

## Capítulo 2. El planteo del problema y la elaboración del marco teórico de dos investigaciones cualitativas en el campo de la sociología médica

Betina Freidin

### Introducción

En este Capítulo ejemplifico el proceso de plantear el problema de investigación y elaborar el marco teórico a partir de dos estudios cualitativos que llevé cabo en el área de la sociología médica.

El primer ejemplo corresponde a una investigación que realicé sobre la disposición a donar órganos y tejidos para trasplantes post-mortem. Se trató de un estudio cualitativo con grupos focalizados, finalizado en el año 2000, con participantes de clase media y baja no vinculados con la actividad de trasplantes, los que desde el punto de vista de su conocimiento pueden ser consideradas legas o no expertas respecto de la subcultura médica. Dirigida por Ruth Sautu, realicé esta investigación en el marco de una beca de postgrado que me otorgó la Universidad de Buenos Aires. El segundo ejemplo, corresponde a mi tesis doctoral finalizada en el año 2007 bajo la dirección de Peter Conrad en el Departamento de Sociología de Brandeis University, *“Acupuncture Worlds in Argentina: Constested Knowledge, Legitimation Processes,*

*and Everyday Practices*”. Se trató de un estudio sobre el desarrollo de la acupuntura en Argentina en el que analicé las estrategias de legitimación e institucionalización de diferentes grupos de acupuntores (médicos y no médicos, incluyendo entre estos últimos a inmigrantes del sudeste asiático). Debido a la gran competencia y conflicto que prevalecía en el campo de la práctica de la acupuntura entre dichos grupos en el país, y a la asimetría de poder de los mismos, analicé los recursos diferenciados en la lucha para avanzar sus respectivas posiciones colectivas o proyectos profesionales. Asimismo, indagué en el nivel microsocia l cómo miembros de los distintos grupos de acupuntores practicaban la disciplina, construían su identidad profesional, y enfrentaban las dificultades institucionales y legales para trabajar como acupuntores.

A lo largo del Capítulo no me centraré en todos los aspectos del diseño de ambas investigaciones, sino que lo haré fundamentalmente en el proceso de construcción del marco teórico y en el planteo de preguntas u objetivos de investigación. Es importante que tengamos presente que ambos estudios se realizaron en el marco de instituciones académicas con metas propias de la investigación básica, es decir, que estuvieron orientados por los debates teóricos de la comunidad académica, a diferencia de la investigación aplicada cuya meta principal es intervenir sobre una problema social y/o tener propósitos evaluativos (Patton, 2002). Mientras la investigación académica se evalúa por su contribución al desarrollo en un área disciplinaria o interdisciplinaria, las investigaciones aplicadas y evaluativas se juzgan por su relevancia para resolver un problema definido como tal por los actores implicados, además de por su aporte para comprender teóricamente el proceso social en

cuestión (Patton, 2002). De ahí la importancia de explicitar en este Capítulo los nexos entre el marco teórico y los objetivos o preguntas de investigación que guiaron cada estudio.

En los estudios cualitativos la perspectiva teórica o el *contexto conceptual*, como lo denomina Maxwell (1996), se construye sobre varias teorías existentes y conceptos sensibilizadores, o bien se delinea inductivamente durante el proceso de investigación o termina de elaborar en dicho proceso articulando teorías existentes y conceptos emergentes. Para dar cuenta del proceso interactivo y progresivo de desarrollo del marco teórico, algunos autores describen la perspectiva inicial en los estudios cualitativos como un “marco sensibilizador” destacando su rol de guía u orientación (Freidin y Najmias, 2011)<sup>1</sup>. El mismo se termina de desarrollar a lo largo del proceso de la investigación a medida que se progresa en la revisión bibliográfica y se completa el análisis de los datos. Como lo destaca Silverman (2000: 78) las teorías impulsan la investigación sugiriendo ideas sobre aspectos desconocidos de la realidad. Pero este papel no hay que concebirlo de manera estática, sino que es fructífero referirse a las teorías como entidades “vivas” que se desarrollan y modifican a través del proceso de conocimiento que supone la investigación empírica. De manera similar, Alasuutari (1996) postula que la principal tarea del investigador es hallar y reconstruir el marco conceptual implicado en las preguntas de investigación y en el diseño metodológico: *“la función de la recolección de datos y del análisis es hacer visible los supuestos del estudio y desafiar y desarrollar el marco teórico inicial (p. 373)”*.

---

1 - El término “concepto sensibilizador”, acuñado por Blumer (1969), refiere al uso que se hace de los conceptos teóricos en la investigación cualitativa. Los mismos no son tratados de manera operacional sino orientadora, como guías de referencia que sensibilizan la interpretación de los datos y permiten ver la manifestación del concepto en las circunstancias específicas del estudio.

Fue de este modo como construí el contexto conceptual en las dos investigaciones que tomo como ejemplos en este Capítulo. Con igual carácter progresivo planteé y replanteé las preguntas u objetivos de investigación iniciales a lo largo del estudio, a medida que avanzaba con el trabajo de campo y analizaba los datos.

## La investigación sobre donación de órganos postmortem<sup>2</sup>

### *2.1 Clarificando ideas, delineando el problema de investigación y armando el rompecabezas conceptual*

En todos los países en los que se realizan trasplantes de órganos y tejidos, la disponibilidad de los mismos está muy lejos del número requerido para posibilitar la sobrevida o mejorar la calidad de vida de las personas que integran las listas de espera. Nuestro país no escapa a esta tendencia internacional<sup>3</sup>. En algunos tipos de trasplantes (por ejemplo, de riñón) el donante puede ser una persona viva, y la legislación establece que donante y receptor estén emparentados por sangre o por afinidad. Pero en la mayoría de las instancias se presenta la necesidad de contar con órganos de personas que fallecen. Esta circunstancia conduce a que la sobrevida de un enfermo dependa de la muerte de un potencial donante, y de la voluntad de éste en vida y de la de sus familiares

---

2 - Esta sección se basa en gran parte en Freidin (2007).

3- Si bien las estadísticas nacionales indicaban un progresivo aumento de la actividad de procuración en los últimos años, el gran desfase entre pacientes en lista de espera (5696 en 1998) y la cantidad de órganos y tejidos que se procuraban persistía.

-una vez producido el fallecimiento - de ofrecer sus órganos para que sean transplantados a desconocidos, sin esperar por ellos una compensación externa. La eficacia de la actividad de procuración de órganos de donantes cadavéricos depende de múltiples factores: legales, institucionales y organizativos, y de las actitudes hacia los transplantes y la donación de los profesionales involucrados en la actividad y las del público general. Este último aspecto era el que a mí me interesaba investigar: cuáles eran las representaciones de las personas no pertenecientes a la comunidad médica sobre la actividad de transplantes en nuestro país, y cuáles eran las razones y motivos que subyacían a la disposición positiva o negativa frente a la posibilidad de donar.

Mis primeras ideas e intuiciones sobre el tema, el intercambio con mi directora, las conversaciones informales con amigos y colegas, y la información periodística nacional y la internacional obtenida por Internet, me permitieron empezar a plantear interrogantes preliminares amplios para una propuesta de investigación. Cuando comencé a leer los antecedentes sobre el tema prontamente me encontré con estudios empíricos internacionales que indicaban la gran brecha existente entre la aceptación generalizada de la técnica y la disposición personal a la donación, así como la alta negativa familiar cuando se realiza la consulta a los familiares producida la muerte de un donante potencial. Paralelamente, la lectura de la legislación vigente sobre el tema, las estadísticas nacionales e internacionales sobre la actividad de transplantes, y algunas primeras entrevistas con actores del sistema institucional de procuración de órganos me permitieron ir construyendo el contexto histórico-institucional (ver Freidin, 2000). De este modo pude plantear el problema de investigación tanto desde el punto de vista de su relevancia empírica— la falta

de donantes de órganos y tejidos post-mortem constituye un problema para la comunidad biomédica y las agencias estatales de procuración—y teórica para la sociología y antropología médica, y la sociología y antropología del cuerpo.

Para poder argumentar sobre la relevancia teórico-académica del tema realicé una exhaustiva y amplia búsqueda bibliográfica. Al respecto, se me presentaban dos grandes dificultades. Por un lado, se trataba de un tema poco investigado en el ámbito sociológico local y, por otro lado, constituía un tema complejo, cuya indagación requería integrar teóricamente preocupaciones y discusiones de varias disciplinas sociales y perspectivas teóricas. Revisé la bibliografía internacional a la que podía acceder visitando bibliotecas, navegando por Internet y mediante comunicaciones personales con centros de investigación del exterior.

Como yo no pertenecía a un organismo vinculado con la actividad de trasplantes y se trataba de un tema novedoso para mí para el que no contaba con experiencia de investigación ni formación teórica en sociología médica, tuve que empezar prácticamente de cero. Mi interés por la temática había surgido de manera incidental, al verme en la situación de tener que decidir si quería o no ser donante de órganos cuando hice el trámite para obtener el pasaporte que por entonces se realizaba en dependencias de la Policía Federal. Fueron mis propias dudas y temores, e incomodidad con el contexto burocrático de solicitud, lo que despertó en mí la curiosidad por conocer qué le pasaba al resto de las personas ante la solicitud de ser un donante potencial y frente la práctica médica de trasplantes en términos más amplios.

Al comenzar a pensar la propuesta de investigación, lo único que tenía claro era que quería comprender por qué algunas

personas estaban dispuestas a donar sus órganos y otras no una vez producida su muerte, cuáles razones argumentaban unas y otras para sostener sus posiciones. También que se trataría de un estudio con personas no pertenecientes a la subcultura médica y, por lo tanto, no expertos en la materia ni vinculados profesionalmente con la actividad de transplantes. Los temas básicos que iba a abordar para dar cuenta de las diferentes posiciones serían: 1) Cómo la gente evaluaba la técnica del transplante en términos de aceptación o rechazo; 2) las imágenes y el valor simbólico atribuido al cuerpo muerto, 3) las creencias en torno de la muerte, y en particular las nociones legas sobre la muerte cerebral 4) la confianza y la credibilidad en las agencias de procuración de órganos y en la comunidad médica, y 5) y las motivaciones que disponen positivamente hacia la donación.

La literatura señalaba la gran brecha existente entre la aceptación de los transplantes como terapéutica y la disposición a ser donante de órganos. Entonces, lo primero que tenía que indagar era si la gente aceptaba la técnica, o si se presentan objeciones en este punto de partida. Segundo, tratándose de un estudio sobre donación postmortem, implicaba que para “dar” órganos hay que aceptar el hecho obvio que primero hay que morir, y esta condición inevitable lleva a que las personas elaboraren subjetivamente dicha circunstancia de diferentes modos. Sobre esta cuestión era importante explorar las imágenes y el conocimiento sobre la muerte cerebral, que es la condición necesaria para la extracción de órganos sólidos para transplantes. Tercero, que para donar hay que disponer del cuerpo propio o del de los familiares. Y, por último, que la gente que está dispuesta a donar lo hace por diferentes motivaciones, y que ese acto de entrega supone que se confía en las instituciones que gestionan la actividad de

transplantes y en los médicos que diagnostican la muerte del potencial donante.

Una vez identificados los temas básicos del estudio tenía que plantearlos teóricamente; es decir, necesitaba construir un marco teórico y formular las preguntas de investigación u objetivos que lo guiarían. Al respecto, Alasuutari (1998: 31) es contundente: el marco teórico no es solamente un listado de explicaciones posibles de un fenómeno; constituye una manera de percibir la realidad que se está estudiando. Por lo tanto, al construirlo estamos definiendo que es lo relevante sobre un tema – y por omisión, qué no - y cómo es conveniente interpretar los hallazgos de la investigación.

He simplificado mucho la etapa inicial del proceso, por momentos caótico, que implica transformar las ideas o intuiciones iniciales sobre un tema en preguntas u objetivos de investigación, la que necesariamente supone la toma de decisiones sobre la perspectiva conceptual del estudio. Esta instancia requiere clarificar y depurar ideas para la construcción del argumento conceptual que sostendrá los objetivos. Se trata de un proceso de focalización progresiva en el que hay que evitar la tentación de plantear todos los interrogantes que puedan ocurrírse nos sobre un tema, o bien – y de manera no excluyente - plantear un tópico desde un nivel de teorización de tal abstracción que esté deslindando del mundo empírico de los datos. Al respecto, son muy útiles las sugerencias de Silverman (2000). El autor propone algunas estrategias útiles para alcanzar el foco adecuado del estudio, e integrar los distintos aspectos que se quieren abordar. Entre las estrategias, sugiere elaborar diagramas de flujos que permitan visualizar la coherencia interna del planteo y encontrar el rompecabezas de lo que se quiere indagar, y, pensar por analogía óptica, en visualizar

el tema desde un sistema de lentes panorámicas y focales. Resumidamente, Silverman (2000:68 y 69) sostiene que en el proceso de acotamiento del tema los cuadros permiten plantear los conceptos clave y sus interconexiones; y que una forma de romper el círculo vicioso de los hechos y teorías interminables en la propuesta de investigación, es poner los libros a un lado – obviamente, después de haberlos leído- y preguntarse qué es lo que realmente uno quiere averiguar, o más específicamente cuál es el rompecabezas conceptual que se quiere resolver. Respecto del sistema de lentes, este ejercicio permite que la tarea de investigación sea manejable, focalizando los detalles de un tema y retrocediendo hacia una visión más general que evite la pérdida de perspectiva.

## *2.2 La revisión de la literatura*

Para construir el marco teórico del estudio sobre donación de órganos para transplantes orienté la búsqueda bibliográfica temática e interdisciplinariamente. Al tratarse de un tema complejo de componer como objeto de estudio, para construir el marco teórico recurrí a la estrategia de triangulación interdisciplinaria y teórica (Janesick, 1994:215). La triangulación interdisciplinaria permite ampliar la comprensión de un tema con el aporte de diferentes disciplinas. Leí artículos y libros escritos en el marco de la sociología, la psicología social, la comunicación social, y la antropología médica y cultural. La triangulación teórica supone el uso de perspectivas conceptuales múltiples para interpretar un conjunto de datos. Para que esta integración teórica sea viable es necesario que los supuestos más generales que articulan cada perspectiva sean compatibles (por ejemplo, la definición del actor social, y el papel de las emociones y los valores como

elementos formativos de la acción social).

En una primera instancia la lectura de la bibliografía internacional disponible fue amplia y panorámica. Leí artículos y libros sobre disposición a la donación basados en encuestas entre público general y la aplicación de cuestionarios relevando variables psicosociales a pequeñas muestras (generalmente estudiantes universitarios), pero también trabajos cualitativos que reconstruían el proceso de la toma de las decisiones de donación con familiares, estudios con profesionales involucrados en la actividad de transplantes, grupos culturales específicos, receptores de órganos, etc. Esta revisión me permitió identificar los diferentes temas de análisis, los grupos estudiados y los diseños de investigación que se aplicaban. Para ordenar significativamente este conjunto de trabajos seguí las sugerencias de Locke et al. (1987). Los autores destacan la conveniencia de organizar la revisión de la literatura a partir de criterios o categorías que permiten ver las semejanzas y las diferencias entre los estudios disponibles, y ubicar la propuesta propia en ese marco de conocimiento colectivo. El criterio de agrupamiento es la utilidad tanto para el investigador como para los lectores. Yo decidí diferenciarlos en dos grandes grupos: i) estudios realizados con personas no pertenecientes a la subcultura médica (público general o personas no expertas –*laypeople*–, receptores de órganos, familiares de donantes, minorías culturales) y ii) estudios con actores involucrados profesionalmente con la actividad de transplantes (médicos, enfermeras, clérigos, etc.). Una vez ubicados estos dos grandes grupos, distinguí qué temas o variables abordaban y qué diseños implementaban (Cuadro 1).

**Cuadro 1. Organización de las investigaciones internacionales sobre donación de órganos**

<b>Grupos de estudio</b>	<b>Temas</b>	<b>Diseños de investigación</b>
<p>Personas no pertenecientes a la subcultura médica (no expertos o <i>laypeople</i>)</p>	<p>VARIABLES sociológicas (estructurales) y psicosociales (creencias, actitudes, valores), vinculadas con la intención de donación o la toma de decisión de la donación.</p>	<p><u>Estudios prospectivos (disposiciones)</u> Encuestas nacionales con público general  Encuestas y estudios etnográficos con poblaciones específicas (minorías religiosas, culturales y étnicas)  Tests psicosociales a pequeñas muestras <u>Estudios retrospectivos (reconstrucción del proceso de la toma de decisión a favor o en contra de la donación):</u> Encuestas y entrevistas con familiares donantes y no donantes <u>Estudios con personas transplantadas:</u> Entrevistas a receptores de órganos</p>
<p>Actores involucrados profesionalmente con la actividad de trasplantes  Prácticas institucionales</p>	<p>Aspectos organizativos, prácticas hospitalarias, procedimientos y protocolos de la consulta familiar, conocimientos, creencias, actitudes, valores</p>	<p>Observación y encuestas a actores en el ámbito hospitalario (médicos, personal paramédico, clérigos)  Observación y análisis de protocolos, organizaciones y prácticas hospitalarias</p>

Fuente: Adaptado de Freidin (2007)

Posteriormente sistematicé los principales hallazgos de cada estudio. Específicamente me centré en los trabajos prospectivos con público general y en los retrospectivos con familiares, y de este modo obtuve un resumen de las regularidades empíricas registradas en otros contextos nacionales y cómo se las interpretaba<sup>4</sup>. También de los métodos empleados, sus ventajas y limitaciones. Si bien no presento aquí un detalle de los hallazgos, los mismos me permitieron refinar los cinco temas básicos que orientaron la formulación de las preguntas de investigación (aceptación de la técnica del transplante, la representación simbólica del cuerpo, las creencias y miedos en torno a la muerte, la confianza en las instituciones y en los médicos, las motivaciones que subyacen a la disposición positiva hacia la donación). Todos ellos referían al campo teórico de las percepciones y representaciones, actitudes, valores y motivaciones que pertenecen al orden microsocial y a los enfoques teóricos de la acción social.

Realizado el recorte temático y ubicado el nivel de análisis, la búsqueda se orientó a reunir bibliografía teórica para construir los supuestos conceptuales más generales del estudio, y los conceptos y las proposiciones sustantivas que darían contenido teórico a los objetivos específicos.

#### *2.4. Los supuestos más generales en la elaboración del marco teórico*

La perspectiva conceptual general que orientó la investigación

---

4 - La bibliografía internacional destacaba la gran brecha existente entre la aceptación generalizada de la práctica del transplante y de la donación de órganos y tejidos, y el escaso número de personas que firman en vida la autorización para la ablación postmortem, así como el alto porcentaje de negativa familiar una vez producida la muerte del ser querido.

integró el estudio de la cultura con las del interaccionismo simbólico. Desde este marco interpretativo más amplio abordé algunos interrogantes específicos que articulan la agenda de estudios de las ideas y comprensiones que elaboran las personas no expertas respecto de la medicina moderna y de sus desarrollos tecnológicos recientes, la salud y el tratamiento del cuerpo (Elston, 1997:11, Williams & Calnan, 1996).

Tal como lo plantea Wuthnow (1987), los estudios culturales encarados desde una perspectiva subjetivista exploran los significados que para los individuos, a través de sus actividades interpretativas, tiene la realidad social. En esta orientación, Triandis (1994) especifica que la cultura subjetiva se observa a través de las actividades de categorización, clasificación, valoración y conexiones de sentido que llevan a cabo las personas en interacción. Estas actividades interpretativas se realizan a través del uso reflexivo de sistemas o repertorios de significados disponibles y conocimientos, y del procesamiento de experiencias personales o mediadas (del círculo de allegados y de la construcción mediática). Siguiendo el planteo de Alasuutari (1995), la realidad social esta edificada intersubjetivamente a partir de significados y es posible -e igualmente válido- estudiar la dimensión cultural de los fenómenos sociales tanto en el plano de las estructuras de sentido colectivas como en el de las elaboraciones individuales.

Para comprender las imágenes y evaluaciones que subyacían en la disposición a la donación de órganos entre el público no experto, en este estudio enfoqué la cultura desde el plano de la acción, es decir, desde las construcciones psicosociales de los individuos. En esta dirección, buscaba rastrear las representaciones simbólicas (Strauss, 1995), en tanto

significados más individualizados a partir *de los universos simbólicos disponibles* para los miembros de diferentes grupos sociales, vinculados con la muerte y el cuerpo en relación a la donación de órganos para transplantes. El concepto de representaciones simbólicas me permitía capturar la diversidad de respuestas a partir de condiciones estructurales compartidas por actores individuales y/o colectivos atendiendo a sus experiencias biográficas. Las definiciones e interpretaciones de la realidad que elaboran las personas constituyen un elemento clave para comprender sus acciones. Como lo formuló Thomas (Thomas & Thomas: 1928:572; citado en Ritzer 1995: 242), y a partir de él la corriente interaccionista simbólica y el constructivismo, si las personas definen las situaciones como reales sus consecuencias para la acción son reales. El estudio buscaba dar cuenta de este plano simbólico y de su eficacia en tanto elemento formativo de la acción social.

Los supuestos de la cultura subjetiva y del interaccionismo simbólico fueron integrados con la perspectiva estructural sobre las oportunidades diferenciales de vida (Sautu, 2003). Esta orientación teórica permite definir la articulación agencia-estructura. Se entiende que las oportunidades de vida son sociales y estructurales, en tanto son objetivas y dependen de las pautas de organización social. Constituyen una matriz de oportunidades y limitaciones, posibilidades u opciones alternativas de interacción social que devienen de la posición en la estructura social. Desde esta perspectiva -incorporando la cultura y la interacción social - se explica la diversidad de comportamientos y orientaciones de grupos que más allá de compartir una situación de clase tienen otros anclajes sociales (en nuestro estudio, la edad y el género eran los más relevantes). Los estudios cuantitativos sobre donación de órganos

indicaban que la clase social y la pertenencia étnica eran variables asociadas con la desconfianza en las instituciones públicas y en los médicos. Teniendo como referente estas regularidades empíricas registradas en otros contextos nacionales, quise observar si este patrón también emergía en el ámbito local. Para plantear este interrogante necesitaba proposiciones teóricas que conectaran las percepciones y definiciones de la realidad con campos diferenciados de experiencias según condicionantes estructurales (de clase social, género y edad). Específicamente quería explorar si la desconfianza se construía diferencialmente en distintos sectores sociales, o entre varones y mujeres según sus experiencias en el campo del cuidado de la salud. Asumí que la elaboración de experiencias pasadas constituía el marco de expectativas sobre el futuro (Cuadro 2).

**Cuadro 2. Los supuestos generales del estudio**

- Rol de los valores, la cognición y las emociones en la construcción intersubjetiva de la realidad y en la formación de la acción individual.
- Uso reflexivo por parte de los actores sociales de sistemas de creencias colectivas, repertorios culturales u horizontes interpretativos. Eficacia simbólica de las definiciones de la realidad en la formación de la acción social.
- Campos de experiencias biográficas diferenciadas según inserciones estructurales (clase social, género y edad)

Fuente: Freidin (2007)

*2.5 El nivel de teorización sustantivo: construyendo conceptualmente las preguntas de investigación u objetivos específicos del estudio*

En esta sección desarrollo el nivel de conceptualización que orientó la formulación de los objetivos específicos de la investigación. En la construcción de esta instancia del marco teórico se me presentaban dos desafíos: la integración vertical y la integración horizontal de perspectivas para que el marco teórico fuere no sólo pertinente sino también coherente.

### *La perspectiva lega sobre la medicina moderna*

Desde el marco interpretativo más amplio que integraba los supuestos del interaccionismo simbólico, la cultura subjetiva y las chances de vida, abordé algunos interrogantes específicos que articulan el campo sustantivo del estudio de las ideas y comprensiones que elaboran las personas no expertas respecto de la medicina moderna y de sus desarrollos tecnológicos más recientes, la salud y el tratamiento del cuerpo (Elston, 1997; Williams & Calnan, 1996; Gabe & James, 1996; Williams & Bendelow, 1996). Este campo de estudios organizado por la sociología y antropología médica, indaga los vínculos entre la racionalidad médica y la de los no miembros de la comunidad de expertos; los criterios de sentido común a partir de los cuales se evalúan diferentes tecnologías y formas de cuidado de la salud, y la legitimidad otorgada por los legos a la biomedicina y a la confianza en los médicos (Williams y Calnan, 1996; Elston, 1997; Good, 1996). Se asume que las personas no expertas son sujetos activos y críticos y que, por lo tanto, hay que comprender sus acciones y el campo de la salud desde sus propias lógicas, sistemas de creencias y cúmulo de experiencias y conocimientos. La exploración de estos elementos permite que emerja la combinación compleja de confianza y escepticismo de los legos hacia la medicina moderna (Elston, 1997:12).

La inclusión del estudio de las emociones para comprender los vínculos del público general con la medicina era un camino que comenzaba a recorrerse en la sociología de la salud (James y Gabe, 1996). Se considera que las emociones actúan como uno de los nexos o mediaciones entre las relaciones micro y macro, y que juegan un rol central en la experiencia humana y en los modelos culturales acerca de la salud, la enfermedad y la muerte (Williams y Bendelow, 1996). Las emociones son conceptualizadas como construcciones sociales y culturales, y los estados emocionales que sienten los individuos son considerados diferentes formas de autoperibirse con poder o sin él. Se postula que dicha percepción deriva de las condiciones objetivas de existencia a través de las experiencias biográficas (Cuadro 3).

### **Cuadro 3. Perspectiva lega sobre la biomedicina**

- Contenidos cognitivos, valorativos y emocionales
- Diferentes visiones según experiencias biográficas en el acceso a la salud
- Autopercepción de recursos personales y sociales frente al sistema de salud

Fuente: Freidin (2007)

Las investigaciones internacionales indicaban que la confianza-desconfianza y el miedo-seguridad constituían las emociones centrales que era necesario explorar en sus contenidos específicos para comprender la disposición a la donación de órganos; entendiéndola como una instancia particular en la que puede observarse el nexo entre el público general y el mundo de la medicina científica y, de manera indirecta, la relación médico-paciente. Otro aspecto clave

a considerar era la confianza en el sistema institucional que organiza la actividad de transplantes. Cuando revisé las investigaciones empíricas sobre donación de órganos realizadas en otros países, observé que entre algunos grupos sociales - los más desfavorecidos estructuralmente- la falta de confianza en las instituciones y en los profesionales de la salud aparecía como un obstáculo para la donación. La desconfianza refería a dos aspectos. Por un lado, a la declaración de la muerte de los pacientes, y en este punto la falta de credibilidad genera el sentimiento de riesgo y el consecuente miedo a sufrir una muerte “prematura”. Por otro lado, se sospechaba de los mecanismos institucionales de asignación de los órganos entre los potenciales receptores. Las dudas en este último punto se vinculaban con cuestiones de inequidad social, y con la creencia en la existencia de un mercado ilegal de órganos.

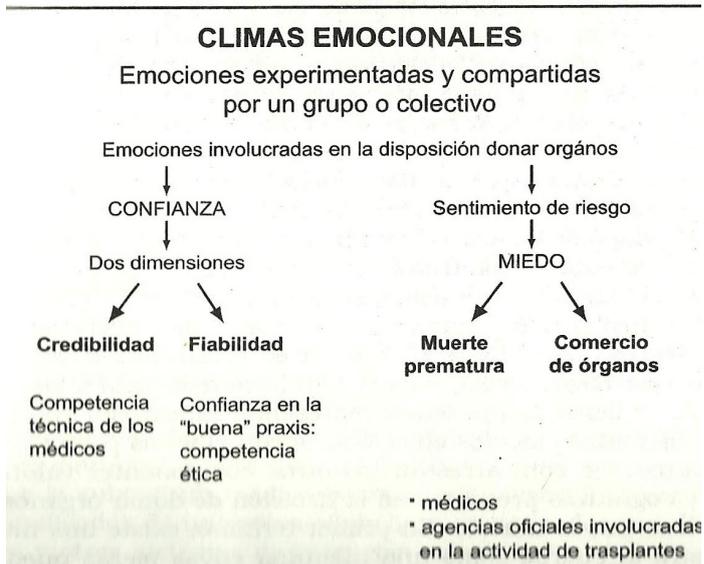
Para plantear conceptualmente el papel de estas emociones en la disposición a la donación busqué bibliografía teórica sobre la confianza y el miedo. Seleccioné un texto de teoría sociológica (Barbalet, 1998) y uno de semiótica social (Landowski, 1993). Barbalet (1998) sostiene que la confianza es una emoción que actúa como una de las fuerzas sintéticas más importantes en la sociedad; en tanto supera la incertidumbre y el desconocimiento sobre el futuro es un fundamento básico para la acción social, ésta última entendida en sus componentes racionales-instrumentales, valorativos y emocionales. Mientras que la confianza en sí mismo es un elemento primario para la acción, la confianza en el “otro” y en juicios sobre sucesos es básicamente una cuestión de creencia. En este punto - el nexo entre la *confianza* y la *creencia* - era oportuno incorporar la perspectiva socio-semiótica que distingue la creencia en lo *que* se enuncia y la creencia en

quién lo enuncia. Abordé en el estudio, siguiendo a Landowski (1993: 211-212), las dos dimensiones sobre las que se construye el lazo de confianza: la que refiere a la competencia *ética* del otro - en este caso, los médicos - en su práctica profesional, y la que alude a la competencia *técnica* del sujeto, que se vincula con su capacidad y *expertise*. Landowski sostiene que el término credibilidad puede reservarse para dar cuenta de la representación del otro como un ser competente desde el punto de vista de su conocimiento, y la noción de confianza, para la expectativa de que haga las cosas correctamente según principios éticos y de procedimientos.

Como lo desarrolla Barbalet (1998:152-157) el miedo, en tanto emoción experimentada socialmente, emerge en contextos sociales y por lo tanto no constituye una reacción individual ante una amenaza o peligro percibido, sino que resulta una emoción experimentada intersubjetivamente que cada individuo contribuye a crear. Las causas del miedo se vinculan con la atribución de *agency*. En este sentido, deriva del sentimiento de ausencia de poder o vulnerabilidad, o bien, de la percepción de un exceso de capacidad de acción del otro. El objeto del miedo es de tipo prospectivo y su contenido es la anticipación de un resultado negativo que implica un daño o perjuicio. Las emociones tienen un elemento de memoria y de anticipación; como elementos formativos de la acción experimentadas y compartidas colectivamente son producto y a la vez conducen a la producción y reproducción de “climas emocionales”. Yo me propuse explorar cuál era el clima emocional local en relación con la actividad de trasplantes; en particular, quería indagar cómo se construía la confianza/desconfianza y el sentimiento de seguridad / riesgo en relación a las agencias públicas y a la comunidad biomédica. Y si existían diferencias en estos sentimientos entre personas

de diferentes sectores sociales (Cuadro 4).

**Cuadro 4. Emociones involucradas en la disposición a la donación de órganos**



Fuente: Freidin 2007

***Las representaciones simbólicas del cuerpo y definiciones culturales del buen morir***

La importancia de estudiar el significado del cuerpo y el valor que se le otorga en relación a la aceptación de la práctica del trasplante se aborda principalmente desde la antropología médica y la psicología social. Desde una perspectiva cultural, la antropología médica ubica la controversia sobre las estrategias de procuración de órganos y la respuesta del

público general a los trasplantes y la solicitud de donación en el marco de la disputa por el significado y el valor del cuerpo y sus componentes, más allá de sus funciones naturales anatómicas y de la definición biomédica de su funcionamiento. Esta controversia se presenta en la medida en que la técnica del trasplante post-mortem de órganos y tejidos humanos desafía los supuestos tradicionales sobre la integridad del cuerpo y la persona, promoviendo la distinción entre el cerebro como el centro de la conciencia y los restantes órganos como piezas intercambiables (Joralemon, 1995:336). Sobre este punto específico, Le Breton (1995: 219-223) sostenía que los desarrollos más recientes de la tecnología médica profundizan la visión dualista sujeto- cuerpo, otorgándole a este último el valor de *objeto - máquina*, que como tal puede descomponerse analíticamente en sus elementos. La práctica del trasplante de órganos profundiza una definición instrumental del cuerpo humano que puede llegar a perturbar las concepciones del hombre común. Los estudios tanto prospectivos como retrospectivos con familias donantes indicaban algunas resistencias a donar algunas partes del cuerpo humano (tales como las córneas y el corazón) indicando una valoración cultural diferencial de algunos órganos y tejidos humanos. Esto me llevó a explorar si para las personas era importante conservar la integridad del cuerpo, si concedían un valor diferencial a sus partes y cuáles eran las imágenes o metáforas dominantes que utilizan para definir el cuerpo tras la muerte.

Desde la perspectiva de los estudios culturales se enfatizaba que la tecnología del trasplante no sólo supone una ideología especializada que define el valor social de los cuerpos y sus partes, sino que también prescribe la relación social entre donantes y receptores, y establece nuevos criterios médico-

legales que alteran las definiciones tradicionales de la muerte y del proceso de morir (Sharp, 1995). Las percepciones y creencias de los legos en torno a la extracción de órganos y tejidos humanos para transplantes nos ubicaban entonces en la intersección de los discursos científicos, religiosos y de sentido común; saberes y prácticas en relación al cuerpo y la muerte. El interrogante a plantear en este plano era en qué medida el saber o discurso médico sobre los procesos biológicos de la vida y de la muerte, y su materialización en el procedimiento de ablación e implante de órganos y tejidos, armonizaba con las creencias y sentimientos que el tema moviliza en los legos en relación al cuerpo y la muerte. Y si entre las razones enunciadas para ser o no donante, las personas que no pertenecían a la subcultura médica evocaban imágenes, creencias y significados de universos simbólicos cristalizados por diferentes religiones y otros sistemas de creencias colectivas (Berger y Luckman, 1983).

Los antropólogos que estudiaron las construcciones culturales de la muerte en diferentes épocas y sociedades, destacaban la importancia de las costumbres en torno a las prácticas funerarias. Entre éstas, han merecido una especial atención el tratamiento del muerto en los que siguiendo a Van Gennep (1986) y Turner (1990) se denominan ritos de pasaje. Visto que en cada época y endogrupo existen prácticas de pasaje que denotan sistemas de creencias diferentes, surgió el interrogante acerca de cómo la gente incorporaba el procedimiento de la ablación en el marco de sus valores y creencias en torno al tratamiento que merece el muerto, teniendo en cuenta que la extracción de órganos sólidos debe realizarse en un estadio de muerte que el saber médico denomina muerte cerebral y mediante un procedimiento técnico denominado mantenimiento cadavérico.

La bibliografía específica sobre el tema de la donación de órganos señalaba que la comprensión y aceptación del concepto de muerte cerebral por parte de los familiares de los potenciales donantes eran factores cruciales en el proceso decisional de la autorización de la ablación, y uno de sus aspectos más problemáticos. Por su parte, los estudios por encuesta con público general indicaban una gran confusión sobre el significado del término. Resultó entonces crucial en mi estudio explorar el conocimiento sobre el concepto médico de muerte cerebral y las respuestas cognitivas y emocionales que despertaban en los legos, y las imágenes y representaciones sobre el donante cadavérico que podían emerger en los grupos focalizados.

### *Significados y motivaciones del acto de donar*

En nuestro país la donación de órganos y tejidos pertenece al dominio de las acciones sociales que no se rigen por la lógica mercantil sino por la del “don” o el “regalo”<sup>5</sup>. Se trata de acciones ubicadas pública y oficialmente en el orden cultural de objetos que no pueden clasificarse como mercancías y que, por lo tanto, sólo pueden ser dados y obtenidos mediante una acción de carácter altruista por parte del donante (tanto vivo como cadavérico).

La acción social de “regalar” e inscribe en una relación social -no mercantil - que opera bajo un régimen de intercambios (Mauss, 1990). La microdinámica de esta relación - en su planteo original, aplicado a la circulación de regalos entre conocidos en sociedades arcaicas - involucra tres conjuntos

---

5 - Así sucede en la mayoría de los países en los que existe la práctica del transplante de órganos humanos.

de obligaciones simétricas y recíprocas: dar, recibir, y retribuir por lo que se recibió. El “paradigma del regalo” para dar cuenta de la acciones altruistas entre desconocidos en las sociedades modernas fue planteado por Titmuss (1971, citado en Prottas, 1993: 138) en relación a la donación de sangre, y, entre otros, por Prottas (1993) como modelo interpretativo y fundamento ético de la donación de órganos para transplantes. Como lo especifica este último autor, siguiendo a Mauss y Levi-Strauss, lo que llevaría a las personas a “dar” en situaciones de no reciprocidad (donde no hay una retribución directa) sería sentirse agentes de un intercambio social generalizado cuyo beneficio consiste en reforzar la membrecía a un sistema social. Sobre este punto, Joralemon (1996: 5) sostiene que junto con la disonancia cultural que puede provocar la ablación de órganos para transplantes, el acto de generosidad impersonal generalizada que supone la solicitud de donación puede actuar como motivación si se lleva a cabo en un contexto social en el que existe un sentimiento compartido de contrato social y, por lo tanto, de pertenencia a una comunidad.

El aspecto motivacional que subyace a la disposición a donar - así como el acto efectivo de la donación - se abordaba fundamentalmente en la psicología social, desde áreas de interés analítico tales como el comportamiento altruista o pro-social, la cognición y las emocionales vinculadas con la toma de la decisión de autorizar la donación de órganos propios o de familiares, así como los procesos de formación y cambio de actitudes (Shanteau & Harris, 1990). La literatura de referencia indicaba que existen dos núcleos motivacionales básicos: el altruista y el pragmático, éste último vinculado con una visión instrumental del cuerpo muerto (evitar el “desperdicio” de órganos implantables, transformarlo en algo útil para otros) (Prottas, 1993). En el estudio indagué ambos

aspectos motivacionales, y exploré asimismo el elemento de “devolución” presente en el acto altruista de la donación post-mortem.

## *2.6. Los objetivos del estudio*

El objetivo general del proyecto consistió en analizar la constelación de factores culturales y sociopsicológicos relacionados con la voluntad o disposición de las personas a ser donantes de sus órganos cadavéricos, y a autorizar la extracción de órganos de familiares. Se trató de un estudio sobre disposiciones a actuar de personas no vinculadas con la medicina ni con la actividad de transplantes.

A partir de la bibliografía revisada, la perspectiva teórica en la que me apoyé para plantear el problema de la investigación y el objetivo general, formulé las siguientes preguntas más específicas para orientar el estudio:

- 1) ¿La extracción de órganos y tejidos humanos para transplantes es una práctica médica aceptada en nuestro país por el público general?.
- 2) ¿Qué motivaciones alientan la intención de ser un donante de órganos?.
- 3) ¿Cuál es el criterio de muerte que manejan las personas que tendrán que decidir donar o no sus órganos?. ¿El concepto de muerte cerebral que utilizan los profesionales de la salud - y que la legislación internacional y nacional establecen como criterio para la ablación de órganos sólidos- es conocido y aceptado por los legos?. ¿Armoniza con las taxonomías de vida y muerte que manejan éstos?.
- 4) ¿Cómo es representado simbólicamente el cuerpo muerto?.

¿Es percibido como una unidad que hay que preservar como tal, o como un conjunto de partes separables que pueden removerse para ser implantadas en otro ser humano?. ¿Existen representaciones y valoraciones diferenciales de algunos órganos y tejidos humanos?

5) ¿Existe confianza en las agencias públicas y agentes de la salud que gestionan la procuración de órganos en nuestro país?. ¿Cuáles son los principales miedos en torno al tratamiento médico de los pacientes en relación a la obtención de órganos?.

6) ¿Existe la creencia en un mercado ilegal de órganos y tejidos humanos y, en consecuencia, la percepción de una desigualdad de oportunidades para obtenerlos?.

7) ¿Los factores estructurales como la clase social, la edad y el género marcan diferencias en los temas contenidos en los objetivos específicos anteriores?.

**Cuadro 5. Vínculo entre los contenidos temáticos de los objetivos investigación y el marco teórico**

<b>Contenido temático de los objetivos</b>	<b>Conceptualización teórica</b>
<b>1- Aceptación de la técnica del trasplante</b>	Legitimidad de la medicina moderna entre el público no experto
<b>2- Razones para donar o no donar</b>	
Confianza en la comunidad médica y en las agencias estatales	Climas emocionales. Expectativas de atención de la salud según la elaboración de experiencias pasadas.
Construcciones simbólicas del cuerpo y emociones que genera la imagen de la ablación de órganos	Construcción sociocultural del cuerpo y sus partes. Diferentes representaciones simbólicas -nivel micro- que se expresan a través de metáforas e imágenes .
Imágenes y conceptos sobre la muerte cerebral	Taxonomías culturales de vida y muerte. Importancia de la prácticas funerarias (ritos de transición, estado liminar).
Creencias en la posibilidad de comerciar órganos	Diferencia entre bienes económicos (mercancías) y bienes no económicos (regalos). Desconfianza en las agencias estatales y en la praxis médica.
<b>3- Motivaciones para donar</b>	Altruismo, pragmatismo. Expectativas de devolución.
<b>4- Diferencias estructurales</b>	Los campos de experiencias biográficas difieren según la inserción en la estructura social (clase social, edad, género)

Fuente: Freidin (2007)

A lo largo del estudio, el marco teórico inicial fue desarrollado, refinado e integrado a partir de la especificación de algunos de los conceptos sensibilizadores, el desarrollo de conceptos emergentes y la integración de diferentes dimensiones analíticas mediante la construcción de perfiles socioculturales de disposición hacia la donación de órganos. Dicha integración conceptual fue posible en las instancias finales del proceso de análisis de los datos, permitiéndome especificar circunstancias y condiciones estructurales, culturales y biográficas sobre las que se sustentaban las distintas posturas y las lógicas argumentativas subyacentes (con sus componentes afectivos, cognitivos y valorativos).

Los datos fueron reunidos mediante el trabajo de campo con grupos focalizados. Las discusiones grupales constituían un método apropiado para indagar sobre experiencias, opiniones, sentimientos, argumentaciones racionales y miedos difusos sobre un tema que no suele ser objeto de conversaciones cotidianas, y del que puede resultar difícil hablar en la situación de una entrevista individual. El trabajo con grupos focalizados - y los métodos cualitativos en general - son sumamente aconsejables para reunir información detallada y en profundidad sobre temas delicados en los que se ponen en juego no sólo aspectos cognitivos-rationales sino también emociones y sentimientos. La discusión grupal -o el efecto de grupo- estimula las intervenciones individuales y el feedback generado favorece que los participantes cotejen sus percepciones y opiniones tras el intercambio de puntos de vista.

### 3. El estudio sobre la construcción del campo profesional de la acupuntura en Argentina

El segundo estudio que tomaré como ejemplo para describir la elaboración del marco teórico y el planteo de objetivos de investigación corresponde a mi tesis de Doctorado. A diferencia del estudio previo sobre donación de órganos, estudiar las luchas político-profesionales en la constitución del campo de la acupuntura no constituía un problema social construido como tal por su relevancia colectiva (ver Sautu, Capítulo I de este Cuaderno), sino que se trataba de un tema de interés para la sociología médica y de la salud y la sociología de las profesiones. Mi interés por el tema surgió mientras estaba cursando el Doctorado en Sociología. Yo había ingresado al Programa sabiendo que mi tesis sería sobre medicinas alternativas, pero no tenía para nada claro cómo recortaría mi objeto de estudio. Hasta ese momento sólo contaba con mi experiencia como paciente y mi curiosidad intelectual por poder llevar a cabo una investigación sobre alguna temática vinculada con las medicinas alternativas. Durante el Doctorado tomé varios cursos de sociología y antropología médica que me aportaron una formación general en estas subdisciplinas, y orienté mis trabajos de fin de curso hacia distintos aspectos vinculados con las medicinas alternativas, sobre las cuales había muchos antecedentes en la literatura anglosajona. Además, tuve la oportunidad de ser asistente docente del profesor Peter Conrad en distintas materias sobre sociología de la salud para estudiantes de grado, lo que incrementó mi caudal de lecturas.

Una circunstancia un tanto azarosa me orientó hacia la

acupuntura como objeto de indagación sociológica para la tesis. Cuando cursé la materia *Fieldwork Methods* en el segundo semestre del primer año—que podríamos traducir como métodos cualitativos—cada estudiante tenía que elegir un lugar para realizar una práctica etnográfica de tres meses. Yo decidí hacerla en una clínica privada de medicina china ubicada en la ciudad de Boston porque un amigo mío me facilitó el acceso. Fue un acceso condicionado y negociado, ya que su director sólo me permitió charlar con los miembros del *staff*, y observar y tomar notas pero no entrevistar a los pacientes, restringiendo la observación a sesiones de acupuntura (excluyendo la terapia de masajes) y a la farmacia donde preparaban los remedios herbales. Recuerdo que cuando le comenté al profesor del curso—Stefan Timmermans—cómo había sido la negociación él se mostró contento ya que considera que la acupuntura, a diferencia de los masajes, podía verse como un tratamiento “médico”. Pese a las restricciones que me fueron impuestas fue una práctica etnográfica intensa. Y fue así como empecé a leer estudios sociológicos y antropológicos llevados a cabo en Estados Unidos y otros países centrales sobre el caso de la acupuntura vinculados con su difusión transnacional y los procesos de localización y recepción en los países centrales, las disputas en torno a su regulación como práctica profesional en los países occidentales en los que la biomedicina es el sistema médico dominante, la investigación clínica sobre su efectividad y mecanismos de acción, y sobre las experiencias de los pacientes. Leí investigaciones empíricas, pero también informes de la OMS, literatura médica y sobre aspectos regulatorios, trabajos más teóricos, e información periodística. Durante el segundo año del doctorado continué orientando mis trabajos de fin de curso a las medicinas

alternativas y al caso de la acupuntura, cuando fue posible. Por ejemplo, cuando cursé sociología de la cultura apliqué las lecturas del curso para analizar el caso de la clínica de medicina china en donde había hecho el trabajo de campo. Iba de este modo fortaleciendo mi *background* teórico para la instancia de elaborar el proyecto de tesis.

Fue a través de las lecturas y de mi corta experiencia etnográfica que comencé a reflexionar sobre las diferencias entre la situación de la acupuntura en Estados Unidos, en particular en el estado de Massachusetts, y en la Argentina, en lo que refería a aspectos regulatorios e institucionales y a los procesos de profesionalización de los practicantes, especialmente cuando el movimiento de la medicina integrativa comenzada a tomar fuerza en el país del norte. Estando en Estados Unidos traté de buscar toda la información sobre Argentina a la que podía acceder *on-line*; encontré muy poco, pero dos circunstancias hicieron de la Acupuntura un caso empíricamente relevante para un estudio sociológico que ameritaría transformarse en una tesis de doctorado. Primero, a través de información periodística me enteré que existía desde los años ´90 un servicio de acupuntura a cargo de médicos en un hospital en una ciudad capital del noreoeste del país; y segundo, que en el año 2001 mediante una Resolución el Ministerio de Salud de la Nación había reconocido a la acupuntura como un “acto médico” y establecido que sólo los médicos alópatas podían practicarla. Este escenario de institucionalización y de regulación excluyente constituía una coyuntura –o marco histórico institucional- muy interesante para un estudio sociológico. No sólo la comunidad biomédica aceptaba su valor terapéutico—tras décadas de rechazarlo—sino que también quedaban fuera de un marco legal los practicantes de la disciplina que no contaban con un título

oficial como médicos. Esta situación incluía a acupunturistas locales e inmigrantes del sudeste asiático, quienes se habían movilizado en el ámbito judicial y legislativo para revertir la situación de ilegalidad<sup>6</sup>. Por otra parte, no había estudios ni desde la antropología ni la sociología sobre la Acupuntura en el país, otra circunstancia favorable para justificar la elección de esta medicina alternativa como caso.

Era por entonces el año 2005, y se abrió la posibilidad de presentarme a un concurso de becas en el Programa de Estudios Latinoamericanos de la universidad Brandeis para hacer una estadía de investigación en Argentina durante tres meses. Tuve que armar un proyecto de investigación en el que planteé que haría observaciones y entrevistas con los médicos y los pacientes en el servicio hospitalario en el noroeste y también en la ciudad de Buenos Aires, contactándome para ello con distintas organizaciones y especialistas, médicos y no médicos. Acordamos con mi director, Peter Conrad, que este trabajo exploratorio preliminar me permitirá a mi regreso escribir el proyecto de tesis doctoral. Por entonces yo fantaseaba con hacer un estudio comparativo entre Estados Unidos y Argentina para lo cual ya había hecho contactos con investigadores de otras universidades y responsables de

---

6 Hasta fines de 2001 la práctica de la acupuntura no estaba regulada por las autoridades sanitarias en el país. En setiembre de ese año, la Resolución No 997 del Ministerio de Salud de la Nación estableció que sólo los profesionales médicos con título habilitante podían practicar acupuntura (en el año 2008, cuando yo ya había finalizado la tesis, la autorización se extendió a kinesiólogos y fisiatras). La normativa fue refrendada por los colegios médicos de casi todas las provincias del país, al tiempo que objetada judicialmente a través de la vía extraordinaria del recurso de amparo por los acupunturistas no médicos organizados en Colegio Argentino de Acupuntores. Numerosos proyectos de ley fueron presentados antes y después del año 2001 en el Congreso por diversas organizaciones de acupuntores (médicos y no médicos) para regular la actividad mediante una ley nacional, pero al no ser tratados en comisión perdieron estado parlamentario.

un servicio público de acupuntura en Boston para iniciar el trabajo de campo. Prontamente deseché esta opción como demasiado ambiciosa y difícil de llevar a cabo por una sola persona en un tiempo razonable. Opté por centrarme en Argentina, tras interiorizarme de la situación conflictiva local y haber realizado un trabajo de campo sumamente intenso durante los tres meses que duró la beca<sup>7</sup>.

### *3.1. La elaboración del marco teórico y de las preguntas de investigación*

Junto con las lecturas, las entrevistas con actores institucionales, especialistas y pacientes, la revisión de material documental y las observaciones que había realizado en el trabajo de campo preliminar me permitieron plantear el problema de investigación en términos de relevancia empírica local, decidir el foco del estudio y comenzar a elaborar el marco teórico. Este último lo fui elaborando en una ida y vuelta entre el análisis progresivo de los datos y la continua lectura de bibliografía teórica. Los memos analíticos y mapas conceptuales ocuparon un papel central en el proceso de “hilvanar” la perspectiva teórica del estudio y para interpretar teóricamente los datos (Maxwell, 1996; Clarke, 2005).

¿Cuál era la especificidad de la acupuntura frente a otras medicinas alternativas para considerarla como caso de estudio? La acupuntura era una medicina milenaria originada en China ampliamente practicada en occidente, respaldada por la OMS desde hacía décadas, y que había sido objeto de abundante investigación clínica para evaluar su

---

7 - Debido al recorte analítico de la tesis, no incluí las entrevistas que había realizado con los pacientes en el trabajo de campo preliminar.

eficacia y explicar sus mecanismos de acción desde teorías biomédicas en lugar de las tradicionales, especialmente para el tratamiento del dolor. Constituía un dominio de *expertise* sujeto a procesos de transformación y re-significación en la medida en que los distintos actores involucrados (científicos, funcionarios, organizaciones internacionales y profesionales, practicantes médicos y no médicos) evaluaban su valor terapéutico, y sostenían criterios de eficacia y estándares para su práctica correcta. Era un ejemplo intrigante de un conocimiento médico milenario que se había globalizado y había sido objeto de apropiación y disputa entre actores con poder desigual en la contienda por lograr legitimidad y autoridad en la práctica de la disciplina. Tomé un concepto de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología que me permitió captar el carácter indeterminado y disputado de la acupuntura como conocimiento y práctica terapéutica, el de *boundary objects*. No sé si es una buena traducción, pero sería algo similar a “objetos fronterizos”. La idea me fue sugerida por Stefan Timmermans luego de leer la versión completa del proyecto de tesis que le envié para recibir sus comentarios (él ya se había ido a la Universidad de California en Los Ángeles pero anteriormente había sido mi Consejero de estudios). No solo era apropiado para el tipo de fenómeno en cuestión sino que también podía integrarse a la perspectiva teórica más general que yo había escogido para enmarcar el estudio, la de los mundos sociales desarrollada inicialmente por Anselm Strauss y elaborada posteriormente por Adele Clarke. El término objetos fronterizos fue acuñado por Leigh Star y Griesemer (1989: 393) para referirse a fenómenos que son lo suficientemente plásticos para adaptarse a las necesidades locales y las limitaciones que encuentran los distintos actores que los emplean, pero lo suficientemente

robustos para mantener una identidad común en la variación. Pueden transformarse en sitios (*sites*) de intensa disputa sobre su definición para que se acomoden a las necesidades de los mundos sociales involucrados (Clarke y Leigh Star, 2003). De hecho, aunque sin referirse a este concepto, Dew (2001: 1793) en su estudio sobre la acupuntura en Nueva Zelanda había descrito su estatus anómalo, en el sentido de encontrarse en la frontera entre lo que es y no es ciencia, y al caracterizarla como una práctica que no es verdaderamente médica ni alternativa.

Dadas las características de la práctica de la acupuntura en Argentina, y de su estatus incierto como intervención terapéutica, el foco de mi tesis estuvo puesto en observar cómo la autoridad en la disciplina era reclamada (*claim*) y alcanzada por los distintos grupos de acupuntores en un contexto de alta competencia ocupacional y de dominancia biomédica. La coyuntura local de la acupuntura constituía una oportunidad para un análisis sociológico de las disputas sobre credibilidad en materia de autoridad terapéutica en las que estaban envueltos actores con acceso diferencial a recursos de poder. Considerando el carácter conflictivo de la práctica de acupuntura en el país, el estudio buscó reconstruir la perspectiva de los practicantes sobre esta situación y sus estrategias para acomodar una práctica que estaba en proceso de transformación en el plano internacional. Dado el estatus ocupacional precario de los acupuntores no médicos y la marginación de la que habían sido objeto los acupuntores médicos históricamente en su profesión, también me propuse indagar cómo miembros de ambos grupos construían su identidad profesional<sup>8</sup>. Y, finalmente, dado el

---

8 - La acupuntura fue introducida en círculos médicos del país en los años 40; la primera asociación de médicos acupuntores (Sociedad Argentina

carácter relativamente indeterminado de la acupuntura como medicina quise dar cuenta de los variados significados y valor que los especialistas asignaban a la terapéutica. Estos fueron los objetivos de investigación que organizaron la tesis. Los mismos involucraban dos niveles de análisis de los “mundos sociales” de la acupuntura: el de la acción colectiva (nivel mesocial) y el de las acciones y construcciones de sentido individuales.

El primer nivel de análisis, el colectivo, me permitía reconstruir las disputas y estrategias para institucionalizar y oficializar sus actividades llevadas a cabo por las organizaciones que agrupaban a los distintos acupunturistas (presentación de proyectos de ley, actividades de lobby, presentación de recursos de amparo, creación de colegios profesionales, mecanismos de certificación y acreditación de programas de estudio, reconocimiento de credenciales en la disciplina por parte de las autoridades sanitarias, etc). Para ello necesitaba enmarcar los proyectos profesionales de los distintos grupos en la cultura médica local y el sistema de salud dominado por la biomedicina, y vincularlos con procesos globales que moldeaban discursos, y proporcionaban recursos y estrategias diferenciales de legitimación. En el segundo nivel de análisis, el individual, analicé mediante entrevistas cualitativas en profundidad cómo los especialistas construían su identidad profesional y el compromiso con la disciplina, y acomodan sus prácticas en el conflictivo campo local dividido por barreras legales, profesionales y étnicas.

Como lo anticipé, el nivel de teoría más general en el que enmarqué mi estudio fue el de los mundos sociales. Se trata

---

de Acupuntura) se creó en 1955, constituyéndose en la primera filial en Latinoamérica de la Sociedad Internacional de Acupuntura.

de una perspectiva sociológica constructivista que sigue la tradición del interaccionismo simbólico (Strauss, 1993; Clarke, 1991, 2005) y está orientada a analizar ambos niveles, el colectivo y el individual. Siguiendo a Clarke (1991), los mundos sociales son grupos—entre ellos ocupaciones—comprometidos con determinadas actividades, que comparten recursos de diversa índole para alcanzar sus objetivos, y que construyen ideologías para llevar adelante sus asuntos. Varían en tamaño, organización formal, duración, orígenes y trayectorias, recursos, relación con la tecnología y el poder estatal (Strauss, 1993). La perspectiva centra el análisis en cómo grupos altamente organizados, o bien informales, generan, adoptan y traducen ideologías sobre cómo su trabajo debe ser hecho de manera relacional, teniendo en cuenta cómo sus acciones afectan a los otros grupos y son afectadas por las de ellos. Examina procesos políticos complejos y dinámicas culturales, así como condiciones estructurales, para comprender cómo estos universos de significados e interacciones se construyen colectivamente, y cómo sus representantes luchan por alcanzar legitimidad en distintas arenas. Las arenas son esferas relacionales de intereses, instancias de acción e interacción de actores colectivos así como situaciones concretas de controversias en las que distintos mundos sociales o sub-mundos intersectan (para el caso seleccionado una arena central de enfrentamiento a observar mediante análisis documental y entrevistas a informantes era la legislativa)<sup>9</sup>.

Articulé esta perspectiva más general con conceptos de autores clave de la sociología profesiones, en particular de

---

9 - Entre el año 2000 y el 2007 se presentaron 9 proyectos de ley, uno obtuvo media sanción en la Cámara de Diputados el año 2006 pero no se trató en el Senado, perdiendo de este modo estado parlamentario.

Abbott (1988), Freidson (1994) y Sarfatti Larson (1990). De la perspectiva ecológica sobre las profesiones desarrollada por el primer autor tomé el concepto de disputa por el establecimiento de jurisdicciones en espacios vacantes, entendiendo por jurisdicción el vínculo entre un grupo profesional y determinada actividad. Como lo plantea el autor, en esta lucha lo que está en juego es el derecho a definir culturalmente determinados problemas y dominar la estructura social para resolverlos (Abbott, 1988: 63). Como resultado de la competencia surgen *settlements* que estructuran las posiciones relativas de los contendientes, y que pueden abrir nichos de mercado (*market shelters*) para grupos ocupacionales en proceso de profesionalización (Freidson, 1994; Sarfatti Larson, 1990). En el caso de la acupuntura se trataba de luchas por obtener legitimidad y reconocimiento oficial para ocupar dichos nichos. Los procesos de legitimación, siguiendo a Strauss (1982: 173), involucran argumentos sobre quiénes pueden apropiadamente hacer determinadas cosas, con ciertos medios o materiales, en lugares y tiempos correctos, y de manera aceptable.

Seguí la tradición interaccionista para el estudio de los grupos profesionales, que remarca aspectos procesuales en su constitución y su diferenciación interna. Se las conceptualiza como “*una amalgama de segmentos en movimiento que persiguen diferentes objetivos y que están unidos de manera más o menos frágil bajo un mismo nombre en un momento histórico particular*” (Bucher y Strauss, 2001:10). Dichos segmentos se organizan alrededor de relaciones de poder, autoridad y prestigio, acceso diferencial a recursos materiales y privilegios profesionales, y difieren en términos de actividades, ideologías e intereses (Shaffir y Pawluch 2003; Strauss, 2001; Gerson, 1983; Abbott, 1988). En la profesión

médica, por un lado, se abordan los procesos colectivos de legitimación e institucionalización de los diferentes grupos a través del análisis de movimientos intelectuales y nuevas especialidades, y de mecanismos de estratificación interna. En un nivel microsocia, se reconstruyen carreras profesionales identificando clivajes en la práctica y modos diferenciales de identificarse con el rol profesional (Shaffir y Pawluch, 2003; Strauss, 2001; Goldstein et al., 1998; Freidson, 1984; Becker y Carper, 1956).

El nivel colectivo de análisis me permitió observar, por un lado, la lucha de los médicos acupuntores por revertir su marginación histórica en la profesión y para enfrentar a sus competidores externos, los acupunturistas “no médicos”. Se trataba de acciones colectivas para legitimar un segmento al interior del grupo profesional a través de la institucionalización de sus prácticas, la obtención de reconocimiento de sus pares y el acceso a recursos colectivos (Gerson, 1983). Siguiendo a Strauss (1982) observé distintos mecanismos puestos en marcha para legitimar sus prácticas y avanzar su proyecto profesional: el reclamo del valor (*worth-claiming*) de la acupuntura, y las tácticas de distanciamiento y demarcación (*boundary setting*) respecto los acupuntores no médicos para monopolizar el nicho del mercado ocupacional a través de mecanismo de cierre (*social closure*). Mediante estas tácticas que no sólo niegan retóricamente a los competidores sino que también se busca controlar recursos en un campo determinado de acción (Cuadro 6). Siguiendo a Freidson (1988), los títulos y las matrículas profesionales establecen criterios de inclusión y exclusión en el control de nichos del mercado de trabajo a través de mecanismos de cierre social que operan entre grupos ocupacionales, así como en su interior.

**Cuadro 6. Nivel colectivo: procesos de legitimación  
llevados a cabo por los médicos**

<p><b>Frente interno (lucha intra-profesional por reconocimiento de los pares y acceso a recursos)</b></p> <p>Reclamo del valor de la acupuntura como práctica médica</p> <p><b>Frente externo (dominio del nicho del mercado ocupacional)</b></p> <p>Técnicas de distanciamiento y demarcación de los competidores no médicos (establecimiento de barreras profesionales y morales, reclamo de conocimiento especializado, y estándares para la práctica correcta y segura de la acupuntura)</p>	<p><b>Luchas interrelacionadas ara elevar el estatus en la profesión y establecer mecanismos de cierre social frente a competidores externos</b></p>
---	--

Por otro lado, también en el nivel colectivo, analicé las acciones de los acupuntores no médicos para alcanzar estatus profesional y confrontar la estrategia de monopolización de la práctica por parte de los médicos. Ellos también tenían un doble frente de lucha. Por un lado, enfrentaban el desafío de organizarse como un grupo profesional y legalizar su estatus, estableciendo programas de formación en la disciplina y mecanismos de titulación y matriculación reconocidos por el Estado, y creando organizaciones para autoregularse. La posibilidad de alinear intereses en torno a un proyecto profesional común planteaba varias dificultades, pues se trataba de especialistas con formación muy dispar además de diferenciarse por sus orígenes étnicos. Por otro lado, tenían que “negociar” su estatus en el sistema de salud dominado por la profesión médica y confrontar el proyecto de los

médicos acupuntores de controlar el nicho de la práctica de la acupuntura de manera exclusiva (Cuadro 7). Esta lucha colectiva se desarrollaba no sólo bajo condiciones de dominancia profesional de los médicos, sino también en un contexto local en el que ningún otro grupo de especialistas en medicinas alternativas había obtenido reconociendo por parte del Estado como trabajadores de la salud. El análisis documental y las entrevistas con informantes me permitieron reconstruir este nivel de análisis.

**Cuadro 7. Nivel colectivo: procesos de legitimación de los acupuntores no médicos**

**Frente interno**

Autororganización como grupo profesional y obtener estatus legal en el sistema de salud

**Frente externo**

Confrontar el proyecto de práctica monopólica de los médicos acupuntores y negociar su posición bajo condiciones de dominancia profesional de los médicos: cuestionamiento de jerarquías de *expertise* y de los estándares de la práctica correcta de la acupuntura.

Si bien existía literatura internacional relativamente abundante sobre las acciones colectivas para obtener estatus profesional y legal de practicantes de medicinas alternativas, y de acupuntores en particular, los trabajos generalmente estaban centrados en trayectorias exitosas de estos grupos y no en escenarios de competencia abierta con un grupo de la profesión médica por la misma jurisdicción.

Los resultados de estas luchas político-profesionales

estructurarían el mapa institucional de la práctica de la acupuntura estableciendo las demarcaciones legales y profesionales y el estatus de sus practicantes. El foco analítico estaba puesto en reconstruir los discursos públicos e imágenes que los entrepreneurs de cada grupo construía y los recursos que movilizan para institucionalizar su expertise. Siguiendo a Abbott (1988), tenía presente que las imágenes que se buscan construir en las arenas públicas tienden a describir a los grupos profesionales y a las ocupaciones como internas homogéneamente, y de este modo se desdibuja la variabilidad en las actividades y perspectivas de sus miembros. Por lo tanto, con el cambio de foco de análisis al nivel individual de visiones y experiencias buscaba dar cuenta de dicha variabilidad. Como Clarke (2005:50) lo remarca, en la perspectiva de los mundos sociales el nivel individual se estudia en la línea del interaccionismo simbólico en lo respecta a la relación entre los individuos y las instituciones, atendiendo a las experiencias de vida y los contextos más inmediatos de interacción que permiten comprender sus visiones, ideologías y acciones.

La bibliografía internacional sobre médicos acupunturistas, aunque muy escasa, se había centrado en las perspectivas y estrategias de actores institucionales, por lo tanto, al abordar el nivel microsocia, el estudio aportaría conocimiento empírico sobre aspectos biográficos de la carrera profesional y personales de los médicos que los llevaron a interesarse por una medicina alternativa históricamente marginada por el establishment médico y sobre sus visiones sobre la biomedicina. En el caso de los acupunturistas no médicos, los estudios internacionales también habían puesto el foco en las estrategias colectivas para alcanzar estatus profesional y reconocimiento oficial. Mi estudio aportaría conocimiento acerca de cómo construían su identidad como trabajadores

de la salud y las estrategias implementadas para trabajar en el país pese a las limitaciones institucionales y legales. Las entrevistas cualitativas en profundidad con una orientación biográfica me permitieron obtener datos sobre este plano microsociales del estudio de las profesiones y grupos ocupacionales.

### *3.2. La estrategia metodológica*

Como se infiere de las especificaciones realizadas en el apartado anterior, para llevar a cabo el estudio implementé una estrategia metodológica cualitativa en la que triangulé métodos y fuentes: entrevistas con actores instituciones y especialistas sin membresía a alguna organización profesional relacionada con la acupuntura, y análisis documental (regulaciones, proyectos de ley, artículos periodísticos, documentos organizaciones, revistas profesionales, etc). También entrevisté a informantes claves a lo largo del estudio y realicé observaciones en algunos consultorios y clínicas. Contaba con el trabajo de campo preliminar realizado en el año 2005 el cual completé a mi regreso al país en el año 2006.

En lo que respecta al análisis de documentos, además de analizar la normativa existente (Resolución 997 /2001), observé la cronología de las presentaciones de proyectos de ley realizadas, quiénes las respaldaban, y los contenidos de las mismos en tanto acciones estratégicas entabladas por los diferentes grupos (médicos acupuntores y acupuntores no médicos) para avanzar sus intereses. Siguiendo a May (2001), tenía presente que los documentos no son fuentes “neutrales”; constituyen una representación de los eventos que describen y que clausuran descripciones e

interpretaciones alternativas de eventos, personas, objetos y escenarios de acuerdo a determinados intereses. Y que, por lo tanto, el análisis crítico de los mismos tiene que considerar cómo un texto intenta imprimir su autoridad sobre el mundo social que describe. Los documentos deben ser leídos en su contexto de producción y de manera relacional con otros textos. Con similar énfasis constructivista, desde la sociología de las profesiones, Freidson (1994: 69) nos recordaba que en las medida en que los reclamos de autoridad y expertise son elementos esenciales en el proceso político llevado a cabo en arenas entre grupos en competencia, es muy poco probable que dichos reclamos sean neutralmente descriptivos.

Partiendo de estos supuestos analicé cada proyecto de ley en su contenido, buscando permanencias y cambios a lo largo del tiempo en los fundamentos de cada propuesta. Lo hice a partir de en un conjunto de categorías analíticas: las caracterizaciones que se hacían en cada proyecto de ley de la acupuntura como medicina, las calificaciones formales requeridas para su práctica, la referencia a marcos regulatorios existentes en otros países, la apelación al apoyo de la OMS de la acupuntura como medicina tradicional para que sea incorporada en los sistemas de salud en los países occidentales, etc. Observé además la temporalidad de las presentaciones y las ubiqué en el contexto de confrontación más amplio (reclamos en la Justicia, en el Ministerio de Salud, y normativa de los Colegios Médicos), y en las coyunturas políticas del período. Para comprender este escenario de lucha, su temporalidad y contexto social más amplio me fue necesario contar con otras fuentes de información: entrevistas con actores institucionales e informantes clave. A partir de estas entrevistas pude conocer detalles de los lobbies y lógicas que acompañaron las presentaciones, las estrategias

más amplias desarrolladas en distintos frentes y sus cambios a lo largo del tiempo, así como fricciones y tensiones dentro de los distintos grupos.

De manera complementaria reuní artículos periodísticos de los principales diarios nacionales y documentos organizacionales (websites de asociaciones profesionales y de instituciones de enseñanza, revistas especializadas, reseñas históricas). Rastrear la prensa escrita me permitió observar qué cobertura mediática había tenido la contienda por la regulación de la acupuntura y cómo se la presentaba, y los discursos públicos de los actores institucionales consultados por la prensa. En los documentos organizacionales observé la recepción de los avances en la regulación por parte de asociaciones de médicos acupuntores involucrados históricamente en la lucha por el control de la práctica de la acupuntura. También rastree fuentes bibliográficas para reconstruir el proceso de difusión local de la acupuntura en su dimensión histórica. Debido a la escasez y parcialidad de las reseñas históricas disponibles y otras fuentes secundarias, complementé esta reconstrucción también con entrevistas con informantes calificados.

Las entrevistas con los especialistas que no eran actores institucionales tuvieron una orientación biográfica para reconstruir las experiencias y perspectivas individuales sobre la práctica de la acupuntura en el país, y los itinerarios ocupacionales y profesionales que los condujeron hacia la disciplina.

El Cuadro 8 muestra la articulación en entre los niveles de análisis, objetivos y métodos.

**Cuadro 8. Niveles de análisis, contenidos de los objetivos y métodos**

<b>Nivel de análisis</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Métodos</b>
<b>Colectivo</b>	Analizar cómo la autoridad en la disciplina era reclamada ( <i>claim</i> ) y alcanzada por los distintos grupos de acupuntores en un contexto de alta competencia ocupacional y de dominancia biomédica. Reconstruir las disputas sobre credibilidad en las que estaban envueltos actores con acceso diferencial a recursos de poder para avanzar sus proyectos profesionales.	Análisis documental  Entrevistas con actores institucionales e informantes clave
<b>Individual</b>	Indagar cómo miembros de los distintos grupos construían su identidad profesional, los significados y valor asignado a la terapéutica, y las estrategias implementadas para trabajar en el país pese a las limitaciones institucionales y legales.	Entrevistas con orientación biográfica

## Referencias bibliográficas

- Abbott, A. (1988) *The System of Professions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Alasuutari, P. (1998) *An Invitation to Social Research*, London, SAGE.
- \_\_\_\_\_. (1996) "Theorizing in Qualitative Research: A Cultural Studies Perspective", *Qualitative Inquiry*, 2,4 (371-

384).

- \_\_\_\_\_. (1995) *Researching Culture. Qualitative Methods and Cultural Studies*; London, SAGE.
- Barbalet, J.M. (1998) *Emotion, Social Theory and Social Structure. A Macrosociological Approach*, Cambridge: Cambridge, University Press.
- Becker, H. S. y J. Carper (1956) "The Elements of Identification with an Occupation", *American Sociological Review*, 31, 3: 341-348.
- Berger, P y T. Luckmann (1983) *La construcción social de la realidad*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Blumer, H. (1982) *El Interaccionismo Simbólico: Perspectiva y Método*, Barcelona: Hora.
- Bucher, R. y A. Strauss (2001) Profession in process. En: Strauss A. *Professions, Work and Careers*. New Brunswick: Transaction Publishers.
- Clarke, A. E. (2005) *Situational Analysis: Grounded Theory after the Postmodern Turn*. Thousand Oaks: Sage.
- \_\_\_\_\_. (1991) "Social Worlds Theory as Organizational Theory". En David Maines (Ed.) *Social Organization and Social Process: Essays in Honor of Anselm Strauss*. Hawthorne: Indiana University Press.
- Clarke, A. E. y S. Leigh Star. (2003) "Science, Technology, and Medicine Studies," in L.T Reynolds and N.J. Hernan-Kiney (eds.) *Handbook of Symbolic Interactionism*. Walnut Creek: Altamira Press. Pp. Walnut Creek: Altamira Press. Pp.539-566.
- Dew, K. (2000) "Deviant insiders: medical acupuncturists in New Zealand," *Social Science and Medicine*, 50:1785-1795.
- Elston, M.A. (1997) "Introduction: the Sociology of Medical Science and Technology", Elston, M.S. (ed): *The Sociology of Medical Science and Technology*, Sociology of Health & Illness, Monograph Series, Oxford, Blakwell Publishers.
- Fox, R. & J.S. Swazey (1992) *Spare Parts. Organ Replacement in American Society.*, New York, Oxford University Press.

- Freidin, B. (2007) "La construcción del marco teórico en una investigación cualitativa," en Sautu, R. (comp.) *La práctica de la investigación social. La articulación del marco teórico, métodos y técnicas*. Buenos Aires: Editorial Lumiere.
- \_\_\_\_\_. (2000) *Los límites de la solidaridad: Condiciones sociales y culturales de la donación de órganos*, Buenos Aires: Lumiere.
- Freidin, B. y C. Najmias (2011) "Flexibilidad e interactividad en la construcción del marco teórico de dos investigaciones cualitativas", *Revista Espacio Abierto- Cuaderno Venezolano de Sociología*, 20(1): 51-70.
- Freidson E. (1988) *Profession of Medicine*, Chicago: University of Chicago Press.
- \_\_\_\_\_. (1986) *Professional Powers: A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press
- Gerson E.M. (1983) "Scientific Work and Social Worlds", *Knowledge: Creation, Diffusion, Utilization*, 4(3) 357-377.
- Good, B.J. (1996) *Medicine, rationality, and experience. An anthropological perspective*. Cambridge, Cambridge University Press.
- James, V. y J. Gabe (1996) "Introduction: Connecting Emotions and Health?". En James, V. y J. Gabe (eds.) *Health and Sociology of Emotions*, Cambridge: Blackwell.
- Janesick, V. (1994) "The dance of qualitative research design: Metaphor, Methodolatry and Meaning". En Denzin, N, e Y. Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks: SAGE.
- Jonas, H. (1997) *Técnica, Medicina y Ética*. Buenos Aires, Paidós.
- Joralemon, D. (1996) "Request for consent as cultural encounters", Department of Health Resources Development, *UNOS Annual Meeting "Toward the year 2000: Concepts and Considerations in the Consent Process"*, Washington DC, February, 23 (mimeo).
- \_\_\_\_\_. (1995) "Organ Wars: The Battle for Body Parts",

- Medical Anthropology Quarterly*, New Series, Vol.9, No.3.
- Landowski, E (1993) *La sociedad figurada*. Puebla, FCE
- Le Breton, D. (1995) “*Antropología del cuerpo y modernidad*”, Buenos Aires, Nueva Visión.
- Leigh Star, S. y J. R. Griesemer (1989) “Institutional Ecology, ‘Translations’ and Boundary Objects: Amateurs and Professionals in Berkeley’s Museum of Vertebræ. 1907-39. *Zoology, Social Studies of Science*, 19, 3:387-420.
- Locke, L.F. et al. (1987) *Proposals that work*, Newbury Park, SAGE.
- Mauss, M (1990) *The Gift . The Form and Reason for Exchange in Archaic Societies*, New York, W.W. Norton.
- Maxwell, J.A. (1996) *Qualitative Research Design. An interactive Approach*, Thousand Oaks, SAGE.
- Patton, M. (2002) *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks: SAGE.
- Prottas, J. (1993) “Altruism, Motivation, and Allocation: Giving and Using Human Organs”, *Journal of Social Issues*, Vol.49, No.2, 137-150
- Ritzer, G. (1995) *Teoría Sociológica Contemporánea*, Madrid, McGraw Hill.
- Sarfatti Larson, M. (1990) “In the matter of experts and professionals, or how impossible is to leave nothing unsaid,” in R.Torstendahl and M. Burrage (eds.) *The Formation of Professions: Knowledge, State and Strategy*. London: Sage. Pp.25-50.
- 
- .1977. *The Rise of Professionalization*. Berkeley: University of Chicago Press.
- Sautu, R. (2003) *Todo es Teoría*. Buenos Aires: Lumiere
- Shaffir, W. y D. Pawluch (2003) Occupations and Professions. En: Reynolds L.T y N.J. Hernan-Kiney (Eds.) *Handbook of Symbolic Interactionism*. Walnut Creek: Altamira Press.
- Shanteau, J. y R. J.Harris (1990) “Why Psychological Research on Organ Donation?”, Shanteau,J y R.J.Harris (eds.) *Organ Donation and Transplantation: Psychological and Beha-*

*vioral Factors*, Washington: American Psychological Association.

Silverman, D (2000): *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook*; London, SAGE

Strauss A. (2001) "Preface". En: A. Strauss, *Professions, Work and Careers*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2001.

\_\_\_\_\_ (2001) "A Concluding Note on Professions," in Strauss A.L. *Professions, Work and Careers*. New Brunswick: Transaction Publishers. Pp.69-78.

\_\_\_\_\_ (1978) "A Social Worlds Perspective," *Studies in Symbolic Interaction*, 1: 119-128.

\_\_\_\_\_ (1982) "Social Worlds and Legitimation Processes," *Studies in Symbolic Interaction*. 4: 171-190.

The Gallup Organization (1993) *The American Public's Attitudes Toward Organ Donation and Transplantation*, The Partnership for Organ Donation, Boston

Triandis, H. (1994) *Culture and social Behaviour*, Mac Grow-Hill, Inc.- Series in Social Psychology.

Turner, V. (1980) "Entre lo uno y lo otro. El período liminal en los ritos de passage", en *La selva de los símbolos*, Madrid, Siglo XXI.

Van Gennep, A. (1984) *The Rites of Passage*, Chicago: The University of Chicago Press.

Williams, S.J y G. y Bendelow (1996) "Emotion, Health and Illness". En En James, V. y J. Gabe (eds.) *Health and Sociology of Emotions*, Cambridge: Blackwell.

Williams, S.J. y M. Calnan (1996) "Modern medicine and the lay populace: theoretical perspectives and methodological issues", en Williams, S.J. y M. Calnan: *Modern medicine. Lay perspectives and experiences*, UCL Presses, London.

Wuthnow, R. (1987) *Meaning and Moral Order. Explorations in Cultural Analysis*. University of California Press.