, la internalización de la 'mirada médica', mediante procesos de

subjetivación que resultan en hermenéuticas del sujeto que constituyen la otra cara de los procesos estructurales. Sin embargo, nos encontramos con trabajos en los que el abismo entre la mirada médica y otras concepciones es tal, que el avance de la medicalización encuentra grandes obstáculos, a pesar del emprendimiento de acciones institucionales. A este respecto destacamos dos trabajos:

1. Como es de esperarse, cuando prevalecen concepciones tradicionales de las enfermedades y las terapéuticas, así como la existencia misma de enfermedades no reconocidas por la biomedicina, la medicalización enfrenta fuertes resistencias. A este respecto llama la atención la pervivencia del ‘empacho’ en Cuba. Esta enfermedad se presenta en prácticamente todos los países iberoamericanos, pero su presencia en este país se vuelve particularmente interesante porque este es el que cuenta con un sistema médico que alcanza a la totalidad de la población, y en el que, además, las concepciones diferentes a la biomédica han sido frontalmente rechazadas: “el empacho como taxonomía y entidad nosológica ha sido negada e infravalorada por la biomedicina, pero también los sectores sociales y políticos de sello comunista califican esta enfermedad o su tratamiento empírico y religioso como barbaridades y supersticiones de gente ignorante” (Campos Navarro, 2009). Emergen entonces preguntas sobre las razones que explican su continuidad en este país. La explicación que se propone es que las medicinas domésticas y tradicionales permiten la autoatención, así como la eficacia y la sencillez del tratamiento, que sumadas a la amplísima utilización de estas alternativas en América Latina, su presencia será una limitante importante al avance de la medicalización impulsada desde el Estado y/o el mercado.

2. El segundo caso lo constituye un análisis de las acciones emprendidas para abatir la desnutrición infantil en un barrio que enfrenta precariedades agudizadas por la crisis económica de 2002 en Buenos Aires. En este contexto la diferencia entre las concepciones de los médicos y las de las madres de los niños mostró una ‘distancia irrevocable’. La construcción clínica del cuerpo de los primeros, su percepción en términos de talla y peso ‘normales’ y de signos de desnutrición, se enfrentaron a la negativa de las madres a aceptar que sus hijos sufrieran algún padecimiento. Esta negativa se acompañó de estrategias de restauración del orden (“siempre ha sido así”; “corre y juega como todos los demás”) que condujeron a una aceptación instrumental de las medidas del programa porque sólo la asistencia al centro de salud aseguraba el acceso a las despensas que se entregaban como parte del mismo. Sin embargo, esto no derivó en la incorporación de una ‘mirada médica’, de manera que la distancia cultural se convirtió en una frontera infranqueable para las acciones medicalizadoras emprendidas (Herkovits, 2012).

3.3. CONDICIONES QUE POSIBILITAN LA COEXISTENCIA DE LA BIOMEDICINA CON OTRAS CONCEPCIONES/ TERAPÉUTICAS

Si bien la presencia de las instituciones médicas en la región no ha dejado de ampliarse, este avance no necesariamente se ha traducido en el abandono de las medicinas tradicionales. Inclusive, “la demanda de alternativas terapéuticas ajenas en conceptos y prácticas al modelo científico biomédico” ha conducido a que las medicinas tradicionales entren en una nueva etapa en la que la relación con la medicina oficial está cambiando de manera importante (Nigeda, et al., 2001). Del rechazo que enfrentaron en el periodo de los proyectos modernizadores, hoy se encuentran en los países que componen América Latina procesos de integración, coexistencia o tolerancia que sin lugar a dudas dotan de un significado particular a la medicalización en la región, y que desautorizan las lecturas difusionistas de los saberes médicos que suponen su recepción pasiva. La coexistencia entre la biomedicina y otras concepciones supone procesos de resignificación y sincretismo que evidencian el peso del contexto particular en el que éstos se instancian.

3.4. CONDICIONES QUE FAVORECEN LA AMPLIACIÓN DE LA MEDICALIZACIÓN

Los autores que analizan los fenómenos contemporáneos de la medicalización enfatizan el hecho de que ésta abandona su ámbito tradicional de acción (la enfermedad) para adentrarse en otros, que amplía así la autoridad del discurso y la práctica médicos. A este respecto encontramos particularmente ilustrativas dos investigaciones:

1. Un análisis de las prácticas de cuidados paliativos ofrecidos a pacientes terminales en un hospital público de Buenos Aires, en el que la pregunta central es si éstos suponen un trato más humanitario o bien un avance no deseado de los procesos de medicalización. La respuesta, que atiende a la complejidad del proceso, a nuestro juicio atinadamente no hace una evaluación que responda en uno u otro sentido, sino que “plantea la imposibilidad de observar separadamente estos procesos, mostrando los cruces, tensiones y solapamientos entre prácticas tendientes a ‘humanizar’ la atención, la rutinización de esos cuidados y la medicalización del proceso de morir” (Alonso, 2013). Los cuidados paliativos si bien incorporan prácticas que en sentido estricto no son médicas, y además se orientan a “superar el reduccionismo biologicista de considerar a la persona como patología orgánica” (Alonso, 2013), permiten el desarrollo de nuevos especialistas, especialidades y prácticas, así como la organización médica del proceso, y en ese sentido, sí constituyen un avance de la medicalización. Debemos señalar que este caso evidencia la necesidad de no otorgarle *a priori* a los fenómenos una connotación negativa.

2. Un análisis de las estrategias emprendidas por miembros del movimiento de travestis y transexuales en Brasil, que es un ejemplo de cómo la

medicalización puede ser promovida por grupos que la consideran una vía para la construcción/ejercicio de su ciudadanía e identidad. En este caso, la medicalización se convirtió en una de las estrategias utilizadas por estos grupos para superar la exclusión y violencia cotidianas de que son objeto, dado que el discurso médico-psiquiátrico tiene la posibilidad de otorgarle legitimidad a estas manifestaciones de la sexualidad que por esta vía se incorporan “a la inteligibilidad de lo humano” (de Lima, 2011). Este caso ilustra cómo la medicalización no puede pensarse exclusivamente como un proceso unilateral de imposición desde las estructuras estatales y del mercado, sino que la capacidad de agencia y organización de los sujetos puede ser uno de los lugares desde los que se le promueva.

4. EPISTEMOLOGÍAS DE LA MEDICALIZACIÓN

Tras haber revisado la evolución del término ‘medicalización’ y cuáles han sido las particularidades históricas en las que el proceso así nombrado ha emergido y se ha ido modificando, así como la forma en la cual dicho término es retomado en ciertos trabajos que analizan a Latinoamérica, abordaremos ahora preguntas epistemológicas relacionadas con cómo es que se la *conoce* o, mejor dicho, cómo es que puede conocerse *exitosamente*. En otras palabras, el objetivo de esta sección es tratar de dar cuenta de cómo es que la medicalización es estudiable, de cómo se *accede epistémicamente* a la misma, de cómo es que puede ser abordada, delimitada y caracterizada como un fenómeno histórico que ocurre en cada ocasión como un hecho histórico específico y, sin embargo, aparece, asimismo, como una instancia de un proceso de alcance global que es característico de la modernidad. Esta sección pretende extraer una serie de consecuencias normativas y metodológicas que guíen futuros trabajos y que reconozcan las virtudes, así como las limitaciones, que anteriormente hemos señalado y que se hacen presentes en el estudio de la medicalización en América Latina.

Vale aquí la pena mencionar que las epistemologías de la medicalización deben ser tanto epistemologías de las *instituciones* que la generan y circulan, como epistemologías de los *discursos* que la constituyen y que median las relaciones entre expertos y legos. La necesidad de que dichas epistemologías atienda a esta doble dimensión tiene básicamente que ver con la posibilidad de que haya un desacoplamiento entre discurso e institución de tal suerte que se propaguen discursos medicalizantes más allá y sin el aval de instituciones certificadas. Esto se observa, por ejemplo, con la abundantísima literatura de autoayuda y la medicalización de internet (Illouz, 2008).

Por otro lado, es menester enfatizar ambos elementos —institución y discurso— porque los modelos explicativos que den cuenta tanto de la

historia como de la dinámica social con la que operan una y otro no necesariamente coinciden, de tal suerte que lo dicho sobre la primera sea una imagen especular de lo segundo. Esto es especialmente cierto si tomamos en cuenta la forma en la cual los discursos exhiben una capacidad de recontextualización y resignificación que muy difícilmente encontramos en el caso de instituciones que son el resultado de procesos de globalización impulsados por estructuras económicas y políticas mundiales como las farmacéuticas transnacionales, la Organización de las Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud, etc.

En todo caso, sea para una u otro, en ambas situaciones es importante dar cuenta de esta dimensión epistémica al atender a por lo menos tres elementos. Primero, las disciplinas desde las cuales se han ido gestando saberes en torno a la medicalización. Segundo, la historicidad misma de los modelos explicativos de dichas disciplinas. Y, tercero, los modelos explicativos que pretenden dar cuenta tanto de las instituciones como de los discursos que conforman a la medicalización.

4.1. LAS DISCIPLINAS

Con respecto a lo primero, es importante tener en mente que la medicalización ha sido abordada tanto por la sociología de la salud, como por la antropología médica, la filosofía, los estudios de la ciencia y la historia de la medicina. Esto resulta fundamental ya que las epistemologías de la medicalización se sitúan en el área en la cual confluyen la sociología histórica, la historia social e institucional y la filosofía del Sujeto de raigambre foucaultiana con su conocido interés en las relaciones de poder/conocimiento y los saberes como instrumentos de subjetivación.

Como resultará evidente, dicha interseccionalidad es explicable porque la medicalización es un proceso que ocurre tanto a niveles micro como macrosociológicos. Justo por ello es que resulta un sitio privilegiado para indagar las conexiones entre las políticas del Estado y las dinámicas del mercado, por un lado, con las prácticas y discursos de agentes concretos, por otro. Esta característica bifronte resulta por tanto central ya que la medicalización permite hacer inteligibles las relaciones entre la estructura y la agencia sin necesariamente caer en una sobredeterminación estructural. Esta misma dimensión bifronte es la que permite engarzar procesos de índole global con contextos locales en los cuales están situados los sujetos medicalizados. Por último, gracias a todo lo anterior es que la medicalización se coloca como un proceso en el cual puede verse al saber no sólo en una dimensión teórica sino también en su dimensión práctica, así como, y esto es quizás aún más relevante, puede verse al saber como un dispositivo de configuración de subjetividades movilizado por el poder y, sin embargo, constantemente circulado, reinterpretado y co-construido por elemen-

tos itinerantes y globalizados que se encuentran con elementos locales con los cuales habrán de engarzarse para ser socialmente funcionales.

La confluencia de elementos macro y micro configura hermenéuticas del sujeto emanadas de los saberes médicos. Dichas hermenéuticas se generan gracias a la forma en la que circulan los saberes globalizados, en tanto elemento macro, a través de redes de experticia ⁸ avaladas por los Estados y engarzadas en la lógica del mercado, para, en cada ocasión, aterrizar en contextos locales en los que deberán hacerse operativos al situarse dentro de interacciones propias de una dimensión microsociológica. Justo por ello es que es inteligible el porqué del interés de sociólogos, historiadores y filósofos. A los primeros les permite analizar las dinámicas sociales al combinar elementos macro/micro y globales/locales para dar cuenta de cómo la agencia se configura —sin disolverse— por medio de diversas estructuras. A los segundos les permite conocer las dinámicas que constituyen una fuerza histórica que va modificando las subjetividades, los saberes y las instituciones. A los terceros, por último, les permite evadir los riesgos de una filosofía trascendental que postularía procesos transhistóricos y, por esto mismo, permitiría indagar acerca de qué es el sujeto una vez que se ha admitido la historicidad del mismo. Este énfasis en la hermenéutica no debe, sin embargo, pasar por alto la forma en la cual hay espacios específicos en los cuales los discursos —y en este sentido el discurso médico es paradigmático— son investidos de *autoridad epistémica* que permite que sean tomado como verdaderos o eficaces. Thomas Gieryn (2006) ha denominado a estos sitios como *truth-spots* o “sitios-de-verdad”.

En todo caso, esta confluencia de disciplinas implica que las epistemologías de la medicalización deben ser capaces de darnos acceso epistémico tanto a: (i) sus dimensiones globales y locales, (ii) sus dimensiones macro y microsociológicas, (iii) la contribución de los elementos estructurantes como el Estado, el mercado o la institución médica, (iv) el proceso de reapropiación y co-construcción de las hermenéuticas de la medicalización para evitar, con ello, la sobredeterminación estructural que diluya la agencia de los sujetos, (v) las dimensiones no únicamente teóricas sino también prácticas del saber médico —incluyendo, claro está, la materialidad de las prácticas e instituciones—, (vi) cómo se ejerce el poder en dichas interacciones de tal suerte que cabe, por un lado, la posibilidad de una resistencia a la medicalización y, por otro, una participación activa en la cual ésta no sólo se acepta, sino que se promueve como un saber legítimo que se constituye como hegemónico por elementos que no necesariamente deben pensarse como coaccionantes de la agencia del sujeto, sino que bien pueden ser coadyuvantes de esa misma agencia y, finalmente, (vii) la historicidad misma de los elementos ya mencionados.

4.2. LA HISTORICIDAD DE LOS MODELOS

Los modelos explicativos que habrán de proveernos acceso epistémico a la medicalización también deben enfrentar una serie de retos emanados de las disciplinas con las que interactúan. Si bien en un primer momento podría parecer que hay innumerables desafíos a vencer, lo cierto es que habría una serie de puntos controversiales que serían mucho más relevantes y que pueden ser fácilmente expresados. En esta breve subsección habremos de mencionarlos para explicitar sus consecuencias en un plano epistemológico.

Para comenzar, cabe mencionar que quizás el más grande principio metodológico para cualquier epistemología de la medicalización consiste en evitar un aplanamiento geográfico y temporal del mundo que pase por alto la enorme diversidad cultural, lingüística, étnica, religiosa, y demás. El riesgo de este aplanamiento se traduce en la creación de modelos explicativos que asumen que los procesos de globalización que acompañan a la medicalización (e.g., la americanización, la modernización, etc.) ocurren siempre de la misma manera. Ello es, desde luego, una premisa cuestionable ya que pasa por alto las diferentes trayectorias históricas de cada contexto y la diversidad de sus arreglos sociales. Ignorar estos elementos puede conducir a elaborar aproximaciones miméticas que simplemente calcan los modelos generados para regiones específicas bajo el presupuesto de que éstos tienen validez universal.

Este punto tiene importantes consecuencias para una serie de debates que han plagado tanto a la sociología como a la historia. Por ejemplo, en ambas disciplinas se han cuestionado los modelos difusionistas del saber que postulan la existencia de centros productores de conocimiento y periferias receptoras del mismo (Engerman y Unger, 2009; Escobar, 2007; Safier, 2010; Secord, 2004; Sivasundaran, 2010). Con esto no busca negarse ni la existencia de procesos neocoloniales ni de asimetrías que habrán de resultar en relaciones hegemónicas en las cuales ciertos espacios de producción del saber ocupan posiciones que les permiten ejercer mucha mayor influencia.

Por el contrario, al cuestionar la noción de centro-periferia y los modelos difusionistas, lo que se rescata es tanto la agencia de las posiciones subalternas en el proceso de circulación del saber al participar activamente en la construcción de saberes hegemónicos (v. gr., al privilegiar los saberes foráneos), como la agencia de esas mismas posiciones subalternas a la hora de reapropiar y validar —de reinterpretar o, incluso, de resistir— a los saberes y mecanismos que acompañan a la medicalización.

Asimismo, esta crítica a los modelos difusionistas es lo que permite engarzar las dimensiones globales con las locales, ya que sin duda la medicalización, como se ha dicho, es parte de un proceso global que opera bajo la lógica de la *biopolítica* y que, como ya vimos, tendría que ver con la

génesis de mecanismos de gubernamentalidad centrados en poblaciones. Sin embargo, Foucault hablaba de un proceso que acompaña a la biopolítica pero que se produce en un plano individual: la *anatomopolítica* del cuerpo; este último opera sobre el sujeto al proveerle de una hermenéutica con la cual negocia las relaciones consigo mismo y con los otros. Como esperamos que pueda verse, la crítica a los modelos difusionistas y la recuperación de la agencia de los sujetos resulta fundamental para comprender cómo ocurren las relaciones entre lo global y lo local, por un lado, y entre las dinámicas macro y micro, por otro, ya que en ningún caso puede pensarse que la relación entre lo global y lo local es de índole tipo/instancia (*type/token*) en la cual cada contexto local es simplemente una instanciación mimética de un proceso abstracto. De igual forma, tampoco puede pensarse que la relación entre los procesos macro y microsociales es de índole puramente agregativa.

Por último, al resistir el aplanamiento geográfico y temporal del mundo se rescata la agencia de los sujetos y con ello se evita el riesgo de caer en una sobredeterminación sociológica o histórica que postule la existencia de un saber omnipotente. Gracias a lo anterior es que evita postular modelos explicativos que trivializan la complejidad desde la cual los sujetos confrontan el mundo.

Así, creemos que toda epistemología de la medicalización que pretenda ser exitosa debe: (i) evitar un aplanamiento geográfico y temporal del mundo, (ii) evitar postular la existencia de centros activos y periferias pasivas, (iii) evitar postular modelos difusionistas que pasen por alto los procesos de circulación, reapropiación, validación o rechazo y resistencia de los saberes, (iv) evitar postular las dimensiones globales y locales, o las dimensiones macro y micro, como niveles analíticos desvinculados y autónomos, (v) evitar postular una relación entre las dimensiones globales y locales que sea caracterizable como una instanciación mimética de un proceso abstracto, (vi) evitar concebir a los niveles macro como un agregado de los niveles micro y, finalmente, (vii) resistir la tentación de transhistorizar a la medicalización de tal suerte que se pase por alto la miríada de mecanismos de operación que hacen de ésta un proceso claramente asociado a la modernidad americanizada.

4.3. LOS MODELOS EXPLICATIVOS

Hemos postulado que los modelos explicativos de la medicalización deben proveernos acceso epistémico a un conjunto de elementos al respetar una serie de constreñimientos que aseguran que no se produzcan explicaciones que o bien trivializan o bien desdibujan la complejidad histórica y social de la medicalización. La pregunta clave es, desde luego, qué modelos pueden satisfacer ambas exigencias. Sin ánimos de pretender ser exhaustivos, creemos que lo ya dicho tiene una serie de consecuencias

acerca de, por un lado, la forma en la cual se construyen las relaciones *teoría-evidencia* y, por otro, cuál habrá de ser la *estructura explicativa* capaz de dar cuenta de las mencionadas exigencias. Una vez tratados estos puntos, esta subsección se dedicará a abordar la pregunta de por qué dicha estructura explicativa posee de hecho la capacidad de brindar un acceso epistémico a los puntos de interés.

Con respecto a lo primero, las relaciones teoría-evidencia, todo parece indicar que aquí resulta inoperante una distinción tajante entre lo que ha de concebirse como *teórico* y lo que ha de concebirse como *evidencial*; esto es, aquí no resulta aplicable una distinción radical como la que puede hallarse en la sociología anglosajona en el grueso de la investigación cuantitativa (Abend y Franco Toriz, 2007). La razón por la cual esto es así tiene que ver justamente con la importancia de evitar el aplanamiento geográfico y temporal del que ya se ha hablado, i.e., con la importancia de rescatar la especificidad de cada caso evitando los males de la mimesis explicativa o de la construcción únicamente anecdótica de cómo se dio cierto proceso concreto de medicalización.

Es por ello que será menester reconocer que cada proceso de medicalización ocurre en condiciones específicas que hacen imposible postular una teoría ⁹ en la que puedan distinguirse diversos mecanismos sociales en abstracto que darían lugar a diversos escenarios de medicalización, igualmente en abstracto. Por el contrario, evitar este riesgo de una instanciación mimética demanda atender a los procesos de medicalización por medio de estudios de caso en los cuales se va adaptando y construyendo a un recuento teórico mientras se indaga en las condiciones específicas de dicho caso. Esto, como esperamos que pueda verse, no implica la inexistencia de elementos analíticos, aunque sí la imposibilidad de demarcar radicalmente entre éstos y los datos empíricos (Flyvbjerg, 2004; Ragin y Becker, 1992).

Dado lo anterior, si la medicalización ha de estudiarse ante todo por medio de técnicas cualitativas centradas en la construcción de estudios de caso, cabe entonces la pregunta de qué tipo de estructura se adecua a dicho enfoque. Creemos, tras consultar la literatura relevante, que las *explicaciones narrativas* resultan las más útiles dentro de las diversas posibilidades disponibles para los estudios cualitativos con muestras poco numerosas (Abell, 2004; Griffin, 1993).

Es la estructura explicativa de la narración la que permite de la forma más eficaz construir una serie de elementos analíticos que dan sentido a los datos empíricos. Igualmente, es esta estructura la que mejor rescata la agencia de los múltiples actores y, con ello, cómo es que se van engarzando los diversos niveles y marcos de análisis. Por último, la ventaja del enfoque narrativo al analizar el estudio de caso es que permite una aproximación en la que otras narrativas pueden servir de heurísticas al proveer una analogía que, sin embargo, puede ser explorada y re-narrada una y otra

vez a la luz de la especificidad de la situación. Con ello se esperaría que al final emerja una narrativa completamente novedosa y en la cual es el propio estudio de caso el que guía cómo habremos de relacionar los diversos elementos analíticos.

Finalmente, si esto ha de brindarnos el acceso epistémico buscado, ello se debe a dos elementos que están implícitos en los estudios de caso que emplean explicaciones narrativas. Primero, al desplegar narrativamente situaciones de coyuntura en las cuales los agentes deben posicionarse en función de las opciones presentes en su mundo, es que se hace posible rescatar las dimensiones tanto hermenéuticas que fundamentan su agencia, como las dimensiones estructurales y espaciales que la constriñen. Ello ha llegado a expresarse al señalar la existencia de una dimensión *contra-factual* en la coyuntura, ya que es en ésta en la que se presentan distintas opciones de acción que pueden conducir a diversas situaciones; explicar cómo es que dichas opciones se hacen presentes para el agente permite analizar cómo se entrelazan los diversos elementos para configurar una subjetividad concreta (Paige, 1999).

Segundo y último, las explicaciones narrativas emplean implícitamente el *método de Mill*, que suele usarse en estudios de caso con muestras pequeñas (Ragin y Becker, 1992). Dicho método, también denominado “de semejanzas y diferencias”, consiste en señalar a los elementos comunes que están presentes en diversos casos como los responsables de las consecuencias o efectos igualmente comunes. Asimismo, este método señala a los elementos diferentes como los responsables de las consecuencias o efectos específicos para aquellos casos que exhiben dicha diferencia. En todo caso, el método de Mill concibe a la explicación como de índole causal, en la que la causalidad se piensa como un elemento diferenciador —*difference maker*— que justamente generaría patrones recurrentes en los cuales una misma causa genera efectos semejantes mientras que la operación de diversas causas produciría efectos diferentes.

La explicación narrativa invoca esta concepción, al menos de forma tácita, ya que una narrativa siempre se elabora tomando a otra (u otras) como punto de partida. Además, precisamente por la capacidad de reestructurar un relato, dicha narrativa permite una mayor flexibilidad en la que se pueden expresar tanto los elementos diferenciadores del estudio de caso como sus elementos comunes con otros. Es por ello, sostenemos, que las epistemologías de la medicalización han favorecido aproximaciones narrativas.

5. CONCLUSIONES

La primera mitad del siglo XX fue testigo del auge de las teorías de la modernización y aquellas sobre la difusión del conocimiento científico. En

ambos casos se preveía una convergencia entre los procesos modernos originarios y aquellos que se emprendieron en otras regiones del mundo, y podemos afirmar que la narrativa triunfante de la medicalización constituye una actualización de estas teorías en la medida en que supone que en América Latina se reproducen los fenómenos analizados en Europa y Estados Unidos. Esto, con independencia de que a diferencia de las teorías de la modernización y las difusionistas, la apropiación conceptual a la que nos hemos referido en el caso de la medicalización adopte, en muchas ocasiones, una posición crítica frente a los procesos (lo que se convierte en una clave para explicar la fuerte influencia que han tenido —y siguen teniendo— las tesis foucaultianas sobre la biopolítica en los trabajos de la región) (Murguía, et al., en prensa).

Una primera consideración para evitar las trampas del difusionismo es reconocer que la historia de las sociedades en las que se han llevado a cabo proyectos de modernización ha dado lugar a una diversidad de resultados que desmienten las hipótesis sobre la convergencia. Este reconocimiento ha dado paso durante las últimas décadas a la reflexión sobre las múltiples modernidades que conviven en el mundo contemporáneo. La tesis central sobre las modernidades múltiples sostiene que:

La apropiación, por parte de sociedades no occidentales de patrones institucionales y temas específicos pertenecientes a la civilización occidental moderna supuso una continua selección, reinterpretación y reformulación de las ideas importadas. Esto se tradujo en una innovación continua y la emergencia de nuevos programas culturales y de políticas en las que aparecen nuevas ideologías y patrones culturales ¹⁰ (Eisenstadt, 2000).

Sin lugar a dudas, este ha sido el caso en América Latina, en donde a pesar del recurrente *bias hacia la modernidad* que ha caracterizado a sus élites desde la independencia hasta nuestros días, los proyectos de modernización emprendidos se han subordinado a las pautas sociales preexistentes, y por supuesto esta es la primera condición a tomar en cuenta en el estudio de los procesos de medicalización en la región, ya que estas condiciones constituyen un patrón distintivo, que si bien no determina los resultados, estructura las situaciones de manera sistemática (Whitehead, 2002), y por tanto, su consideración permite evitar el aplanamiento geográfico y temporal al que hemos aludido.

En este sentido, si bien la institucionalización de la medicina occidental en América Latina la han llevado a cabo élites políticas, económicas y profesionales que sin lugar a dudas han mostrado en muy diversos proyectos y discursos el *bias* a la modernidad señalado, lo han hecho *desde arriba y desde fuera* (*from above and without*) (Whitehead, 2002), como ilustran los casos que destacamos con relación a las acciones emprendidas para la

creación de instituciones y el impulso a la adopción de prácticas medicalizadoras por parte de la población. Si consideramos que estas acciones se llevan a cabo en contextos de regímenes políticos con grados de institucionalización muy diversos y en muchas ocasiones, frágiles (Murguía, 2014), los resultados deben de ser también muy diversos, y tendrían que conducir a una cualificación de las tesis sobre la biopolítica para analizar los procesos de medicalización en la región.

En el mismo sentido, los análisis, tanto sobre los obstáculos culturales que ha enfrentado la instauración de la mirada médica en algunos contextos —incluido el cubano, en donde la institucionalización de la biomedicina es fuerte— como los que muestran su coexistencia con otras concepciones, confirman la hipótesis de que las creencias que supone el modelo biomédico son seleccionadas/reinterpretadas/reformuladas por poblaciones con saberes y prácticas locales que condicionan de maneras diversas su recepción.

Finalmente, una consideración ineludible en el caso de América Latina es la muy alta polarización social a la que han dado lugar los procesos de modernización. Esta polarización condiciona los procesos de medicalización en dos sentidos importantes. Por un lado, el acceso a los servicios de salud (ya sea públicos o privados) está profundamente estratificada, de manera que coexisten en la región poblaciones que carecen de servicios elementales con procesos de ampliación de la medicalización, como ilustra el caso de los cuidados paliativos.

Por otro lado, la polarización social se traduce, en términos de la sociedad civil, en el desarrollo de dos polos: “una sociedad civil fuerte muy parecida a la de las democracias establecidas, y una marginal, susceptible al clientelismo, la cooptación y en algunos casos la coerción” (Waisman, 2002). A este respecto, como ilustra el caso de la apropiación del discurso médico por parte de algunos militantes del movimiento de travestis y transexuales en Brasil, la medicalización se puede convertir en un medio para la construcción de ciudadanía en el polo de la sociedad que se moviliza de maneras similares a las de los países con democracias consolidadas.

De manera que del primer acercamiento a la producción latinoamericana sobre la medicalización podemos concluir, en una primera instancia, la necesidad de: i) ubicar los fenómenos analizados en el contexto de las especificidades que ha adquirido la modernidad en la región, lo que permite relacionar de manera adecuada las dimensiones globales con las locales; ii) en relación directa con el punto anterior, analizar las maneras en que las estructuras estatales, de mercado y de la institución médica condicionan los procesos medicalizadores, y iii) relacionar los procesos macro con la apropiación que de la práctica y el discurso médico hacen los actores involucrados en los fenómenos analizados. Al hacer esto, entran

en escena condiciones diversas: desde la pervivencia de medicinas tradicionales y su vinculación con la modelo occidental; las formas en que la polarización social latinoamericana condiciona el avance de los procesos; la apropiación de algunos sectores de discursos y prácticas similares a las de los contextos en que se originaron.

Estos requerimientos conducen, por un lado, a que la adopción fructífera de las teorías y modelos sobre la medicalización reconozcan tanto su historicidad como su carácter de teorías condicionales y, por otro, a la necesidad de producir análisis de caso que permitan adentrarse en el conocimiento de las múltiples facetas de este complejo proceso en América Latina.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es uno de los resultados del proyecto PAPIIT IN 305513-3, *La medicalización en México. Primer acercamiento teórico empírico*. Los autores agradecen a los miembros del seminario del proyecto la discusión de las ideas aquí desarrolladas. Asimismo, agradecemos los comentarios de dos revisores anónimos cuyas observaciones ayudaron a mejorar la calidad del presente texto.

- 1 La búsqueda de los trabajos abarcó las siguientes etapas: 1) Se elaboró una búsqueda general con el buscador de Google (www.google.com) con los siguientes descriptores: 'medicalización + pdf', 'medicalización + América Latina' y 'medicalización + latinoamérica'. El objetivo de este primer acercamiento fue identificar las revistas y las plataformas cuyos contenidos son los más pertinentes para nuestra investigación. Debemos resaltar que al ser una 'búsqueda piloto' ésta no se ejecutó de manera sistemática. 2) A partir de los resultados de la 'búsqueda piloto', se seleccionaron cinco bases: Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; Scientific Electronic Library Online; Proquest; Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades; y Jstor. 3) Tomando 'medicalización' como descriptor, se buscaron artículos en estas bases entre los meses de marzo y septiembre de 2013. Es importante resaltar que en el caso de Proquest y Jstor el descriptor tuvo que ser modificado pues los resultados no fueron satisfactorios. En el caso de Proquest, no se encontraron entradas bajo este descriptor. En Jstor, los resultados no eran relevantes para nuestra búsqueda al no cumplir con los criterios preestablecidos (ver etapa 3). Por lo tanto, se utilizó 'medicalization' cruzada por 'LatinAmerica' para excluir todos los trabajos que no se ocupan de la región de nuestro interés. 4) Se elaboró una base en Excel para hacer un seguimiento de la búsqueda, señalando la fecha de captura y la base donde se encontraron los trabajos. Es importante notar que los criterios establecidos para seleccionar y capturar dichos trabajos fueron los siguientes: a) El o la autora es de origen latinoamericano y/o el trabajo en cuestión aborda temas de América Latina y/o problemáticas presentes en dicha región. b) El texto es un artículo publicado, un libro o una reseña de libro. No se capturaron tesis. c) La palabra medicalización aparece en i. el título del trabajo y/o, ii. el resumen del trabajo y/o, iii. las palabras claves señaladas por el trabajo y/o, iv. el texto repetitivamente, o bien, la presentación de este concepto tiene un peso significativo para la discusión planteada por el o la autora en su trabajo. Así pues, textos que hacían alusión a la 'medicalización' de manera breve y descriptiva no fueron tomados en cuenta. Debemos aclarar que la revisión de los resultados arrojados por los buscadores no fue exhaustiva cuando dichos resultados rebasaron la cantidad de 100 (como fue el caso de las plataformas de Jstor, Proquest y Redalyc). En estos casos, se revisaron los resultados hasta que paulatinamente dejaron de ser pertinentes para la búsqueda (dejaban de cumplir con los criterios de la etapa 3). En el caso de Redalyc, se suspendió la revisión a partir de la entrada # 800, en Jstor en el #200, y en Proquest en el #120.
- 2 Actualmente existe un debate entre Peter Conrad y Adele Clarke y otros, sobre si existe una tercera etapa en el proceso de medicalización; Clarke y otros denominan a esta tercera etapa 'biomedicalización'. Dado que nuestro propósito en este texto es caracterizar el proceso en términos generales obviaremos esta discusión que merece una reflexión pormenorizada. Para más información véase Conrad (2013) y Clarke, Mamo, Fishman y Shim (2010).
- 3 Conrad citando a Angell sostiene que en 1999 la industria que obtuvo en mayor nivel de ganancias en los Estados Unidos fue la farmacéutica. Conrad y Leiter, 2004; p. 161.
- 4 Como ejemplos de optimización tenemos las operaciones de cirugía estética, los tratamientos dirigidos a la conservación de la salud y la juventud, y la utilización de fármacos que inciden en el supuesto mejoramiento de capaci-

- dades cognitivas (Conrad, 2005, 2007). Por su parte, las mujeres de sectores y países empobrecidos se ven sometidas a un uso más intensivo de cesáreas, oxitocina y episiotomías. Véase Buekens (2001).
- 5 En este último punto se dan debates sobre si los fenómenos de desmedicalización de ciertos procesos son indicativos de que la medicalización ha topado ya con sus propios límites. Véase Ballard y Elston (2005) y Conrad (2007).
 - 6 Este punto resulta particularmente relevante —como difícilmente podría ser de otra manera— en el abordaje del encuentro entre la biomedicina y las medicinas y terapéuticas tradicionales.
 - 7 Sin lugar a dudas, en América Latina la historia de la salud pública constituye el campo mejor trabajado aunque no necesariamente todos los trabajos se cruzan con el tema de la medicalización.
 - 8 Collins y Evans, (2007) ofrecen un análisis sociológico por demás interesante acerca de cómo se dan los procesos de validación de las experticias.
 - 9 El término ‘teoría’ remite aquí a su acepción más clásica, i.e., la concepción sintáctica emanada del empirismo lógico (véase Salmon [2006]); véase también Abend (2008). Sin embargo, formulaciones más modernas como las emanadas de las así llamadas concepciones semánticas podrían ser incorporadas a nuestro argumento sin mayor problema. En cualquier caso, lo que aquí se rechaza es la posibilidad de construir *modelos teóricos*, por un lado, y *modelos de datos*, por otro —sean los primeros formulables a través de enunciados (formulación sintáctica) o de estructuras matemáticas (formulación semántica)— para luego conectarse ya sea a través de *principios puente* (formulación sintáctica) o de relaciones de *homomorfismo* o *isomorfismo* (formulación semántica). Creemos que ambas acepciones serán anatema en aquellas áreas de las ciencias sociales en las cuales la atención a los procesos hermenéuticos de los sujetos sociales juegue un papel importante ya que la capacidad de los sujetos para crear mundos —en el sentido de Geertz—, es decir, marcos de significación que guían la acción, hará imposible la aplicación de un concepto teórico abstracto so pena de pasar por alto cómo los sujetos se apropian y co-construyen los términos que le dan sentido a su mundo.
 - 10 “The appropriation by non-Western societies of specific themes and institutional patterns of the original Western modern civilization societies entailed the continuous selection, reinterpretation and reformulation of these imported ideas. These brought about continued innovation, with new cultural and political programs emerging, exhibiting new ideologies and institutional patterns” (Eisenstadt, 2000).

BIBLIOGRAFÍA

- Abell, P., (2004), "Narrative explanation: an alternative to variable-centered explanation?" *Annual Review of Sociology* 30: 287-310.
- Abend, G. (2008), "The meaning of theory," *Sociological Theory* 26(2): 1173-199.
- Abend, G. y Franco Toriz, G. (2007), "Estilos de pensamientos sociológico: sociologías, epistemologías y la búsqueda de la Verdad en México y Estados Unidos", *Estudios Sociológicos* 25(75): 573-637.
- Alonso, J.P. (2013), "Cuidados paliativos: entre la humanización y la medicalización del final de la vida," *Ciência & Saúde Coletiva* 18(9): 2541- 48.
- Armus, D. (2002), "La enfermedad en la historiografía de América Latina moderna," *Asclepio* 54(2): 41- 60.
- Armus, D. (2005), "Legados y tendencias en la historiografía sobre la enfermedad en la América Latina moderna," en D. Armus (ed.), *Avatares de la medicalización en América Latina (1870 -1970)* (p. 13-40), Buenos Aires: Lugar.
- Bajoit, G. (2009), "La tiranía del 'Gran ISA'", *Cultura y Representaciones Sociales* 3(6): 11.
- Ballard, K. y Elston, M.A. (2005), "Medicalisation: a multi-dimensional concept," *Social Theory & Health* 3: 228-41.
- Bell, E. y Figert, A. E. (2012), "Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways and forward," *Social Science & Medicine* 75: 775- 83.
- Broom, D. H. y Woodward, R. V. (1996), "Medicalization reconsidered: toward a collaborative approach to care," *Sociology of Health & Illness* 18(3): 357- 78.
- Buekens, P. (2001), "Over-medicalization of maternal care in developing countries," *Studies in Health Service Organization and Policy* 17: 191-202.
- Campos Navarro, R. (2009), "El empacho en Cuba: Aproximación histórica documental desde 1821 hasta 2009," *Cuicuilco* 16(46): 71-96.
- Castro, R. (2010), *El vocabulario de Michel Foucault: un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*, Buenos Aires: Prometeo.
- Clarke, A. E., Mamo, L., Fosket, J. R., Fishman, J. R. y Shim, J.K. (Eds.), (2010), *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S.*, Durham: Duke University Press.
- Collins, H. y Evans, R. (2007), *Rethinking Expertise*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Conrad, P. (2005), "The shifting engines of medicalization," *Journal of Health and Social Behaviour* 46: 3-14.
- Conrad, P. (2007), *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Conrad, P. (2013), "Medicalization: changing contours, characteristics and contexts," en W.C. Cockerham (Ed.), *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory* (p. 195-214), Nueva York: Springer.
- Conrad, P. y Leiter, V. (2004), "Medicalization, markets and consumers". *Journal of Health and Social Behaviour* 45(Extra Issue): 158-76.
- Conrad, P. y Schneider, J. W. (1992), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Filadelfia: Temple University Press.
- Cruz do Amaral, M. (2008), "Mulheres, imprensa e higiene: a medicalização do parto na Bahia (1910-1927)", *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 15(4): 127-44.

- de Lima Carvalho, M. F. (2011), "A (im)possível pureza: medicalização e militância na experiência de travestis e transexuais," *Sexualidad, Salud y Sociedad* 8: 36-62.
- Davis, J.E. (2006), "Medicalization, social control and the relief of suffering," en Cockerham William C. (ed.) *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, West Sussex: Blackwell Publishing Ltd.
- Davis, J.E. (2010), "How medicalization lost its way," *Social Science and Modern Society* 43 (6).
- Eisenstadt, S. N. (2000), "Multiple modernities," *Daedalus* 129(1): 1- 29.
- Engerman, D. y Unger, C. (2009), "Introduction: towards a global history of modernization," *Diplomatic History* 33(3): 375-385.
- Escobar, A. (2007), *La invención del Tercer Mundo. Construcción y deconstrucción del desarrollo*, Caracas: Fundación Editorial el Perro y la Rana.
- Flyvbjerg, B. (2004), "Cinco malentendidos acerca de la investigación con estudios de caso", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* 106(4): 33-62.
- Freidson, E. (1978), *La profesión médica: un estudio de sociología del conocimiento aplicado*, Barcelona: Península.
- Foucault, M. (2007), *Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France (1978-1979)*, Buenos Aires: Fondo de Cultura Económico.
- Gieryn, T. F. (2006), *Truth-Spots. Herman B Wells Distinguished Lecture of the Institute and Society for Advanced Study given on October, 14, 2005*, Bloomington: Indiana University Press.
- Griffin, L. (1993), "Narrative, event-structure analysis, and causal interpretation in historical sociology," *American Journal of Sociology* 98(5): 1094-133.
- Herkovits, D. (2012), "Las fronteras de la medicalización: tensiones en torno a la identificación y valoración de la desnutrición infantil en un centro de atención primaria de la Ciudad de Buenos Aires," *Ciência & Saúde Coletiva* 17(9): 2543-51.
- Illich, I. (1975), *Nemesis médica: La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- Illouz, E. (2008). *Saving the Modern Soul. Therapy, Emotions, and Culture of Self-Help*, Londres University of California Press.
- Maturo, A. (2012), "Medicalization: current concepts and future directions in a bionic society," *Mens Sana Monographs* 10(1): 122-33.
- Murguía, A. (2014), "Experticia y democracia en América Latina," en P. Kreimer, H. Vessuri, L. Velho y A. Arrellano (Eds.), *Perspectivas Latinoamericanas en el estudio social de la ciencia, la tecnología y la sociedad* (p. 399-401), México: Cyted-Eocite-foro consultivo científico y tecnológico-siglo XXI.
- Murguía, A., Ordorika, T. y Lendo, L. F. (en prensa), "El estudio de los procesos de medicalización en América Latina," *Manginhos. História, Ciência y Saúde*.
- Nigeda, G., Mora-Flores, G., Aldama-López, S. y Orozco-Nuñez, E. (2001), "La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre la regulación y la tolerancia," *Salud Pública de México* 43(1).
- Paige, J. (1999). "Conjuncture, comparison, and conditional theory in macro-social inquiry," *American Journal of Sociology* 105(3): 781-800.
- Parsons, T. (1951), *The Social System*, Glencoe: The Free Press.
- Ragin, C. y Becker, H. (1992), *What is a Case? Exploring the Foundations of Social Inquiry*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Riska, E. (2010), "Gender and medicalization and biomedicalization," en A. E. Clarke, L. Mamo, J. R. Fosket, J. R. Fishman y J. K. Shim (Eds.), *Biomedicalization. Technoscience, Health and Illness in the U.S.* (p. 104- 70.), Durham: Duke University Press.

- Rochel de Camargo, K. (2013), "Medicalization, pharmaceuticalization, and health imperialism," *Cad. Saúde Pública* 29(5): 844- 46.
- Rohden, F. (2012), "Capturados pelo sexo: a medicalização de sexualidade masculina em dois momentos," *Ciência & Saúde Coletiva* 17(10): 2645-54.
- Rose, N. (2005), "Biological citizenship," en A. Ong y S. J. Collier (Eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics and Ethics as Anthropological Problems* (p. 439-63), Oxford: Blackwell.
- Rose, N. (2006), "Disorders without borders? The expanding scope of psychiatric practice," *BioSocieties* 1(4): 465- 84.
- Rose, N. (2007), "Beyond medicalisation," *The Lancet*, 369(9562), 700-2.
- Safier, N. (2010), "Global knowledge on the move. Itineraries, Amerindian narratives, and deep histories of science," *Isis* 101(1): 133- 45.
- Salmon, W. (2006), *Four Decades of Scientific Explanation*, Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.
- Secord, J. (2004), "Knowledge in transit," *Isis* 95(4): 654-72.
- Sivasundaran, S. (2010), "Sciences and the global. On methods, questions and theory," *Isis* 101(1): 146-58.
- Waisman, C. (2002), "The multiple modernities argument and the Americas," en L. Roniger y C. Waisman (Eds.), *Globality and Multiple Modernities. Comparative North American and Latin American Perspectives* (p. 112), Brighton: Sussex Academic Press.
- Whitehead, L. (2002), "Latin America as a mausoleum of modernities," En L. Roniger y C. H. Waisman (Eds.), *Globality and Multiple Modernities. Comparative North American and Latin American Perspectives* (p. 29-65), Brighton: Sussex Academic Press.
- Williams, S., Gabe, J. y Davis, P. (2009), *Pharmaceuticals and Society. Critical Discourses and Debates*, West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Williams, S., Gabe, J. y Martin, P. (2012), "Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: a commentary on Bell and Figert," *Social Science & Medicine* 75: 2129- 30.
- Zola, I. (1972), "Medicine as an institution of social control", *Soc. Rev.* 20 (4): 487-504.
- Zorzaneli, R., Ortega, F., BeniltonBezerra, J. (2014), "Um panorama sobre as variações em torno do conceito de medicalização entre 1950-2010," *Ciência&SaúdeColetiva* 19 (6): 1859-1868.