



El encuadre de la enfermedad y las pautas sociales de la salud

ROBERT ARONOWITZ

Departamento de Historia y Sociología de la Ciencia, Universidad de Pennsylvania.

Introducción

Los médicos, investigadores y funcionarios han redescubierto los determinantes sociales de la salud y las desigualdades sanitarias en Estados Unidos y otros países modernos e industrializados. Paralelamente han surgido nuevas disciplinas –entre las que destacan la epidemiología social y la salud de poblaciones–, cuya definición central es la de *no ser epidemiologías de factor de riesgo y la de rechazar el énfasis en las prácticas sanitarias centradas en los individuos*. Estos campos reconfigurados aspiran a encontrar nuevas maneras de mejorar la salud de la sociedad que no sean las de suministrar servicios de salud, influyendo por ejemplo en las políticas sociales y económicas, la comunicación de masas y el entorno existente.

Un tema polémico a la hora de establecer este paradigma emergente es el mecanismo mediante el cual los factores sociales de la salud y la enfermedad desembocan en los cuerpos de los individuos. Frecuentemente, el lema es “¿cómo entra la cultura bajo la piel?” Casi todo el mundo reconoce que la conducta individual, la exposición al medio ambiente y el acceso diferencial a la salud tienen que ver, pero lo que estos nuevos campos quieren entender –e influir en ellos– son los factores *contextuales* “por encima” del individuo. Especialmente, dos amplias concepciones causales han surgido y destacado en los debates sobre las consecuencias para la salud de la desigualdad del ingreso. Una de ellas se centra en los mecanismos materiales en el transcurso de la vida –como la disponibilidad y la calidad de las escuelas, la casa y el cuidado de la salud (Lynch, Davey Smith, Kaplan y House, 2000). La concepción rival enfatiza el importante papel de mecanismos psicosociales como la percepción de la propia posición en la escala socioeconómica, en la conformación de la salud social (Wilkinson, 1996).

Quienes proponen el enfoque psicosocial apuntan a la investigación sobre el estrés y las enfermedades cardíacas, así como al papel que juega el ingreso relativo, no sólo el absoluto, en los resultados de salud.

Quiero abogar por un tercer marco etiológico amplio para entender las pautas sociales de la salud y la enfermedad. Éstas son las formas en que las sociedades por lo general reconocen, definen, nombran y clasifican los estados de enfermedad y los atribuyen a una causa o grupo de causas, dando como resultado la salud de los individuos y las poblaciones. Estas ideas y prácticas *de encuadre* pueden tener efectos profundos, al influir en la conducta de los individuos y los grupos, las prácticas clínicas y de salud pública y las respuestas de la sociedad a los problemas de salud. Muchos de estos caminos causales quedan, a menudo, sin ser abarcados en los estudios epidemiológicos estándar, pero se catalogan como tendencias o factores desconocidos más que como causas o influencias intermedias. Esta desestimación tiene sentido si asumimos, como hace la mayoría de los investigadores de salud, que la variación social e histórica en las creencias sobre salud, las prácticas de diagnóstico y los problemas que son medicalizados, son meros epifenómenos en relación con el estatus “real” de salud. Pero a continuación argumentaré por qué estos fenómenos de encuadre son a veces los verdaderos mecanismos mediante los cuales surgen los patrones sociales de salud y enfermedad.

Uso *encuadre* de manera un tanto eufemística, en lugar de aquello a lo que se alude a menudo como la construcción social de la enfermedad (Rosenberg, 1972). Esta utilización puede evitar unas cuantas connotaciones no deseadas que a veces se asocian con los argumentos construccionistas –un estilo de relativismo anticuado, una falta de sentido común y una oposición por reflejo a la biome-



dicina. En los recientes estudios socio-históricos no sólo ha habido cambios terminológicos, sino también un cambio sustantivo en los estudios de caso, desde categorías de diagnóstico obviamente dudosas (p. e., la homosexualidad como enfermedad en la nosología psiquiátrica) hasta la investigación más compleja y sistemática sobre las categorías y clasificaciones médicas normativas (cáncer, enfermedades cardíacas, etc.). Aunque no hay inconsistencia entre atribuir un papel causal a los fenómenos de encuadre y hacer lo mismo con los materialistas y psicosociales, rara vez se combinan y a menudo se clasifican por disciplina (p. e., los historiadores se centran en los fenómenos de encuadre, mientras que los epidemiólogos sociales lo hacen en los materialistas y psicosociales). Aun así, el conocimiento y los descubrimientos almacenados en estos silos diferentes podrían probablemente tomar unos de otros, dando como resultado versiones más completas de las pautas sociales de la salud.

A continuación examino un rango de mecanismos de encuadre y considero la plausibilidad de entenderlos como etiológicos en las pautas sociales de la salud. Algunos de estos ejemplos fueron tomados de la literatura epidemiológica. De manera típica, los investigadores exploraron las asociaciones que hasta la fecha se comprenden en términos materiales o psicosociales, pero que después de un análisis adicional más sutil probaron explicarse mejor como enfoques de informe y selección, desclasificaciones, mala comprensión de criterios de diagnósticos cambiados y pautas para el cambio de la verdadera enfermedad o representaciones de eficacia confusas.

Otros ejemplos provienen de las ciencias sociales. La consideración del fenómeno de encuadre en la enfermedad tiene una larga trayectoria dentro de la historia médica, la sociología y la antropología, aunque con etiquetas diferentes, cada una con sus propios (y a menudo refutados) alcances y connotaciones –construcción social, medicalización, etiquetamiento y otros. En mucha menor medida se reconoce, especialmente en el campo emergente de la salud y las políticas de atención aplicadas a las disparidades de salud, que los fenómenos de encuadre 1) en su conjunto representan un mecanismo que provoca o media en algunos de los patrones sociales o temporales de la salud y la en-

fermedad en los Estados Unidos contemporáneos y 2) que gran parte de la evidencia del “encuadre como mecanismo” está ante nuestros ojos en la literatura médica y epidemiológica y aún no se reconoce como tal, en gran medida porque desde la perspectiva de la racionalidad médica y de salud pública corriente, estos fenómenos son obstáculos y distracciones para la comprensión de los “verdaderos” mecanismos causales.

Si bien evoco “cómo entra la cultura bajo la piel” para situar mi argumento sobre el encuadre como mecanismo, lo hago sólo porque es el lema que los epidemiólogos y los médicos usan comúnmente para hacer un mapa de las condiciones sociales de los fenómenos biológicos. Los epidemiólogos y los médicos usan este lema porque no pueden definir con precisión o ni siquiera vagamente la interfase que desean atrapar por medio de la intuición –exactamente qué se encuentra dentro y fuera del cuerpo de la cultura, o qué es y qué no es cultura. En otras palabras, estoy utilizando un término de referencia existente y problemático. Aún así, al argumentar a favor de la inclusión del fenómeno del encuadre quiero desafiar los prejuicios comunes y pobremente articulados de la medicina y la epidemiología sobre la localización de esta interfase cultura/cuerpo. De nuevo, éste no es de ninguna manera un desafío único, pero espero contribuir al campo de la salud de población que se encuentra en vías de expansión, utilizando los hallazgos de la literatura médica y epidemiológica, así como de las ciencias sociales interpretativas, que no son triviales en sus alcances e implicaciones, y que no se limitan a condiciones de salud dudosas.

Si bien destacaré algunas creencias, normas lingüísticas y clasificatorias, y dinámicas sociales no siempre entendidas en términos etiológicos, éstas no son adelantos de un nuevo modelo conceptual. La creciente literatura sobre los determinantes sociales de la salud no necesita otra “ensalada de flechas” en la que todo es causa de todo lo demás.² Quiero centrarme en unos pocos caminos identificables porque la sola complejidad de los modelos multicausales y de múltiples niveles puede usarse y ha sido usada como pretexto para abandonar las intervenciones sanitarias basadas en la población, ya que sus críticos argumentan que es muy difícil imaginar puntos de influencia sensibles y efectivos (Farmer, 1999; Tesh, 1988).



Encuadre social y estructural de los diagnósticos

Se ha observado ampliamente en Estados Unidos que las tasas de incidencia, mortandad y hospitalización por asma han estado aumentando y que estas tendencias empeoran dramáticamente en el caso de las minorías urbanas pobres y las étnicas. Por lo general, los científicos biomédicos y sociales han buscado explicaciones en el micro-medio ambiente (p. e., los ácaros del polvo y las cucarachas) y psicobiológicas (formulaciones del estrés con los mecanismos de inmunidad). Aún así, existen indicios en la literatura clínica y epidemiológica existente de que la distribución de los diagnósticos de asma también refleja valores, intereses y estructuras sociales históricamente condicionados, muchos de los cuales podrían ser provechosamente estudiados y comprendidos con los métodos de un antropólogo cultural o un historiador de la medicina. Por ejemplo, Cunningham, Dockery y Speizer (1966) han demostrado cierta discordancia entre la prevalencia de la sibilancia y las tasas de diagnósticos de asma en el marco de una sala de urgencias. Estos autores sugirieron cautelosamente que el estatus racial y socio-económico puede ser más importante para la obtención de un diagnóstico de asma que para la prevalencia de los propios síntomas. En un editorial adjunto, Peter Gergen (1996) interpretaba que estos resultados podrían significar que unos primeros cuidados insuficientes (y las preocupaciones del personal de urgencias respecto a su pobre seguimiento) conducían a más diagnósticos de asma entre los niños pobres que tenían episodios de sibilancia. Si este tipo de efecto de encuadre se extendía, una gran proporción de las variaciones temporales, de ingreso, étnicas y geográficas del asma podría deberse a las diferencias en las rutinas de diagnóstico y registro (además del papel putativo que juegan los aspectos más materiales de la pobreza).

En este caso, “la cultura puede haberse metido bajo la piel” por la manera en que las realidades socio-económicas interactuantes (falta de seguro, primeros cuidados inadecuados) y las creencias sobre la enfermedad (por ejemplo, que a la gente con pobre seguimiento le dan mejor resultado el diagnóstico de asma y el tratamiento inmediato que la espera en observación) crean pautas sociales de salud y enfermedad que en algún punto se autosostie-

nen también. El aspecto autosostenido ocurre cuando el patrón social percibido de la propia enfermedad se vuelve parte del acta de diagnóstico; en este caso, el hecho de que el asma se perciba como más frecuente entre los pobres favorece el diagnóstico de asma entre ellos. El diagnóstico médico es un ejercicio bayesiano necesario. La “probabilidad principal” de la enfermedad conforma el diagnóstico. Esas creencias también influyen en las conductas de los individuos al buscar la salud.

Una forma extrema de esta clase de pauta autosostenida existe cuando la conformación social de la clasificación de la enfermedad ha dado como resultado una pequeña serie de opciones de diagnóstico estables y altamente encuadradas en la cultura. Las actas individuales de diagnóstico se encuentran constreñidas por su nosología, mientras que simultáneamente su efecto acumulado puede reforzar la estabilidad del sistema nosológico. Considérese el encuadre, altamente condicionado por el género, de los diagnósticos de dolor de cabeza en Estados Unidos hoy en día. Como resultado de una historia social complicada, si bien característica de los diagnósticos de género (véase Kempner, 2006), muchos neurólogos estadounidenses llegaron a creer que la mayoría de los síntomas de dolor de cabeza podían clasificarse ya fuera como una “migraña” principalmente femenina, o un “dolor de cabeza de racimo” principalmente masculino. Aparte de la contribución de cualesquiera diferencias putativas –biológicamente basadas en el sexo– en la etiología de los diferentes patrones de dolor de cabeza, una vez que estos diagnósticos de género quedaron legitimados y a la disposición, las actas de diagnóstico estarían constreñidas por estos “hechos” clínicos y epidemiológicos.

El cambio tecnológico afecta el marco

En un artículo ampliamente citado de 1985, los epidemiólogos Alvan Feinstein *et. al.* acuñaron el término *fenómeno Will Rogers* para explicar una aparente paradoja en las estadísticas de cáncer (Feinstein, Sosin y Wells, 1985). Feinstein recordaba que el humorista Will Rogers había bromeado una vez con el hecho de que cuando los okies migraron de Oklahoma a California durante la Depresión, aumentó el promedio del IQ de ambos estados. Esto sólo podía ocurrir si los okies mi-

grantes fueran en promedio menos inteligentes que el promedio de los oriundos de Oklahoma, pero más inteligentes que el promedio de los californianos. Feinstein observaba que un fenómeno similar podría explicar el progreso aparente en las tasas de supervivencia específicas en algunas etapas del cáncer en las décadas anteriores. Conforme mejoraba la tecnología de diagnóstico (p. e., el uso de tomografías computarizadas para diagnosticar las metástasis anteriormente imperceptibles), se efectuaba una reclasificación sistemática descendiente de los cánceres de “peor pronóstico” a etapas menos favorables. De manera análoga a los supuestos que subyacen en la broma de Will Rogers, esta reclasificación tuvo el efecto de mejorar la supervivencia promedio en ambas etapas, ya que estos casos “rebajados” eran en promedio los peores de la etapa original, pero los mejores de su nueva etapa.

El fenómeno Will Rogers (y los efectos de encuadre relacionados con éste que abordamos arriba, como las tasas de fatalidad de casos aparentes y mejorados, que han sido resultado de pautas y umbrales cambiados para el diagnóstico de patologías y nuevos diagnósticos previos al cáncer) ha contribuido indudablemente a la impresión de que ha habido un amplio progreso médico en la supervivencia al cáncer. La mayoría de las personas dentro y fuera de la medicina atribuyen automáticamente este progreso a los avances tecnológicos en la manera en que el cáncer se ha diagnosticado y tratado. Esta creencia se ha utilizado, entonces, para justificar las posteriores inversiones en el diagnóstico de cáncer, así como en la tecnología y las prácticas terapéuticas que conducen a un mayor progreso aparente, y así sucesivamente. Este tipo de interacciones entre el cambio tecnológico, las prácticas clínicas y las percepciones de progreso están muy extendidas y constituyen importantes mecanismos mediante los cuales se establecen los patrones sociales y temporales de la enfermedad. Al igual que otros mecanismos de encuadre considerados aquí, una importante característica de estas interacciones es su capacidad de ser autoperpetuadoras. Otra idea clave es la manera en que algunas creencias y percepciones sobre la causalidad y la eficacia poseen poder *de representación*. Pueden actuar y no ser simples reflejos de la salud de individuos y poblaciones. Mientras que Feinstein *et al.*

entendieron el fenómeno Will Rogers como una tendencia y una ilusión a ser eliminada en mejores y más precisas observaciones epidemiológicas, éste tenía sin embargo un efecto “real” en las ideas individuales y colectivas sobre qué es lo que funciona y dónde se debían realizar futuras inversiones.

Riesgo, miedo y demanda de control

En algunas otras interacciones, un ciclo de riesgo percibido, temor y demanda de control ha creado un proceso autosostenido similar en su dinámica al fenómeno Will Rogers, pero tal vez más difícil aún de reconocer, entender y modificar. La historia del riesgo de cáncer de mama (Aronowitz, 2001, 2007) ha echado un poco de luz sobre la manera en que éste funcionaba a comienzos del siglo. La American Society for the Control of Cancer (más tarde la American Cancer Society) emprendió a principios del siglo xx una campaña de educación pública para lograr que las mujeres “no se tardaran” en buscar atención médica para diferentes signos mortales de cáncer. Esta campaña se basaba en suposiciones sobre el tiempo y el cáncer, especialmente sobre el hecho de que la cirugía temprana y “completa” del cáncer era efectiva para su tratamiento. Su eficacia era difícilmente dudosa para las instituciones del cáncer y el público en general. La campaña duró cerca de 50 años y no fue tanto desaprobada o descartada como eclipsada por los programas más basados en la tecnología como el Papanicolau y las mamografías.

De manera similar a otros ciclos de retroalimentación entre la suma de percepciones, creencias y rutinas que se abordan arriba, la campaña de “no se tarden” estaba sustentada en un ciclo de miedo, venta de control, cambio de conducta y percepción de eficacia. Para resumir brevemente la dinámica de la campaña frente al cáncer de pecho, se imploraba a las mujeres que acudieran a recibir atención médica si notaban cualquier cambio sospechoso en sus pechos. Este mensaje educativo estaba diseñado y se promovía de maneras que atraían y aumentaban los miedos al cáncer. Al mismo tiempo en que sucedieron estas campañas, los patólogos y los médicos estaban definiendo nuevos y más tempranos tipos de pre-cánceres y también descendían sus umbrales para diagnosticar cáncer. Conforme más mujeres buscaban atención médica como resultado de



la campaña, estos cambios en las prácticas de diagnóstico interactuaban con un grupo mayor de mujeres con problemas en los pechos que buscaban atención médica, lo cual dio como resultado un aumento constante de diagnósticos de cáncer mamario. Puesto que la mortandad por cáncer de pecho se mantuvo en gran medida sin cambio durante el periodo de la campaña de “no se tarden”, este número de diagnósticos en aumento significaba que la tasa de muertes en los casos diagnosticados estaba disminuyendo rápidamente. Desde una perspectiva epidemiológica, la tasa de fatalidad por casos asociados con el cáncer de pecho disminuyó y las tasas de supervivencia aumentaron.

Estas estadísticas favorables en su conjunto fueron ampliamente promovidas y percibidas. Contribuyeron a la creencia de médicos y profanos en la eficacia de la detección y el tratamiento tempranos. Esta percepción motivó una respuesta aún mayor a la campaña de “no se tarden” –lo cual provocó un efecto en cascada que duró hasta que el escepticismo médico sobre la mortandad que se mantenía sin cambio hizo más ruido y se promovieron nuevos métodos de detección (mamografía). Al mismo tiempo, el impacto del cáncer mamario en la sociedad estadounidense se ha transformado sin que cambie necesariamente la mortandad por la enfermedad.

La situación actual respecto a las prácticas de prevención del cáncer mamario y otros cánceres en sitios específicos es un eco de esta historia temprana de interacciones en cascada entre las intervenciones masivas, los cambios percibidos en el impacto de conjunto y la eficacia de las intervenciones, el miedo y la alta demanda de control resultante. Para tomar un ejemplo reciente (Schwartz, Wolosin, Fowler y Welch, 2004), el 38% de una muestra de 500 adultos estadounidenses reportó haber experimentado por lo menos un resultado falso positivo en una de tres ecografías para detectar cáncer (mamografía, Papanicolau o antígeno prostático; 35% de las mujeres habían experimentado una mamografía falsa positiva). Algunos de estos sujetos con falsos positivos esperaron cerca de un mes antes de saber que no tenían cáncer. Muchos sujetos reportaron que éste fue “muy aterrador” o “la época más aterradora” de sus vidas. Pero no parece que la experiencia de falso positivo debilitara de ninguna manera el entusiasmo de los

sujetos por las ecografías. En su lugar, cerca de 98% de los sujetos que experimentaron resultados falsos positivos dijo estar satisfecho por ser examinado. La experiencia de un diagnóstico de cáncer y su subsiguiente desaparición pareció tan sólo reforzar las actitudes de por sí positivas ante las pruebas de cáncer, lo explica parcialmente la calidad autónoma y autosostenible de algunas intervenciones contemporáneas en la prevención de enfermedades (Aronowitz, 2007).

Contribuciones económicas y estructurales

En las pruebas de cáncer y muchas intervenciones contemporáneas sobre riesgos a la salud, hemos creado un impulso que ha sido difícil revertir, redirigir o incluso cuestionar. Las campañas de salud o de *marketing* en gran escala han cambiado las rutinas no sólo de los hombres y mujeres comunes, sino de los practicantes generales, los radiólogos, patólogos y otros participantes importantes en la fuerza de reacción rápida al moderno “factor de riesgo”. Estas interacciones entre percepciones epidemiológicas, creencias y conducta cambiantes han sido sostenidas por una difusión masiva y rápida de las tecnologías de exploración, con sus consiguientes abastecedores, directores e intérpretes. Pero estas inversiones tecnológicas y de mano de obra son sólo parte de un sistema más grande en el que los intereses económicos han conformado nuevas concepciones de salud y enfermedad.

Recientemente, el *New York Times* dio una prominente cobertura al desarrollo de un riesgo para la salud que ilustra la contribución económica a las interacciones en cascada descritas arriba. El *Times* reportó que un nuevo estudio financiado por una compañía farmacéutica mostraba que las personas con alto riesgo de desarrollar diabetes (los detalles del estudio no se especificaban, pero se calculaba que cerca de 54 millones de estadounidenses tenían “prediabetes”) habían reducido su riesgo en dos tercios al tomar durante tres años el medicamento rosiglitazone (Rosenthal, 2006). El artículo exponía el entusiasmo de algunos observadores, así como los planes de comercialización de las compañías farmacéuticas. Pero también planteaba dudas sobre los costos (señalando que la clase análoga de medicamentos de “estatina” para reducir las enfermedades cardíacas era ahora una industria

de 40 mil millones de dólares, que “consume más del 10% del gasto en salud de algunos países europeos”) y la eficacia en términos ajenos al riesgo individual de diabetes (un diagnóstico que tiene rasgos tanto de una enfermedad sintomática crónica como de un estado de encontrarse en riesgo de futura enfermedad). Cuando se encuadró en términos posiblemente más clínicos y relevantes para la población, el mismo estudio demostró que 544 personas tendrían que ser tratadas durante tres años para salvar una vida. Mientras que evidentemente importa si la eficacia se encuadra en términos de riesgo relativo individual o de impacto en la población, ha habido poca negociación o debate social implícito entre las partes afectadas respecto a la manera en que la enfermedad y la salud deberían ser encuadradas. En su lugar, hay un tipo de libre mercado en el que los campeones de los riesgos y las intervenciones particulares, las compañías farmacéuticas y otros actores trabajan para cambiar la conducta y las rutinas, y ampliar los tipos de variaciones etiquetadas como riesgos para la salud (véase Becker, 1963, para una exposición completa respecto al papel que juegan esos “empresarios morales”).

La prueba de detección de la diabetes con rosiglitazone es parte de un cambio mucho mayor en el encuadre de la salud, catalizado y promovido por los intereses económicos de las compañías farmacéuticas, pero que también tiene sus raíces en otros aspectos de la cultura occidental. Los cambios en las metáforas del cuerpo, la práctica clínica y las percepciones de eficacia han dado como resultado e interactuado con cambios profundos en la demanda popular de intervenciones de riesgo y lo que los individuos consumen y hacen con sus cuerpos (Aronowitz, 2006).

Greene (2006) relata este surgimiento del riesgo a partir de la perspectiva de la industria farmacéutica y con énfasis especial de la habilidad de la industria para usar nuevos medios de eficacia probada (especialmente las pruebas clínicas aleatorias). Green comienza su narración en un encuentro de la American Drug Manufacturer's Association, en 1957, en el que un representante de la industria reflexionaba sobre el paradójico impacto de mercado del éxito más evidente de la industria –la producción y comercialización de antibióticos. El resultado neto de este éxito –la cu-

ra efectiva de las enfermedades infecciosas– iba a constreñir al mercado de la industria. Ninguna industria normal estaría basada en un modelo de negocio en que los productos de la industria consumieran completamente la demanda de sus productos. El representante advertía sobre las nefastas consecuencias para la industria si no desarrollaban un nuevo paradigma para el desarrollo y el uso de los medicamentos. En 1957, este representante sólo podía imaginar los esquemas de otro paradigma en el que los medicamentos hicieran crecer, más que reducir su mercado. En las décadas subsiguientes, la industria desarrollaría y promovería medicamentos para reducir riesgos, así como un nuevo concepto probabilístico de eficacia como reducción de riesgo. A diferencia de los antibióticos, el mercado de los medicamentos reductores de riesgos era toda la población y la duración de su uso podía extenderse a toda la vida de un individuo.

Dinámicas del consumo

Un mecanismo de encuadre relacionado y relativamente poco estudiado que ha contribuido al surgimiento de los patrones sociales de muchas afecciones es la interacción entre pautas y desórdenes de consumo. Permítaseme ilustrarlo con un estudio reciente (véase la producción histórica del consumidor médico de Nancy Torres, 2001, la elevación y caída del cigarro (Brandt, 2007).

Schull (2005) llevó a cabo un estudio ampliamente etnográfico sobre la relación entre los productores y los consumidores de juegos de póquer para video. Ella mostró una interacción compleja entre los fabricantes y los usuarios de las tecnologías de juegos que ha conducido a la manipulación sutil y a menudo individualizada de los elementos de diseño, que da cabida y crea necesidades complejas y diversas al consumidor. Como resultado de estas interacciones, los consumidores gastan más dinero en juegos y más consumidores sufren, o se entiende que sufren, adicción al juego. Si bien la adicción a casi cualquier cosa puede ser encuadrada como un problema de salud, las adicciones al juego pueden tener efectos negativos en los recursos y las relaciones personales, y el uso excesivo de las máquinas puede tener efectos directos negativos en el propio cuerpo, especialmente en la



salud mental. Encuadrada como un problema de salud, la adicción al videopóquer puede entonces provocar una variedad de respuestas de cuidados de salud, desde programas de 12 pasos hasta intervenciones de profesionales de la salud. Estas respuestas pueden entenderse en sí mismas como una forma de consumo médico, ya que poseen su propia economía conformada por las necesidades percibidas del adicto, así como las acciones de los promotores de diferentes programas, profesionales de la salud y terceros pagadores.

Sobre lo que quiero llamar la atención aquí es sobre la interacción entre el diseño inteligente y la comercialización de bienes de consumo culturalmente específicos, y el encuadre coincidente de la adicción y el consumo excesivo como enfermedad, que a su vez puede provocar respuestas de restablecimiento de la salud orientadas al consumidor. Los intensos esfuerzos de investigación y diseño por parte de los productores de dichas tecnologías para crear una experiencia atractiva para las necesidades y vulnerabilidades del consumidor individual, son probablemente tan o más manipuladores que el diseño y las estrategias de comercialización de sustancias adictivas que ahora son ampliamente condenados (como manipular el contenido de nicotina en los cigarrillos), mientras que al mismo tiempo implican necesariamente una práctica inmoral fácilmente aislable. El efecto neto es algo similar a la adicción, sin un agente biológico específico al cual culpar o un blanco vulnerable que evitar (los niños, las personas predisuestas biológicamente).

Me imagino a una perpleja marciara en el siglo XXI que llega a su cuarto de hotel en Estados Unidos después de su largo viaje y enciende la televisión. ¿Cómo entendería el *marketing* de productos alimenticios de calorías densas y tamaños enormes, altamente procesados, junto a los consejos médicos dirigidos al consumidor que lanzan medicamentos para las cardiopatías y para prevenir la obesidad, así como los comerciales de programas para perder peso, las membresías de gimnasios y las máquinas de ejercicio?

Esta pauta se repite en otros tipos de consumo y respuesta social y conduce a una concepción más expansiva y complicada de las enfermedades de la opulencia o la civilización. No resulta adecuado explicar estas enfermedades utilizando solamente

modelos evolutivos de “hombres de las cavernas viviendo a mil por hora” o evocando las condiciones materiales cambiadas de la vida moderna (Rosenberg, 1998). La mala salud asociada con la opulencia no siempre es resultado de los peligros del medio ambiente, como el radón o el daño colateral de los avances económicos y sociales. Algunos de estos patrones sociales particulares son también resultado de un desarrollo y una capacidad de comercialización de productos cada vez más efectivos e individualizados que crean nuevos miembros de una eternamente creciente clase de desórdenes, encuadrados como adicciones, consumo excesivo y víctimas de un *marketing* injusto o fraudulento. El patrón social surge de la *interacción* entre los cambiantes mecanismos de consumo y las nuevas formas en que las enfermedades y los problemas de salud se definen y legitiman.

¿Consecuencias de o maneras de mantener las desigualdades sociales?

Los investigadores y quienes diseñan las políticas no han cuestionado, por lo general, por qué ha aumentado el interés en las disparidades de salud en Estados Unidos. Éstas no son un fenómeno nuevo y han sido señaladas antes. Una de las razones de la importancia que han cobrado algunas disparidades de salud puede ser un indicio de por qué algunos patrones existen muy por encima de su producción, debido a desigualdades en las condiciones materiales que producen la salud y la enfermedad y los recursos disponibles para prevenir y tratar la enfermedad. ¿Podría ser que alguna fracción de las disparidades de salud observadas son consecuencia directa de la dinámica social y cultural, más que consecuencias distales de las desigualdades en las condiciones materiales que crean la salud? Permítanme explicar lo que quiero decir utilizando el ejemplo de las disparidades raciales y socioeconómicas en la obesidad por medio de una analogía con la variación lingüística socialmente modelada.

Hace años, el lingüista William Labov señaló un ciclo histórico de “tirar las erres” en diferentes dialectos estadounidenses. Un rasgo que al principio pertenecían al habla de las clases altas, fue gradualmente adoptado por las clases bajas. Puesto que el “tirar las erres” servía como una marca de distin-

ción de clase, los hablantes de clase alta dejaron de “tirar las erres” una vez que este patrón se convirtió en norma para las clases sociales bajas. Éste es un ejemplo de una diferencia o disparidad muy necesitada y socialmente construida. Labov condujo también unos experimentos ingeniosos en las tiendas de departamentos de Nueva York que demostraron que “tirar las erres” era algo modelado por el contexto social inmediato –era mucho más probable que apareciera en las conversaciones entre clientes y vendedores en tiendas de departamentos menos caras y en el piso de ofertas, que en los pisos que vendían mercancías más caras de la misma tienda (Labov, 1963).

Una dinámica similar para dicha variación sociolingüística subyace bajo la formación y la persistencia de ciertas disparidades de salud. Tanto en el modelado social del lenguaje como en el de la salud, la diferencia o disparidad puede funcionar para señalar y sostener las distinciones de clase y otras distinciones sociales. Algunas disparidades y gradientes de salud pueden no ser resultado de otras desigualdades sociales en ningún sentido directo, sino servir más bien como marcadores de diferencias de clase, riqueza o raza. Estas disparidades, en otras palabras, son decididas y funcionales en sí mismas, incluso si no hay una sola persona o grupos de personas planeando las cosas conscientemente.

Una parte de los patrones sociales respecto a la obesidad moderada puede ser un ejemplo de este tipo de efecto de encuadre. Muchos observadores han señalado los patrones sociales de la obesidad, que es una enfermedad cada vez más frecuente entre los pobres y las minorías étnicas. La atención se ha centrado en las normas culturales y en las dietas, el entorno fabricado de los barrios urbanos y la comercialización de alimentos obesogénicos para los afroamericanos (por ejemplo, la campaña de McDonald's que promueve sus productos como comestibles afroamericanos) –mucho de lo cual en última instancia tiene su origen en la discriminación y el prejuicio. La obesidad ha estado vinculada con otros problemas de la salud, especialmente la diabetes tipo II y la cardiopatía vascular.

Pero tal vez cierta disparidad racial y socio-económica, evidente en las tasas de obesidad, es funcional, no sólo consecuencia directa de las desigualdades del acceso a comidas saludables y

otros elementos determinantes (que son manifiestamente vigentes). Por funcional, quiero destacar las dinámicas sociales, especialmente importantes para explicar cómo y por qué el entusiasmo ante la medicación actual de la obesidad ha echado raíces y las decisiones de tinte clasista son hechas por individuos. Al igual que tirar las erres, históricamente el promedio de peso más alto (en un tiempo en que las calorías eran más caras) era más común entre las clases más altas. Se le adjudicaba además cierto valor simbólico como marca de progreso socio-económico y de avance. Pero conforme las calorías se abarataron y se volvieron más fáciles de adquirir, los pobres también engordaron. Aquello que alguna vez había sido la marca de una posición socio-económica alta invirtió su sentido y la dinámica social de diferenciación señaló que muchos de quienes tenían los recursos para bajar peso o escapar a la obesidad lo hacían. Para apoyar a esta dinámica ha habido una economía de no consumismo como mercancía –alimentos bajos en grasa, gimnasios, etc.– en la que ha habido una participación relativamente mayor de personas acomodadas.

En otras palabras, mientras la obesidad se convertía en señal de bajo prestigio y estatus, las personas con más recursos tenían más habilidad y motivación para evitar el estigma de la obesidad. El entusiasmo con el que se ha etiquetado a la obesidad moderada como factor de riesgo, enfermedad y problema de salud pública a tratar, ha ayudado a las clases favorecidas a crear una distancia adicional entre ellas y los menos afortunados. Por lo tanto, podemos incluso ver la medicación para la obesidad moderada como un mecanismo de encuadre que señala y sostiene una diferencia social. En nuestra sociedad secular, que consagra la salud como un valor trascendental, no hay tal vez mejor manera de estigmatizar una diferencia de comportamiento o de cualquier otra cosa que asociarla con un resultado de mala salud. Existen determinantes de nivel macro que no tienen que ser emitidos conscientemente y negociados (véase Bourdieu, 1984, para un análisis sociológico comprensivo del “consumo cultural” y sus funciones sociales en la legitimación de diferencias sociales). Como tirar las erres, hay algo preconsciente en estas innovaciones. Pero nos perderíamos de la dinámica que mantiene y abastece la “disparidad” si



pensáramos en el aumento de peso de diferentes grupos sociales simplemente como resultado de las condiciones materiales de dichos grupos o de una diferencia cultural. Las interacciones entre la manera en que se encuadra la mala salud, las dinámicas sociales y el acceso diferencial a los recursos, pueden también contribuir a la aparición y persistencia de disparidades en la obesidad y otros problemas de salud (como el tabaquismo) y que aparentemente sugieren las respuestas una política contraintuitiva, como disminuir el grado de medicación y estigmatización de la obesidad moderada.

Implicaciones

Los mecanismos de encuadre subrayados arriba pueden explicar tan sólo una pequeña fracción de los patrones sociales de la salud y la enfermedad. También pueden actuar conjuntamente con mecanismos más directos y materiales. Por ejemplo, el índice de cáncer de mama en Estados Unidos y otros países industriales probablemente creció considerablemente en el siglo XIX y a principios del XX. Las explicaciones más factibles son las socioeconómicas, es decir, una serie de factores sociales y de otros tipos, que juntos acarrearán más ciclos menstruales en el curso de una vida y exposición al estrógeno. Una mejor nutrición contribuyó a adelantar la edad de la menarquia y retrasar la de la menopausia; una mayor libertad de reproducción, el avance económico y otros cambios derivaron en un aumento dramático de la fertilidad y una edad más avanzada para el primer parto. Sin embargo, el índice de velocidad de crecimiento a finales del siglo XX puede haberse debido y haberse mantenido más por mecanismos de encuadre que por cambios en las condiciones materiales de vida: la educación pública y las campañas para realizarse análisis; los cambios en la definición del cáncer, cambiaron los umbrales del diagnóstico y aumentaron el miedo a esta enfermedad (Aronowitz, 2007).

La aparición de la enfermedad de Lyme y su diseminación por Estados Unidos en los años setenta fue probablemente el resultado de un conjunto similar de efectos materiales, ambientales y de encuadre (Aronowitz, 1991). Lo que se había considerado muchas veces como el descubrimiento de una nueva enfermedad fue, merced a una ins-

pección más detallada, más un reencuadre del conocimiento anterior bajo nuevas y únicas condiciones. Pero las condiciones sociales y ambientales modificadas permitieron el encuadre de la enfermedad de Lyme como una nueva afección. Los investigadores han especulado respecto a la manera en que el cambio del uso de la tierra, el paso de las granjas a los suburbios condujo a un número creciente de huéspedes intermedios para las garrapatas que portan la espiroqueta de la enfermedad de Lyme. Así, surgirían nuevos patrones de la incidencia de la enfermedad por la vía de los mecanismos materiales, por ejemplo, por los efectos ecológicos de nuevos tipos de comunidades. Estos patrones influyeron entonces en la manera en que se construía el conocimiento médico, en este caso el encuadre de la enfermedad de Lyme como algo nuevo. El miedo y la atención prestada a una nueva enfermedad influyó en el patrón de diagnóstico (muchos diagnósticos nuevos y la creación del controversial hecho de padecer la enfermedad crónica de Lyme) y en la respuesta médica.

¿Se puede hacer algo útil con estos procesos paralelos e interactuantes? Podemos reflexionar de modo más crítico sobre la atención social y política prestada a algunas disparidades de salud. He sugerido que algunas disparidades en los resultados intermedios y altamente visibles, como la obesidad moderada, pueden tener su propia dinámica, independiente de, y sumados a los determinantes materiales de incidencia. En otras palabras, la disparidad es importante por sí misma, está sostenida por diferentes tipos de elecciones, inversiones y actitudes. Entender así la disparidad puede ayudarnos a establecer mejor un orden de prioridades en nuestros recursos limitados, clínicos y de salud pública y evitar el uso de las categorías médicas para estigmatizar a grupos e individuos que ya de por sí se encuentran en desventaja.

Un ejemplo de rol "positivo" para enfatizar el encuadre como mecanismo se puede discernir en el patrón social de la hipertensión en Estados Unidos. A diferencia de esta situación en muchas otras condiciones de salud y a pesar de las desigualdades evidentes para el acceso —y la calidad— de la atención sanitaria, los afroamericanos con hipertensión tienen más posibilidades de ser diagnosticados correctamente que los americanos europeos (quedan, no obstante, disparidades significativas e inque-

tantes en el índice subyacente de la hipertensión, debido, en parte, a las diferencias en la dieta y las actividades, y sus múltiples determinantes, así como en el control de la hipertensión (Hertz, Unger, Cornell, & Saunders, 2005). Una explicación posible para el patrón "positivo" es que las primeras campañas de educación sanitaria dirigidas a la comunidad afroamericana y a los médicos funcionaron y se volvieron autoperpetuadoras conforme cambiaron las creencias médicas y profanas respecto a quién estaba en riesgo. La relativa ausencia de un estigma relacionado con la hipertensión y su invisibilidad significaba también que habría menos posibilidades de que surgiera una dinámica social similar a la anteriormente descrita en el sostenimiento de las diferencias de etnia y de clase en la predominio de la obesidad. Una implicación de este limitado cambio del patrón típico de las desigualdades sanitarias es evitar una estigmatización innecesaria en el encuadre de un factor de riesgo o una enfermedad, así como proveer un vasto acceso a un nivel básico de cuidado de la salud. Al mismo tiempo, un progreso mayor en la reducción de las disparidades en el índice y control subyacentes a la hipertensión, dependerá probablemente del progreso en las condiciones materiales y la atención médica a los grupos en desventaja.


El hecho de conceptualizar algunos fenómenos de encuadre como etiológicos sugiere también nuevos acercamientos a asociaciones ecológicas y de nivel de población contenciosas. Un estudio prospectivo observacional de la asociación ampliamente observada, aunque refutada, entre el estrés psicosocial y las enfermedades del corazón, concluyó que la asociación aparentemente positiva se debía en gran medida a un sesgo en el reporte: el estrés autorreportado estaba asociado con la posibilidad de angina (que, como complejo de síntomas, es también un reporte del paciente), pero no con criterios de evaluación cardiovasculares más objetivos (Macleod et al., 2002). Tales estudios, entendidos comúnmente como simples descalificaciones de una asociación espuria, pueden ser, al mismo tiempo, el comienzo, más que el fin, de un importante estudio etiológico en el nivel de la población. ¿Existen influencias sociales, económicas, lingüísticas, simbólicas o normativas en la experiencias de dolor de pecho y la búsqueda de la salud de hombres y mujeres que puedan estar

contribuyendo a las tendencias seculares, las disparidades sociales y las presentaciones clínicas de la angina? ¿Podemos influir en la salud cambiando nuestras definiciones del diagnóstico y la práctica, las creencias sobre salud, y la percepción en conjunto de la enfermedad?

Enfocarnos tanto en los efectos de encuadre, junto con las causas materiales y psicosociales puede también proporcionar una ayuda en lo que podría llamarse la crisis de la epidemiología de la vida diaria. Somos bombardeados con riesgos, a menudo contradictorios, de toda clase de exposiciones al medio ambiente, conductas, regímenes dietéticos y estilos de vida. Las raíces de este problema se han localizado en las insuficiencias de los métodos epidemiológicos para resolver estas cuestiones (Taubes, 1995). Pero también necesitamos preguntar y entender de manera más sistemática por qué algunas asociaciones, y no otras, son las que se investigan y se etiquetan como riesgos para la salud. Será necesario conocer las influencias de encuadre y las más materialistas en la formación de patrones sociales para la salud y la enfermedad si vamos a equilibrar sabiamente las inversiones de investigación y de intervención entre la salud y todo lo demás, y dentro de la salud, entre los servicios preventivos y curativos, y los determinantes en el nivel individual y de la población.

- Aronowitz, R. A., "Lyme disease: the emergence and social construction of a new disease", *The Milbank Quarterly*, 1991, 96, 79- 112.
- Aronowitz, R. A., "Do not delay: breast cancer and time, 1900-1970", *The Milbank Quarterly*, 2001, 79(3), 355-386.
- Aronowitz, R. A., "Situation health risks", en R. Burns, R. Stevens y C. Rosenberg (Eds), *American health care history and policy: Putting the past backin* (pp.153- 175). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press, 2006.
- Aronowitz, R. A., *Unnatural history: Breast cancer and American Society*. Cambridge, Gran Bretaña/Nueva York: Cambridge University Press, 2007.
- Becker, H., *Outsiders*. Nueva York, Free Press, 1963
- Bourdieu, P., *Distinction: A social critiques of the judgement of taste*. Harvard University Press, 1984.
- Brandt, A. M., *The cigarette century: The rise and fall of the*



- drug that defined America. Nueva York, Perseus Book Group, 2007.
- Cunningham, J., Dockery, D.W., y Speizer, F. E., "Race, asthma, and persistent wheeze in Philadelphia school children", *American Journal of Public Health*, 86(10), 1996, 1406-1409.
- Farmer, P., *Infections and inequalities: The modern plagues*. Berkeley: University of California Press, 1999.
- Feinstein, A. R., Sosin D. M., y Wells, C. K., "The Will Rogers phenomenon. Stage migration and new diagnostic techniques as a source of misleading statistics for survival in cancer", *New England Journal of Medicine*, 312, 1604-1608, 1985.
- Gergen, P., "Social class and asthma - distinguishing between the disease and the diagnosis", *American Journal of Public Health*, 86, 1361-1632, 1996.
- Greene, J., *Prescribing by numbers; Drugs and the definition of disease*, Baltimore, Johns Hopkins Universty Press, 2006.
- Hertz, R., Unger, A., Cornell J. y Saunders E., "Racial disparities in hypertension prevalence, awareness and management", *Archives of Internal Medicine*, 165 (18), 2005.
- Kempner, J., "Uncovering the man in medicine: lessons learned from a case study of cluster headache", *Gender and Society*, 20(5), 632-656, 2006.
- Labov, W., "The social motivation of a sound change", *World*, 19, 273-309, 1963.
- Lynch, J., Davey Smith, G., Kaplan, G. y House, J., "Income inequality and mortality: importance to health of individual income, psychosocial environment, or material conditions", *British Medical Journal*, 1199-1204, 2000.
- Macleod J., Davey Smith, G., Heslop, P., Metcalfe, C., Carroll, D. y Hart, C., "Psychological stress and cardiovascular disease: empirical demonstration of bias in a prospective observational study of Scottish men", *British Medical Journal*, 324, 1247-1251, 2002.
- Rosenberg, C. E., introducción, "Framing disease: illness, society and history", en C.E. Rosenberg y Janet Golden (eds.), *Framing disease: Studies in cultural society* (pp. xiii-xxvi), New Brunswick, Ny, Ritgers University Press, 1992.
- Rosenberg, C. E., "Pathologies of progress: the idea of civilization as risk", *Bulletin of the History of Medicine*, 72(4), 714-730, 1998.
- Rosenthal, E., "Drugs can prevent diabetes in many at high risk, study sugests", *New York Times*, p. 1, 17 de septiembre de 2006.
- Schull, N., "Digital gambling: the coincidence of desire and design", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 597(1), 65-81, 2005.
- Schwartz, L. M., Woloshin, S., Fowler, F.J., y Welch, H.G., "Enthusiasm for cancer screening in the United States", *Journal of the American Medical Association*, 291(1), 71-78, 2004.
- Taubes, G., "Epidemiology faces its limits", *Science*, 269, 164-169, 1995.
- Tesh, S.N., *Hidden arguments: political ideology and disease prevention policy*, New Brunswick, NJ/Londres, Rutgers University Press, 1988.
- Tomes, N., "Merchants of health: medicine and consumer culture in the United States, 1900-1940", *The Journal of American History*, 88(2), 519-147, 2001.
- Wilkinson, R., *Unhealthy societies - The afflictions of inequality*, Londres, Routledge, 1996.
- 
- 1 Este artículo se benefició de los atentos comentarios de David Asch, Charles Bosk, Charles Rosenberg, Jason Schnittker, Steve Feierman y la Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) Health and Society Schlars en Penn. Este trabajo fue apoyado en parte por una Asignación para Investigación en Política Sanitaria de la RWJF.
- 2 Agradezco a Bruce Link este término.
- © 2008, Elsevier Ltd., Social Science and Medicine, vol. 67, núm. 1, julio de 2008.
- Traducción: Ana García Bergua.

