

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

“Confiar en el doctor”. Los sectores sociales frente a la atención biomédica en salta capital.

Miguel Costilla y María Eugenia Suárez.

Cita:

Miguel Costilla y María Eugenia Suárez (2009). *“Confiar en el doctor”. Los sectores sociales frente a la atención biomédica en salta capital. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1550>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

“Confiar en el doctor”

Los sectores sociales frente a la atención biomédica en salta capital

***Miguel Costilla. CIUNSa. Proyecto N° 1754. Universidad Nacional de Salta.
Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta
mikleocos@gmail.com***

***María Eugenia Suárez. CIUNSa. Proyecto N° 1754. Universidad Nacional de Salta.
Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Salta
meugeniasuarez@gmail.com***

En la presente comunicación expondremos los resultados parciales de una investigación en curso acerca del sistema de salud pública de Salta-Capital desde el punto de vista de los usuarios. La investigación fue realizada a unidades domésticas de los barrios de salta capital, lo que nos permitió el contraste entre unidades domésticas de sectores medios y sectores populares. Nos hemos servido de las nociones de autoatención propuestas por Eduardo Menéndez (Menéndez, 2002, 2005), de proceso asistencial de Joseph Comelles (Comelles, 1997), del tratamiento del cuerpo en antropología (por ejemplo, Mauss, 1977; Levi-Strauss, 1976; Bourdieu, 2007; Le Breton, 1999, Le Breton, 2007) y de otras que serán referidas en el curso de la exposición.

La fiabilidad del modelo médico: función simbólica y axiologías corporales

Es interesante constatar que en la mayor parte de los casos, la relación de los agentes con la biomedicina como saber, como instituciones y como agentes son de fiabilidad. Ahora bien, esta fiabilidad está conformada como un lenguaje específico a medio camino entre el lenguaje coloquial y el lenguaje biomédico. Lenguaje del diagnóstico médico (osteoporosis, paro cardiorespiratorio), lenguaje de los exámenes (resonancia, densitometría), lenguaje de los medicamentos. Son estos

elementos los que parecen tener función simbólica para los agentes-usuarios. Todo sucede como si, en la etapa de la carrera del enfermo en que éste recurre al sistema de salud, se encontrara, por los fracasos de las formas de autoatención, es decir, por la prolongación de su malestar, con un conjunto de experiencias “intelectualmente informes y afectivamente intolerables” (Lévi-Strauss, 1994a: 199). El diagnóstico del médico, el examen, el medicamento permiten “objetivar estados subjetivos, formular impresiones informulables e integrar en un sistema experiencias inarticuladas” (ibídem). En ese sentido, hay que tener en cuenta el desnivel fundamental en el que se encuentran las posiciones del médico y el enfermo: sólo el primero, refiere esos estados confusos y no organizados a una causa objetiva, mientras que el segundo revive su malestar en la consulta y en el examen y, por la mediación del médico, los articula en una totalidad. Es en el marco de esa totalidad que el agente ocupa la posición social de enfermo (Parsons, 1984, Douglas, 1998): el malestar, se convierte en una propiedad del sí mismo y en una práctica social, caracterizada la primera por la dependencia relacional (Parsons, op. cit.) y la segunda por la apertura a la revisión y modificación de los comportamientos rutinarios a la luz del conocimiento médico (Giddens, 1995; Giddens, 1998).

Pero hay un límite a la eficacia de ese lenguaje. En tanto, las objetivaciones médicas conforman un modo de decir la experiencia, éste bien puede ser insuficiente y, en ese sentido, el tratamiento puede ser a veces rechazado y otras veces considerado como no-agenciable, es decir, inapropiable. Habría que proponer, entonces, que el sistema de objetivaciones proporcionado por los expertos en salud frente al malestar de los agentes, sólo es eficaz en tanto sea total, es decir, en tanto articule el malestar, el examen, el tratamiento, pero también el sí mismo del agente, con todas las complejidades de su axiología corporal y de su posición social (Lévi-Strauss, 1979) y ello como condición de que el respeto conferido al conocimiento experto se transforme en una disposición a la revisión de comportamientos propios. Los cuerpos que se encuentran en esta convergencia entre axiologías y examen (más allá incluso de las diferencias de posición social) son, el de la mujer embarazada y el de la mujer en general, el de los niños y finalmente, el cuerpo de los ancianos.

Más acá de esta fiabilidad eficaz en la biomedicina aparecen en las entrevistas otras formas de objetivar el malestar, es decir, de articularlo a través de un lenguaje o de una práctica: las imágenes religiosas, el uso de medicamentos tradicionales, el recurso a especialistas tales como el farmacéutico o el enfermero (en ninguna de las entrevistas aparece el recurso a especialistas fuera de la biomedicina). Pero todas esas formas están articuladas dentro del funcionamiento de la unidad

doméstica, pertenecen a las formas de autoatención y acompañan a, más que entran en conflicto con, la atención al cuerpo provista por médicos dentro del sistema de salud pública o privada.

La articulación más frecuente, en el caso de la religión, puede, de un lado, colocarse en la experiencia de sufrimiento físico y, de otro lado en relación con el padecimiento emocional. De acuerdo con ello, las creencias religiosas no parecen estar vinculadas tanto con la expectativa de cura como con los recursos simbólicos para sobrellevar un mal momento, proporcionando una tranquilidad subjetiva frente al dolor intenso, sea este físico o emocional. En todos los casos, estas prácticas religiosas aparecen descentradas de la cura del cuerpo, a la vez que apoyan al saber biomédico en los puntos en que éste es insuficiente. Pero sea cuál sea el caso, este sistema de objetivaciones no es utilizado por todos los agentes.

Salud, enfermedad y organización de las unidades domésticas

En todos los sectores sociales los problemas de salud son resueltos cotidianamente en el seno de la unidad doméstica. El paso eventual a especialistas en salud será función tanto de los criterios de autodiagnóstico que transforman un cambio orgánico en una señal que exige una interpretación que no puede ser proporcionada por los recursos simbólicos de la unidad doméstica, como del acontecimiento que no puede ser resuelto con los recursos sociales o materiales de la unidad. El funcionamiento de la autoatención rutinaria se realiza regularmente a través de la automedicación, menos frecuentemente entre los entrevistados dotando a ciertos elementos de funciones terapéuticas más o menos amplias dentro de la solución cotidiana de problemas de salud o de prácticas de prevención rutinarias: el limón, el yantén, la hoja de coca, etcétera. La resolución de problemas de salud se logra también a través de una ampliación de la autoatención hecha posible, más allá de la unidad doméstica, dentro de la red de vínculos de los que participa, y por lo tanto por el conocimiento acumulado dentro de esa red; y finalmente por la participación de otros agentes: sobre todo el farmacéutico y el enfermero.

Ahora bien, los momentos en los que en ese proceso asistencial se recurre al sistema de salud, son variables de un grupo social a otro. A este respecto es necesario, desde el comienzo, establecer un contraste que atravesará la lógica de atención en las unidades domésticas: la relación de los agentes con su cuerpo es una relación con el tiempo en contextos sociales que privilegian lo inmediato o lo diferido (Bourdieu 2006a; 2006; 2007). En principio, se podría lanzar la hipótesis de que parte importante de los procesos que describiremos a continuación remiten a la acumulación de

patrimonio en la unidad doméstica, y por lo tanto a las garantías de seguridad que ésta construye desde su formación hasta su disgregación.

En una situación de acumulación de patrimonio doméstico el carácter diferido en la relación con el tiempo puede ser formulado en términos de privaciones ascéticas presentes para asegurar cierto control sobre el futuro. Esta clase de prácticas entre las que se encuentra no sólo la salud sino también la educación y el ahorro, parecen depender estrechamente de un mínimo de estabilidad, de un patrimonio que defender, del cuidado de una vida vinculada a ese patrimonio. Sin este mínimo de estabilidad, y este es el caso de los sectores populares, la privación ascética no ocurre y en su lugar se encuentra la experiencia regular del sufrimiento, que es ambigua: a la vez que exige una resolución da un valor moral a los agentes (como virilidad en el hombre o como abnegación maternal en el caso de la mujer). El papel del futuro aquí se modifica: deja de ser el punto que hay que colonizar activamente y pasa a estar dotado de cualidades inevitables.

Estos diferentes modos de inclusión del cuerpo en una temporalidad, o esta producción de una temporalidad a partir del cuerpo, forman parte del modo en que el sensorium confronta con los acontecimientos. La relación entre acontecimientos y sensorium es construida en términos biográficos a partir de sentidos vitales: del lado de los sectores populares el sufrimiento presente dentro de una red de obligaciones puede ser construido, en términos de sacrificio femenino o como virilidad; de lado de los sectores medios, el cuidado de sí, el ascetismo orientado a un auto-cuidado, puede ser construido en términos de la producción continuada de una buena vida, es decir, no meramente la felicidad sino también el logro de objetivos socialmente valorados (Castoriadis, 1996).

Como hemos dicho, el recurso al sistema de salud se vuelve regular en relación con dos franjas de edad consideradas por las definiciones corporales y del sí mismo como cuerpos dependientes, que deben obedecer, y a la vez como cuerpos “indefensos” o “no saludables”: la niñez y la vejez; y nuevamente se vuelve importante en la situación de maternidad. Pero para las unidades domésticas de sectores populares, la atención al malestar es resuelta rutinariamente en el ámbito de la unidad. Sólo las crisis (entendidas como los momentos de ruptura en los que la unidad doméstica no puede, frente a un acontecimiento/problema resolverlo con los recursos propios o de su red social) orientan a la atención biomédica especializada (incluso en los casos de enfermedades crónicas).

A la relevancia de las crisis, es de notar otra especificidad en la construcción social de la niñez, asociada a una diferente dinámica del funcionamiento de las unidades domésticas: la frecuencia que

tienen los accidentes de los niños en sectores populares. Esta frecuencia de los accidentes se prolonga durante la adolescencia, aunque aquí los accidentes dejan de estar marcados como relevantes.

Ahora bien, proponemos que esta exposición a los accidentes está vinculada al modo de vida de la unidad doméstica, y a la construcción de un sensorium con un umbral de dolor alto por comparación con los sectores medios. Al respecto del funcionamiento de la unidad doméstica es importante tener en cuenta que ésta se desarrolla como una entidad en una red de relaciones; los niños frecuentemente no están en su casa sino jugando con sus pares bajo el cuidado de un pariente pero fuera de su hogar. Los accidentes se deben pues al carácter singularmente abierto de la unidad doméstica. Pero esto debe interpretarse en términos de una modalidad particular de protección, el del modo de vida pobre pero protegido (Mingione cit. En Auyero, 2001), en tanto la unidad doméstica forma parte de una red de relevos familiares que la inscriben en redes de pertenencia que son a la vez redes de solidaridad (de solución de problemas) y bloques de dependencia (de obligaciones respecto del cuidado de los miembros de la red).

Los accidentes se colocan entonces en la creación de disposiciones a la sociabilidad. Pero esta sociabilidad no es armónica. En el caso de los adolescentes entrevistados, esta sociabilidad se define a través de nociones de masculinidad marcadas por la idea de hacerse valer frente a sus pares, sociabilidad pues, con una importante dimensión conflictiva. Si se tiene en cuenta, el relato de las mujeres adultas ya madres, se ve otro aspecto moral del dolor como componente de ese sensorium femenino: el sacrificio, visto como postergación del sí mismo frente a la relevancia de la salud de los niños. De acuerdo con lo anterior, la frecuencia de accidentes en la niñez parece ser a la vez la consecuencia y la inculcación como disposición de las pautas de sociabilidad de la red de unidades domésticas de sectores populares, o más claramente la exposición al mundo y el dolor son parte de la reproducción de las relaciones sociales y de la axiología aneja a estas. En ese mismo sentido, en la niñez los malestares se encuentran desdramatizados en el autodiagnóstico.

En las unidades domésticas de sectores medios vemos una ruptura de los vínculos sociales de protección y obligación con otras unidades domésticas y un cambio en la relación con el cuerpo inculcado en el infante a partir de los cuidados que recibe. Todo sucede como si la unidad doméstica sometiera a los niños a una situación de control y vigilancia atenta, y a partir de ello generara un sensorium sensible a las diversas señales manifestadas en el cuerpo, a la vez que estableciera un cordón sanitario (Donzelot, 2008) separándose del mundo. Sin embargo, esa

separación es parcial: entre la unidad doméstica y el exterior circula información. Información pero no protección: en los sectores populares, el autodiagnóstico de la unidad doméstica comprendía frecuentemente a la red en la que esta se insertaba: la información es parte aquí de la protección. En los sectores medios, la información es proporcionada, en el caso de los niños, sobre todo por el médico, y circula sólo entre la unidad doméstica y el profesional.

Con el paso a la edad adulta, en el caso de los sectores populares, podemos ver que disminuye el recurso al sistema de salud, incluso en el caso de enfermedades crónicas. La frase «nunca me enfermo» es la más regular en el caso de los agentes adultos, y oculta una cantidad de accidentes (sobre todo de trabajo) y de dolencias que son resueltas en términos de autoatención o su ampliación a través de mediadores tales como la enfermera y el farmacéutico.

Es de notar que con el paso a la madurez las mujeres de sectores populares redefinen su posición. La madurez es un periodo de postergación de todo cuidado de sí en función del cuidado del otro: de los niños y de los mayores. Hay varias dimensiones importantes a tener en cuenta al respecto de este punto: 1) la centralidad que tienen estos agentes en la unidad doméstica. Las unidades domésticas entrevistadas tienen en común la importancia del rol de la madre en la organización de la autoatención, lo que podemos llamar matricentralidad del proceso asistencial, a las mujeres de sectores populares este rol no parece permitirles ocupar a la vez el rol de enfermo, es decir de dependencia relacional (Parsons, op. cit.). 2) En los sectores populares el modo de vida aparece poco susceptible de una revisión reflexiva a la luz del conocimiento experto, debido a las obligaciones que vinculan las unidades domésticas entre sí. Cualquier tratamiento médico, como hemos dicho, lleva a una modificación reflexiva de prácticas tales como la alimentación, y a la adopción de controles más o menos rigurosos. Ahora bien, la participación en la red comunitaria carga de obligaciones a las prácticas que llevan a cabo los agentes. 3) Finalmente lo que hemos indicado acerca la figura del sacrificio en el sexo femenino que daba valor moral al umbral de sufrimiento. En este sentido, la renuncia de sí, aparece como constitutiva de la condición femenina en tanto que figura maternal abnegada, es decir, preocupada por el bienestar de su familia con exclusión de su propio bienestar.

Es importante al respecto que en las entrevistas a enfermas crónicas de mediana edad se asocie el tratamiento a una situación de indignidad, es decir de inadecuación entre su sí mismo (función de su posición en la unidad doméstica, y en la red social de la que forma parte) y su carácter de enfermo, al mismo tiempo que puede construir el sentido de la postergación de su propio

tratamiento en términos de sacrificio para con sus dependientes. En estas mismas entrevistas, el tratamiento es clasificado como tedioso o hartante. Al respecto nos atreveríamos a sugerir que lo que lo vuelve tal es la dificultad que trae para el cumplimiento de la rutina doméstica. En otros términos, es la rutina doméstica el telón de fondo que orienta a los agentes a dejar de lado un tratamiento médico.

No es sorprendente que sólo con los embarazos se retorne a los tratamientos. Sin embargo, es poco claro si podemos hablar aquí de una revisión reflexiva del estilo de vida y esto no sólo por el carácter temporal de esa transformación sino también porque es resultado de las posiciones estructurales de los agentes femeninos en la unidad doméstica. En todas las entrevistas a mujeres, éstas indican que han concurrido a hacerse los controles durante el embarazo que prescribe el sistema de salud, valoran esos controles y ligan la salud del no nato a su realización, han continuado esos controles durante el puerperio, etc. Todo ello muestra la fuerte medicalización del cuerpo de la embarazada, es decir, su construcción como cuerpo intervenido por variedad de dispositivos médicos. Tanto la frecuencia como la valoración de estos controles muestran que las intervenciones médicas en relación a la maternidad están recubiertas de moralidad, conformando una suerte de primer testimonio institucional de la figura del sacrificio femenino, es decir, de la posición relacional de la madre respecto de sus hijos y de la unidad doméstica de la que forma parte. Todo ello lleva a las agentes a establecer un relación muy fuerte con el sistema de salud, no comparable a la que mantienen frente a una patología. En otros términos, la atención ligada a la maternidad forma parte constitutiva del contenido moral de la posición de madre en la unidad doméstica y por ello constituye el punto inicial de la matricentralidad (Lomnitz, 1998) como propiedad estructural del proceso de asistencia (Menéndez, *ops. cit.*)

Es importante retomar aquí la noción de sacrificio vinculada al papel de la madre en los dos sectores sociales que estamos contrastando. Desde un punto de vista general, la caracterización de la madre en términos de abnegación y sacrificio es común a ambos sectores sociales. Es a través del sacrificio por los otros miembros de la unidad doméstica que la mujer transforma a ésta en una entidad moral, es decir en una familia. En ese sentido el sacrificio de la madre no sería otra cosa que el amor abnegado culturalmente exigido a los agentes adultos de sexo femenino. Sin embargo, este amor abnegado presenta modalidades diferentes en los dos sectores que analizamos. En los sectores populares ese amor abnegado toma la expresión corporal de la renuncia y la postergación de los cuidados del sí mismo, es decir de una vida sacrificada; sacrificio ofrecido al hogar y más ampliamente a la red de sociabilidad. En los sectores medios el amor abnegado toma básicamente

la forma del tiempo ofrecido como observación atenta y como protección constante que mantiene asegurado el cordón sanitario que separa la unidad doméstica del exterior.

La transformación del sí mismo en enfermo y, por lo tanto la correlativa revisión reflexiva de su modo de vida de acuerdo con el tratamiento médico, la encontramos a medida que comienza a modificarse la posición de los agentes en la unidad doméstica. Es decir, en tanto pueden ser reemplazados en sus funciones domésticas.

En las entrevistas a personas maduras de sectores medios se nota que la esfera de la autoatención doméstica se ha reducido y ha cambiado de sentido en comparación con su importancia en los sectores populares. La observación atenta a los cambios orgánicos define aquí una esfera reducida de malestares, es decir de modificaciones orgánicas relativamente rutinarias (malestares estomacales, resfríos, lastimaduras, etc.) que pueden ser resueltos por la unidad doméstica y/o por el recurso al farmacéutico y/o al enfermero. Es interesante que sea en este contexto en el que aparece el uso más frecuente de formas de tratamiento tradicionales (infusiones, jarabes, ingesta de frutos, que pueden combinarse como productos farmacéuticos). El consumo de información biomédica entrena la percepción para descubrir alteraciones significativas para agentes que están relativamente informados. Cambios en el tamaño de un lunar, crecimiento del abdomen, dolores inexplicables, son los que llevan a la atención médica clínica o, frecuentemente, especializada.

La aparición de cambios orgánicos interpretada a partir del conocimiento biomédico, funda una revisión de prácticas orientadas al control de los riesgos para la salud, es decir que tanto la autoatención como la atención biomédica se orientan activamente hacia el futuro. La información incorporada es parte de la lógica que regula la carrera del enfermo al interior del sistema de salud. Sea por la búsqueda de profesionales o instituciones de trayectoria reconocida o por la crítica de la labor particular de los médicos.

En algunos casos, la circulación de información biomédica entre la unidad doméstica y el exterior, lleva a lo que Donovan y Blake denominan “paciente bien informado” (cit. en Menéndez, ops. cit), es decir a aquellos que deciden sobre su tratamiento a la luz de conocimiento adquirido autónomamente, incluso yendo en contra de la prescripción médica.

De las unidades domésticas a las formas de atención biomédica

Al recurrir al sector salud los agentes elaboran una apreciación de la asistencia que han recibido. Este es el punto que nos interesa tratar a continuación. Y esto significa hacer un análisis de una regularidad importante en las entrevistas: la satisfacción respecto del servicio. Por razones de espacio restringiremos nuestras observaciones sólo a los sectores populares.

En el caso de los sectores populares, el recurso al sistema de salud es visto como inevitable, como parte de la condición de carencia de un trabajo estable y, por lo tanto, de carencia de una obra social. El primer nivel de atención toma una importancia marcada, a la vez que está revestido de un carácter de ruptura en relación con la rutina de la unidad doméstica. En la unidad doméstica de sectores populares, el carácter de crisis provocada por un acontecimiento que no puede ser resuelto con los recursos simbólicos y materiales de la unidad y de la red, es el elemento que gobierna todo el recorrido del enfermo-proceso asistencial desde su ingreso en la atención biomédica. De este modo, la salita es parte de la ruptura con la que la enfermedad irrumpe en la rutina de la unidad. La atención en situación de crisis, coloca la fiabilidad en referencia a la resolución rápida de un problema puntual. De allí la importancia del medicamento no sólo recetado sino también provisto por el primer nivel de atención. Es este medicamento, ejemplo de resolución rápida del problema, el que, de algún modo, regula la satisfacción respecto de la atención pública.

Empero, es necesario tener en cuenta el hecho de que aunque el medicamento sea provisto por el estado eso no asegura su obtención de parte de la unidad doméstica. Más bien, punto que es importante en el caso de que la unidad doméstica deba enfrentar una enfermedad crónica, la obtención de un medicamento y, por lo tanto la producción de una apreciación positiva, es resultado de los recorridos y del encadenamiento entre unidades de atención. La apreciación positiva que construye los agentes de unidades domésticas de sectores populares es resultado de estos recorridos, es efecto de su adaptación a una situación de relativa incertidumbre o de falta de sistematicidad en la atención pública de salud.

La incertidumbre lleva a los agentes a construir la estabilidad en la atención acumulando conocimientos sobre las particularidades (las diferencias de atención y las diferencias en la provisión de servicios) transformando la atención en un recorrido más o menos largo. Si a esto añadimos lo dicho ya respecto de la lógica de atención en sectores populares notamos que sólo bajo el impulso de la moralidad del sacrificio los agentes están dispuestos a mantener una presencia

continuada en la salud pública, es decir, sólo en el caso de que el paciente sea a la vez un sujeto bajo cuidado (madre embarazada, feto, niño, anciano) la unidad doméstica se orientará a asegurar su tratamiento. De otro la presencia del agente en el sistema de salud será discontinua, sujeta a situaciones puntuales de crisis.

Dentro de esta lógica doble que articula la resolución de problemas y el sacrificio aparece el fenómeno importante de que el acceso al sistema de salud, con sus dificultades, esperas, asistematicidades no tenga como efecto una valoración negativa de la atención pública y rara vez sea considerado como pertinente para ser relatado en el curso de las entrevistas. La resolución de problemas y la abnegación del cuidado se articulan para producir este efecto de relativa neutralidad. Por supuesto la no resolución del problema, implica un quiebre en la apreciación positiva. Sin embargo, como consecuencia de que las unidades de atención funcionan de manera particularista, nunca es el sistema de salud el que es criticado sino ésta o aquella unidad de atención, sean hospitales o salitas. Y en ese mismo sentido, el hecho eventual de que un problema de salud no sea resuelto sólo parece llevar a la ampliación del proceso asistencial dentro del sistema de atención pública.

Bibliografía

- Auyero, Javier. La política de los pobres. Las prácticas clientelísticas del peronismo. Editorial Manantial. Buenos Aires, 2001
- Bourdieu, Pierre. La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Editorial Taurus. Madrid, 2006a.
- Bourdieu, Pierre: Argelia 60. Estructuras Económicas y estructuras temporales. Editorial Siglo XXI. Buenos Aires, 2006b.
- Bourdieu, Pierre: El Sentido práctico. Editorial Siglo XXI. Buenos Aires, 2007.
- Castoriadis, Cornelius: "La democracia como procedimiento y como régimen". En Iniciativa socialista. N° 38. Febrero de 1996.
- Comelles, Joseph: "De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual". Actas de las III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud. Teruel, 1997.
- Donzelot, Jaques: La policía de las familias. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 2008.
- Douglas, Mary. Estilos de pensar. Ensayos críticos sobre el buen gusto. Editorial Gedisa. Barcelona, 1998.
- Giddens, Anthony. La constitución de la sociedad. Editorial Amorrortu. Buenos Aires, 1995.
- Giddens, Anthony: Consecuencias de la modernidad. Editorial Alianza, Madrid, 1997.
- Giddens, Anthony: Modernidad e identidad del yo. Editorial Península, Barcelona, 1998.
- Le Breton, David: Antropología del dolor. Editorial Sexi Barral, Barcelona, 1999.
- Le Breton, David: El sabor del mundo. Una antropología de los sentidos. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, 2007.
- Lévi-Strauss, Claude: Introducción a la obra de Marcel Mauss. En M. Mauss: : Sociología y antropología. Editorial Tecnos. Madrid, 1976.
- Lévi-Strauss, Claude: "El hechicero y su magia. En C. Lévi-Strauss Antropología estructural. Editorial Altaya. Barcelona, 1994a.
- Lévi-Strauss, Claude: La eficacia simbólica. En C. Lévi-Strauss: op. cit. 1994b.
- Lomnitz, Larissa. Cómo sobreviven los marginados. Editorial Siglo XXI. México D. F. 1998.
- Mauss, Marcel: Técnicas y movimientos corporales. En M. Mauss: op. cit. 1979.
- Menéndez, Eduardo. "Modelos de atención a los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En Ciência y saúde coletiva. Vol. 8 N°1. Brasil, 2002
- Menéndez, Eduardo. "Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos". En Revista de Antropología social, Vol. 14, pp. 33-69. México, 2005.
- Parsons, Talcott. El sistema social. Alianza Universidad. Madrid, 1984.
- Taussig, Michael. "La reificación y la conciencia del paciente". En M. Taussig. Un gigante en convulsiones. El Mundo Humano como sistema nervioso en emergencia permanente. Editorial Gedisa. Barcelona, 1995.