

Recibido: 03.05.2018 | Aceptado: 30.05.2018

Palabras clave: Ciencia, compromiso social, grupos vulnerados e investigación en salud.



La deuda de la investigación en salud con los grupos vulnerados



YESICA YOLANDA RANGEL FLORES
yrangemaestria@hotmail.com
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN, UASLP

Una de las definiciones más aceptadas del término investigación científica es aquella que la refiere como un proceso en el que, a través de la aplicación del método científico, puede accederse a información fidedigna para comprender, verificar, corregir o crear nuevos conocimientos en torno a un fenómeno –que por sus características e impactos– resulta relevante ser abordado.

Los procedimientos pueden ser diversos y dependerán básicamente del objetivo que se persiga y de las características del objeto de estudio. La investigación se ve influenciada, de igual forma, por la postura ética y moral de quien genera investigación sobre un fenómeno específico, en el sentido de que el juicio construido a partir de la investigación —y legitimado desde la ciencia—, posee el potencial de modificar o respaldar una forma particular de orden social, es decir, aprueba o censura la pertinencia de una serie de jerarquías, normas o imaginarios que guían a la sociedad para la procuración del bien común.

Las evidencias y discursos que derivan de la investigación, y consecuentemente de la ciencia, marcan una pauta en el progreso o el rezago económico, social, cultural y político de una sociedad. En nombre de la ciencia, las sociedades pueden desarrollarse, pero también a través de ella puede invisibilizarse a los grupos minoritarios o a los que resulten incómodos a las mayorías, dadas sus condiciones de vida (pobreza, analfabetismo, marginación), etapa de desarrollo (niñez, adolescencia, vejez), género (mujeres, hombres, transexuales, transgénero, lesbianas y homosexuales), y etnia (indígenas, afrodescendientes). No producir investigación con estos grupos respalda la existencia de una serie de imaginarios colectivos a los que se les excluye y discrimina, fundamentalmente en función de no conocer sus necesidades sentidas o no comprender su perspectiva sobre el mundo.

En el tenor anterior, una de las más importantes responsabilidades de quien hace investigación es brindar herramientas que posibiliten a la sociedad en general comprender la visión de mundo de los grupos cuyas voces han sido históricamente silenciadas, no sólo porque no se han dejado escuchar, sino porque cuando les ha sido posibilitado hablar, no han existido las condiciones que permitan a las “personas comunes” —adscritas a las mayorías—, comprender lo que estos grupos particulares demandan.

El investigador se vuelve una especie de traductor y portavoz de los grupos más vulnerados, así como un maestro que permite a las mayorías comprender de qué forma la sociedad determina una serie de condiciones adversas para el desarrollo y la calidad de vida de grupos que se han descrito vulnerables, como si estas desventajas estuviesen en su naturaleza, en lugar de reconocerles como “vulnerados”, ya que estas amenazas y desventajas se imponen desde la sociedad y el Estado.

El objetivo de este artículo es reflexionar en torno a la deuda histórica que tiene la investigación en salud con los





grupos más vulnerados, así como retomar de manera breve, algunos modelos teórico-metodológicos que pueden resultar útiles para la aproximación sensible al estudio de estos grupos poblacionales particulares.

El sentido de la investigación

La investigación científica siempre tiene un sentido social, ya sea que redunde en la construcción de nuevos marcos teóricos (ciencia básica) o en la resolución de problemas existentes en un contexto socio-histórico específico (ciencia aplicada). Se dice que el fin último de la investigación es construir ciencia y la meta de la ciencia es encontrar la verdad, pero ¿qué es la verdad en la ciencia? Es un juicio que no puede ser rechazado racionalmen-

te (puesto que ha sido demostrado de manera científica), que debe ser aceptado por todos como válido partiendo del presupuesto de que ha sido demostrado bajo un rigor metodológico.

George Orwell (1984) acuñó la frase “La historia la escriben los vencedores”, en este mismo sentido, convendría cuestionar ¿desde dónde o desde quiénes se construyen las verdades científicas? ¿desde las voces de los vulnerados o de los vencedores? Aunque se presume que la ciencia es objetiva, la subjetividad de quienes hacen investigación es un aspecto que debería reconocerse, ¿por qué nos interesa investigar unos temas y no otros?, ¿por qué a unos sujetos y a otros no?, ¿por qué unos contextos

han sido saturados por investigadores, mientras de otros apenas se tiene información (o no se tiene)?

Las preguntas anteriores pueden responderse si reconocemos que la tarea de la investigación no es ajena a los procesos sociales y a las corrientes intelectuales que caracterizan cada periodo histórico, incluso ¿por qué no?, a los intereses del Estado. Conviene hablar de la responsabilidad ética y moral de procurar las voces de los históricamente desfavorecidos, no de los vulnerables sino de los vulnerados, de aquellos que han sido privados de las condiciones mínimas de vida digna y, al hacerlo, procurar un posicionamiento que permita conocer los fenómenos desde la subjetividad de las personas que integran estos grupos y no desde la subjetividad de quienes hacen la investigación. Lo anterior permitirá dar cuenta realmente de sus necesidades sentidas, comprender su visión del mundo y su manera de significar los hechos sociales que determinan sus maneras de vivir, enfermar y morir.

La deuda de la ciencia con los grupos vulnerados

Resulta conveniente reconocer la deuda que la investigación tiene con la sociedad, respecto a la legitimación que se ha hecho en nombre de la ciencia de las desigualdades, a partir de la construcción de argumentos biologicistas que las naturalizan y que en el mismo sentido llegan a justificarlas al respaldar su exclusión social y discriminación (Pessina-Itriago, 2017). A continuación, se mencionan algunos ejemplos de discursos científicos que han legitimado desigualdades sexo-generáticas y adulto-céntricas:

- a) La patologización, es decir, la excesiva medicalización de los procesos reproductivos de las mujeres. Lo anterior se identifica actualmente bajo el término violencia obstétrica (Villanueva-Egan *et al.*, 2016).
- b) La construcción de diagnósticos médicos que aludían su origen a los órganos reproductivos de las mujeres —el caso de la histeria, cuyo nombre proviene de la palabra útero—, y que en dicho sentido feminizaban el trastorno. En la actualidad se nombra neurosis de conversión y se reconoce como un trastorno posible en hombres y mujeres (Fernández-Laveda *et al.*, 2014).
- c) La incorporación de la homosexualidad en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, aludiéndola como una enfermedad mental que debía curarse por medio de terapias. En 1973, la Asociación Americana de Psiquiatría omitió la homosexualidad de esta manual, reconociéndola como una forma más de expresión sexual (De la Espriella-Guerrero, 2007).
- d) La representación del VIH/sida como una enfermedad asociada con la raza afrodescendiente, derivada de prácticas homosexuales o sexo-servicio. Actualmente se sustituyó el término grupos de riesgo por prácticas de riesgo, se conserva el estigma de la enfermedad hacia estos grupos poblacionales aun cuando la enfermedad está ganado terreno entre mujeres monogamas heterosexuales (Rangel-Flores, 2016).
- e) La medicalización de la infancia a partir del uso indiscriminado de los términos hiperactividad o trastorno por déficit de atención (Llobet, 2009).



Desde una perspectiva foucaultiana, el ámbito sanitario, mediante la construcción de sus discursos, ha legitimado una serie de dogmas que respaldan la existencia de un orden social no sólo ineficiente, sino destructor y violento con los derechos humanos de los históricamente contemplados como minorías.

Los retos para generar investigación en salud con grupos vulnerados

Hasta principios del siglo XXI, las ciencias de la salud se contemplaron adscritas a las ciencias de la naturaleza, esto determinó que la investigación que se generaba en salud se hiciera

desde un paradigma positivista y bajo marcos teóricos biologicistas. Lo anterior representó una limitante para dar cuenta de la necesidad de generar evidencia sobre el peso de las variables sociales y culturales en las formas de enfermar y morir de las sociedades. Fue hasta inicios de la década de 1980 que, en México, Asa Cristina Laurell (1981) habló de la salud y la enfermedad como procesos eminentemente sociales, tanto en su origen como en los alcances que tienen en la dinámica de las sociedades.

A mediados del siglo XX surgieron dos modelos que permitieron incorporar



YESICA YOLANDA RANGEL FLORES

Doctora en Ciencias Sociales por El Colegio de San Luis, A.C. Actualmente es profesora investigadora de tiempo completo en la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP, donde coordina la Maestría en Salud Pública (PNPC-Conacyt).



la discusión humano social en lo referente a los procesos de salud y enfermedad, el primero de ellos surgió de la perspectiva anglosajona de la salud pública y fue denominado determinantes sociales de la salud, el segundo emergió desde la propuesta latinoamericana de la salud colectiva y se tituló determinación social de la salud. La diferencia entre ambos modelos radica principalmente en las implicaciones praxiológicas ético-políticas, donde mientras el primero resalta la participación del Estado en la generación de políticas y programas para reducir las inequidades en salud, el segundo reconoce que se establecen desde aspectos estructurales como la desigualdad de clases y la asimetría de poder económico, político e ideológico que caracteriza a una sociedad desigual, de esta forma problematiza en profundidad las desigualdades de género, raza y clase (Morales- Barrero *et al.*, 2013).

El modelo de determinación social de la salud discute la inequidad social como resultado de las desigualdades sociales derivadas del capitalismo como modelo económico, que más adelante se traducen en desventajas reales o simbólicas que aportan a la existencia de relaciones de poder y dominación que se traducen en desigualdades e inequidades en salud. Este modelo emerge de la epidemiología crítica y cuestiona el enfoque positivista del modelo médico hegemónico, asume su principal compromiso con los colectivos vulnerados, antes que con el Estado o los gremios profesionales (Eslava-Castañeda, 2017).

Conclusión

Reconocer la investigación en salud inserta en el paradigma humano-social, posibilita dar cuenta del compromiso social que tenemos para dar respuesta a las demandas sociales de la población más vulnerada. Exige asumir como intelectuales una postura crítica hacia el Estado y sus instituciones, al establecer discusiones ideológicas y políticas, participar en el activismo social y vincularnos activamente con la sociedad para la incidencia política, además de aportar nuestros hallazgos para el desarrollo de la agenda política nacional, estatal y local. **UP**

Referencias bibliográficas:

- De la Espriella-Guerrero R. (2007). Homofobia y psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), pp. 718-735. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80636411>
- Fernández-Laveda, M. E., Fernández-Martínez, A. y Belda-Antón, I. (2014) Histeria: historia de la sexualidad femenina. *Cultura de los Cuidados*, 18(39), pp. 63-70. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.39.08>
- Llobet, V. (2009). Las políticas sociales para la infancia, la psicología y el problema del reconocimiento, *Revista Investigaciones en Psicología*, 14(2), pp. 73-94.
- Rangel-Flores Y. Y. (2015). Narrativas del riesgo respecto del VIH/sida en México. De letal a crónica y del estigma a los derechos humanos. *Revista de El Colegio de San Luis*, 5(9), pp. 200-219. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rcsl/v5n9/1665-899X-rcsl-5-09-00200.pdf>
- Villanueva-Egan, L. A., Ahuja-Gutierrez, M., Valdez-Santiago, R. y Lezana-Fernández M. A. (2016). ¿De qué hablamos cuando hablamos de violencia obstétrica? *Revista CONAMED*, 21(1), pp. 7-25. Recuperado de: <http://www.dgdi-conamed.salud.gob.mx/ojs-conamed/index.php/revconamed/article/view/470>