



ESJ Social Sciences

La Salud en la Medicina Complementaria, Viejas Definiciones para Nuevos Agentes Sociales

*Antonia Ramírez
Belén Martínez*

Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

[Doi:10.19044/esj.2022.v18n38p21](https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n38p21)

Submitted: 22 September 2022

Accepted: 23 December 2022

Published: 31 December 2022

Copyright 2022 Author(s)

Under Creative Commons BY-NC-ND

4.0 OPEN ACCESS

Cite As:

Ramírez A. & Martínez B. (2022). *La Salud en la Medicina Complementaria, Viejas Definiciones para Nuevos Agentes Sociales*. European Scientific Journal, ESJ, 18 (38), 21. <https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n38p21>

Resumen

Se aborda el estudio interdisciplinar psicosocial y sociológico de la salud en medicina complementaria, y sus implicaciones sociales. Se define la salud desde conceptualizaciones presentes en el mundo académico y se compara con la definición dada por los profesionales de la medicina complementaria. Se realizan cerca de treinta entrevistas en profundidad a personas con titulación y experiencia médica, en enfermería y en disciplinas en medicina complementaria¹ de la Ciudad de México y Sevilla. Los discursos se analizan siguiendo las propuestas de la *Grounded theory*. Los resultados muestran una concepción positiva, dinámica y multidimensional de la salud, estableciendo un modelo de salud complejo y donde la enfermedad se conceptualiza en dos corrientes diferentes. Las conclusiones muestran, por un lado, dos discursos uniformes entre los profesionales, similares a varias de las corrientes principales sobre salud presentes en la actualidad, y, por otro lado, que no se observan diferencias contextuales en la producción de la representación social de la salud.

Palabras clave: Medicina complementaria, modelos de salud, investigación cualitativa, programa Atlas.ti, Ciudad de México, Sevilla

¹ Este trabajo utiliza el término medicina complementaria para simplificar la terminología, atendiendo en ese concepto a otros términos como son medicina tradicional, medicina alternativa o medicina integrativa.

The Health in the Complementary Medicine, Old Definitions for New Social Agents

*Antonia Ramírez
Belén Martínez*

Universidad Pablo de Olavide, Sevilla, España

Abstract

The interdisciplinary psychosocial and sociological study of the health in complementary medicine and its social implications is addressed. Health is defined from current academy concepts and then is compared with the definition given for the professionals of complementary medicine. Nearly thirty in-depth interviews are conducted with people with degrees and experience in medicine, nursing, and disciplines in complementary medicine from Mexico City and Seville. The discourses are analyzed following the proposals of the Grounded theory. The results show a positive, dynamic and multidimensional concept of health, defining a model of health complex and where illness is conceptualized in two different branches. The conclusions show, on the one hand, two uniform discourses among professionals, similar to several of the main currents on health present today, and, secondly, that no contextual differences are observed in the production of the social representation of health.

Keywords: Complementary medicine, health models, qualitative research, Atlas.ti software, City of Mexico, Seville

Introducción

El objetivo general del presente estudio es analizar los discursos sociales en torno a la salud en el colectivo de profesionales que incorporan en su actividad prácticas de medicina complementaria. Este objetivo se plasma en dos preguntas de investigación: ¿Qué es la salud para los profesionales de la medicina complementaria? ¿Este concepto de salud se crea de acuerdo a marcos culturales con independencia del territorio?

En la actualidad, el concepto de salud sigue sin tener una definición consensuada. El análisis de este concepto se realiza desde escuelas y paradigmas diferenciados que establecen varias definiciones de salud aparentemente excluyentes. De hecho, esta falta de consenso parece que se aplica al enfoque desde el que se conceptualiza la salud. Así, se encuentran definiciones que se centran en la salud, mientras que otras lo hacen desde la enfermedad (o la no-enfermedad). Los trabajos seminales de la década de los

70 y 80, apoyados en la tradición de la filosofía médica y física de los siglos XIX y XX, muestran ya esta preocupación por una definición consensuada del concepto de salud. Sus aportaciones han sustentado trabajos posteriores sobre la naturaleza de este concepto².

Al menos sí parece existir un acuerdo en que la salud no atiende a un modelo unidireccional, es decir, aquel que establece una causa para explicar la salud. Normalmente el concepto incorpora varios elementos explicativos, como la dimensión biologicista, social, emocional, dinámica, etc. No obstante, se parte de presupuestos diferentes, de tal forma que puede hablarse de una definición negativa, positiva, integradora y constructorista.

Acepción negativa

Tradicionalmente, la definición negativa de salud es entendida como ausencia de enfermedad, de tal suerte que la persona goza de salud siempre que no esté presente alguna dolencia. Esta acepción negativa, y unidireccional, sería, en términos de Moreno (2007), la concepción ontológica de la enfermedad, pues ya sea desde el enfoque biologicista o desde el místico, la enfermedad es entendida como existencia independiente. Esta es la definición comúnmente utilizada en la asistencia médica profesional y, en general, en todos los campos de la salud; ninguna persona querría tener un diagnóstico etiquetado con una enfermedad, lo que refuerza el concepto de salud como ausencia de enfermedad (Juárez, 2011).

Esta acepción negativa ha tenido sus desarrollos en otros campos más allá del puramente biologicista. Así, por ejemplo, conceptos nuevos como el de resiliencia implican la presencia de un entorno hostil al que hay que enfrentarse para superar una situación que puede volverse traumática o enfermiza, lo que, además de esa acepción negativa, está indicando una dimensión social en el concepto de salud más allá del puramente biológico (Juárez, 2011). Del mismo modo, asimilar el binomio salud-enfermedad al de norma-desviación (Moral, 2008) conlleva aceptar situaciones socialmente normalizadas. De hecho, además de la concepción ontológica de la enfermedad, Moreno (2007) distingue la concepción dinámica y la concepción social de la enfermedad como dos dimensiones más. La concepción dinámica pone el énfasis en estados alterados de salud como consecuencia de un desequilibrio presente entre el hombre y el medio. La noción de homeóstasis, entendida como la capacidad de la persona para mantener en relativa constancia su medio interno frente a los cambios del medio exterior, o la

² La tradición en la conceptualización de la salud se remonta a los estudios de los sistemas indio, chino, persa y de la Grecia clásica. Engelhardt y Wildes (2004), Caplan et al. (1981), Moragas, (1976), Yuste (1988), Wilson (1970), Devillard (1990), y Guerrero (2008), junto a los clásicos a los que se refieren ilustran las conceptualizaciones más importantes de aquellas épocas y de los siglos XIX y XX.

tensión dinámica entre lo que Galeno llama causa externa (mala alimentación, conflictos entre personas, un agente microbiano, etc.) y causa interna (sexo, edad, constitución, etc.) (Senado, 1999), definirían este modelo dinámico. Además del concepto de equilibrio, esta concepción dinámica incorpora la dimensión subjetiva frente a una concepción objetiva de salud, sobre todo a partir de los trabajos de Georges Canguilhem (1989, 1994). Lo subjetivo implica cualidad en la percepción de estados saludables, e incorpora el mundo de las sensaciones dolorosas o placenteras y, por tanto, el elemento individual (Caponi, 1997). Más que establecer criterios objetivos, a partir de resultados cuantificables y basados en la experimentación, el profesional de la salud debe atender, así mismo, a esos elementos subjetivos, presentes en la vida diaria de las personas y en el intrincado mundo de relaciones interpersonales presentes en el entorno, cuando se evalúa la enfermedad (Horton, 1995).

Dentro de este primer grupo de definiciones es interesante señalar también, aquellas que se enfocan desde lo social. La concepción social de la salud tiene uno de sus precursores en la figura de Talcott Parsons, que alerta sobre los patrones institucionales, social y culturalmente reconocidos, como elementos a tener en cuenta en los procesos de enfermedad. Es decir, el sistema social y político afectan a las condiciones de vida y trabajo, y por ende a las situaciones y procesos de salud, lo que ya en su día señalara también Marx al hablar de las formas de trabajo (Marx, 1973; Rojas Soriano, 1999). En la actualidad este es uno de los campos de investigación más fructífero asociado a los regímenes de bienestar y situaciones de desigualdad, la formación de la agenda política (*polity*) y la generación de políticas públicas (*policies*)³. En su conjunto, desde la definición negativa de salud, en la vida cotidiana se señalan componentes de la enfermedad que traspasan las fronteras meramente biológicas, lo que implica atender a más de una dimensión en el ámbito del binomio salud-enfermedad.

Acepción positiva

Frente a esta acepción negativa del concepto de salud, existen teóricos que analizan este concepto desde una perspectiva más positiva, evitando establecer como elemento de anclaje la enfermedad, pero sin evitar este término. Como señala Nordenfelt (2000), el hecho de que la ausencia de enfermedad no garantice la salud, indica que debe haber otra clase de salud soslayada desde los enfoques dominantes. Tal como señalan Senado (1999) y Devillard (1990), la salud no se considera sólo como ausencia de enfermedad, sino también como la expresión plena de capacidades físicas, psíquicas y

³ Véase Muntaner et al. (2011), Betancourt et al. (2003), Beckfield (2013); Berstein (2017); Asad (2015); Palomino et al. (2014); Vieira y Pinell (2014); Tironi (2017); Watkins (2016); Zúñiga (2011); Bode (2015); De Maio (2010, 2017); Johansen y Andrews (2017); Karvonen (2018).

espirituales que permiten al hombre una vivencia plena en el entorno social y natural⁴. La enfermedad y la salud no se consideran conceptos opuestos y, aunque no pueden llegar a definirse por separado, tampoco la definición de uno puede hacerse en exclusividad en relación con la otra (Moreno, 2007). El enfoque de Canguilhem (1989) señala que el ambiente presenta situaciones normalizadas para la salud y también para la enfermedad, luego estas no se ven como opuestas, sino como posibles situaciones que pueden observarse a lo largo de la vida de la persona. Lo patológico es también normal desde un punto de vista biológico, psicológico y social, pues donde hay vida, hay normas⁵. Las dimensiones física, espiritual, social, emocional tienen cabida en esta acepción positiva (O'Donnell 1989, como citado en Juárez, 2011; Alcántara, 2008), así como la incorporación de los enfoques epistemológico, existencial y metodológico señalados por Gadamer (1996, como citado en Šolcová, 2008), el cual parte de considerar la salud como una condición del ser humano, y esa condición implica participar en el mundo, estar presente en el mismo, un compromiso y una actitud activa en cualquier actividad diaria (Gadamer, 1996). La dimensión activa del paciente y el elemento comunitario son conceptos en los que se pone también énfasis por otros autores como Moral (2008), Musitu et al. (1990), Musitu y Cava (2000) y Devillard (1990). La dimensión agencia cobra relevancia tanto en la promoción de cambios en los estilos de vida individuales como en las tendencias sociales presentes en la comunidad. Esa dimensión agencia también se observa en aspectos relacionados con la promoción de la salud y en la intervención comunitaria.

Acepción integradora

Existe, además, una corriente de teóricos que presenta la unión de los conceptos de salud positiva y negativa, incorporando elementos integradores de ambos enfoques en sus desarrollos del concepto (Juárez, 2011). En su conjunto, Juárez describe una serie de modelos de salud desde esta corriente multidimensional e integradora que se pasaran a esbozar sumariamente. El *modelo biopsicosocial* hace hincapié en la presencia de la dimensión biológica, psíquica y social al acercarnos al concepto de salud, dimensiones presentes, por ejemplo, en la definición dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OMS, 2013; Moral, 2008). El *modelo salutogénico*, iniciado

⁴ Señala Devillard: “Pierret (1984) constató con respecto a la salud: «*Hablar de la salud es hablar de la vida*», o sea, del conjunto de las prácticas corporales y sociales. La higiene, la alimentación, la sexualidad, el ocio, el deporte, el hábitat, el trabajo, la educación, la salud y la enfermedad, las representaciones en torno al cuerpo, la vida y la muerte, la concepción de la persona y las relaciones con los demás, etc., constituyen una *totalidad* que resulta difícil deslindar las unas y las otras”.

⁵ La prolífica obra de Georges Canguilhem a lo largo de todo el siglo XX permite introducir el pensamiento de este autor en las concepciones negativas y positivas sobre salud.

por Aaron Antonovsky, integrado en el modelo biospiciosocial aunque con variantes y mejoras, se centra en los aspectos integradores y de promoción de la salud, para lo que se sirve de conceptos tales como personalidad resistente, dureza, resiliencia y coherencia, poniendo énfasis en la flexibilidad y capacidad de la persona en el mundo interno y el mundo externo (Rivera et al., 2011). El *modelo de salud positiva* es un modelo autónomo que se inicia desde corrientes sociológicas y psicológicas basadas en el enfoque de las capacidades y la tradición humanista. Desde este modelo se identifican dimensiones relevantes para la definición de salud tales como bienestar y calidad de vida, contención y satisfacción, fluidez y felicidad, con una visión de la salud tanto en el presente como en situaciones futuras. El *modelo holista* entiende la salud desde la totalidad de la persona y su entorno, partiendo del binomio mente-cuerpo. Por lo tanto, es la persona quien enferma, no el organismo. Además, desde los primeros sistemas médicos existentes en las civilizaciones como el ayurveda o el chino, los conceptos de conciencia, vitalidad, bienestar, balance y armonía estarían presentes al hablar de estados o procesos de salud y enfermedad (Nordenfelt, 1997). El *modelo de salud como bienestar* parte de un término susceptible de múltiples definiciones. El hecho de estar bien no sería sólo indicativo de tener salud, pues el concepto de bienestar contiene a aquel, pero no se agota en el mismo. Entre sus definiciones está la diferencia entre bienestar subjetivo y objetivo, o entre estados de eudaimonía o hedonía, o aquel bienestar que se asocia a la capacidad de cuidarse y valerse por sí mismo, o a la capacidad de conseguir necesidades o metas vitales. También en este modelo se recogen las cuestiones relativas a si es el entorno el que impacta sobre el bienestar o viceversa (Yuste, 1988). El *modelo de salud como inteligencia emocional* enfatiza el papel de las emociones y su gestión como forma de llevar una vida saludable, y se refiere a la capacidad de las personas de utilizar y ser capaces de adaptar sus emociones al entorno. Unido al concepto de bienestar, se señala la capacidad de ser consciente de las propias emociones, su clarificación y las posibilidades de reducir las emociones negativas y potenciar las positivas.

Acepción construccionista

Por último, los estudios sobre el concepto de salud abordan otro enfoque diferente a la definición positiva o negativa o a su multidimensionalidad. Nos referimos a la definición de salud desde la construcción social que este término asume de acuerdo con los discursos sobre salud existentes (Conrad & Baker, 2010). Por ejemplo, el debate sobre esencialismo y nominalismo a la hora de hablar de salud o de los modelos médicos, (Caplan et al., 1988) señalan diferencias desde el punto de vista ontológico desde el que se construye el discurso, lo que va a diferenciar la forma de conceptualizar el fenómeno y de establecer procesos y prácticas en

su aplicación (Moral, 2008; Castro, 2016). Lo discursivo está también presente en los trabajos de Canguilhem (1991), Gadamer (1996) y Devillard (1990), al señalar que el saber médico establecerá representaciones sociales de la salud de acuerdo a la forma de manifestar o hacer presente la salud y la enfermedad en la sociedad. Autores como Vergara (2007), Caponi (1997), e Illich (1975), junto con los anteriores, señalan, además, que el análisis de los procesos históricos en la sociología médica muestra distintas formas de afrontar la salud en la sociedad de acuerdo con los discursos y prácticas presentes en los profesionales de este campo. Investigaciones recientes se interesan en mostrar cómo se construyen los discursos y las normas sociales médicas (Macdonal, 2002), y en mostrar los usos del lenguaje en la salud popular (la ciudadanía) y la salud convencional (la academia) (Wiggins et al., 2014).

Para responder a la pregunta segunda de esta investigación, si el concepto de salud complementaria se crea de acuerdo a marcos culturales con independencia del territorio, enfocamos la atención ahora al aspecto metodológico de la investigación social. Para ello se pone el punto de mira en las investigaciones de Lakoff y Johnson (1999) sobre la forma que se crean los conceptos. Según ambos autores los conceptos basados en una incorporación del conocimiento a través de las experiencias es lo que se suele conocer como *embodied concepts*. Conceptos como delante-detrás, cerca-lejos, apoyo, equilibrio, empujar-tirar, existen porque se integran en marcos de referencia corporales (Pagis, 2010). Las experiencias tienen la particularidad de ser observadas a través del mundo de los sentidos, y se refieren al momento presente, sin prestar atención al pasado, al futuro, y a otras personas que pudieran entrar en escena. En muchos casos, son sentidas sin llegar a tener capacidad la persona de articular o darle nombre. Estas experiencias se convierten, posteriormente, en una construcción abstracta, en una generalización, en una regla, en definitiva, en un conocimiento abstracto, gracias a un proceso de interiorización y construcción mental (Peirce, 1960, como citado en Pagis, 2010; Moscovici (1979); Mora (2002). Abstracciones y representaciones estarían basadas, por tanto, en las formas corporales de comprensión.

No obstante, los *embodied concepts* cambian de una cultura a otra. Estos conceptos están conectados a marcos culturales que permiten una objetivación completa de la experiencia. Como señala Pagis, nuestras capacidades están basadas en nuestras estructuras corporales biológicas, pero se viven dentro de un “espacio de acción consensuada y de historia cultural” (2010, p. 472). Por tanto, siguiendo a este autor, el concepto de salud complementaria que aquí se presenta se refiere a un concepto abstracto que surge a partir de las experiencias corporales de las personas y cuya interpretación se comprende y se objetiva a través del significado cultural que estas personas le dan al mismo. Más aún, el marco cultural donde se adscriben

trasciende las fronteras meramente geográficas, pues el *corpus* de creencias, expresiones, normas, etc., está sujeto a la práctica de la medicina complementaria, con independencia del lugar en el que se practique⁶.

Material y Método

Para responder a las preguntas sobre qué se entiende por salud y si esta depende del marco cultural, se han realizado entrevistas en las que los participantes expresan sus discursos en el marco de referencia en el que se crean éstos, de acuerdo con las experiencias vividas u observadas de cada informante sobre salud, enfermedad, bienestar, alteraciones físicas, emocionales, psíquicas, etc.

El concepto de salud, por tanto, va a definirse en base a la experiencia de los informantes, y a partir de una metodología cualitativa, se ha realizado un diseño de investigación exploratorio-descriptivo y flexible (Valles, 2000a; Ruiz, 1996). Esto ha permitido, por un lado, conocer qué ámbitos/elementos se incorporaban al concepto de salud (para ir completando nuestra validez de constructo), por parte de los y las informantes (nuestras categorías de datos – (Yin , 1993) y, por otro lado, nuevos espacios de atributos en el diseño muestral inicial (para mejorar el muestreo teórico). Sobre la primera cuestión, para la generación del concepto de salud se manejó un guion de entrevistas semi-estructuradas, bastante abierto y preguntando por temas asociados al concepto. Del guion de entrevistas inicial se utilizan finalmente sólo los cuatro primeros temas mostrados en la tabla 1, quedando el resto para otros fines del programa investigador⁷.

Tabla 1. Guion de entrevista

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Bienestar (objetivo y subjetivo)• Felicidad (ámbitos laborales, familiares, ocio y tiempo libre)• El enfoque de la salud (fuera del binomio salud/enfermedad)• Las visiones del mundo (económica, política, social, cultural, religiosa)• La oferta (privada) de servicios en salud, bienestar (pública, en centros cívicos, ayuntamientos) y oferta en medios de comunicación (anuncios, publicidad)• La demanda de la ciudadanía (también grupos-asociaciones, ONG, OSC)• La implicación del gobierno-estado en el ámbito de estudio; la implicación de las empresas (responsabilidad social corporativa)• Diferencias en hombres y mujeres |
|--|

Sobre la segunda cuestión, la elaboración del muestreo teórico, se parte

⁶ Como muestra Asad (2015), los espacios geográficos van a establecer diferencias culturales sobre todo en las prácticas de intervención, es decir, en el campo público de la definición y aplicación de una política en salud.

⁷ El último tema, diferencias hombres y mujeres, se incorpora al guion inicial a raíz de los discursos de las entrevistas. Se observan estas diferencias en las personas que acuden a las consultas, no siendo objeto de esta investigación.

de un primer diseño, y se elabora un segundo que complementa al primero, lo que mejora a la hora de discriminar espacios diferenciados de atributos (Sartori & Morlino, 1999; Barton, 1980). Concretamente, se cuenta con veinticinco entrevistas realizadas entre 2014 y 2017 a profesionales de la medicina complementaria de la Ciudad de México y la ciudad de Sevilla (homeopatía, medicina tradicional china, osteopatía, yoga, meditación, nuevas tendencias en psicología, sofrología, naturopatía, medicina chamánica, y un largo etcétera- (Ramírez, 2016). La selección de la Ciudad de México y de Sevilla se hace en base a sistemas legales más y menos aperturista. México parte de un sistema de salud inclusivo de este tipo de medicinas y una práctica de medicina tradicional con fuerte arraigo en el territorio (Secretaría de Salud, 2013; Instituto Mexicano del Seguro Social [IMSS], 2014). España en cambio no incorpora en el sistema de salud estas prácticas en medicina, si bien es cierto que a nivel de usos cada vez es mayor su presencia en el territorio (Ramírez & Márquez, 2017; Ramírez et al., 2017). Se parte, por tanto, de entrevistas a personas que realizan la misma práctica en contextos legales diferentes (Ragin, 2007), expresión de normas culturales sancionadas legalmente.

La tabla 2. Muestra el primer diseño muestral. El ámbito público o privado donde se desarrolla la actividad, y la posesión de títulos oficiales de medicina se han contemplado como posibles elementos discriminatorios de discursos⁸. Para los entrevistados en España se marca con una E, para los entrevistados en México se marca con una M.

Tabla 2. Diseño muestral A. Diseño Muestral por Espacio-Formación

	<i>Médicos</i>	<i>Profesionales</i>	<i>Servicios</i>
<i>Públicos</i>	- E1 Acupuntura - E2 Acupuntura - M8 Homeopatía	(No existe esta categoría. El servicio público de salud de ambos países no la incluye)	- E11 Servicio Andaluz de Salud. - M6 Administración Sanitaria mexicana
<i>Privados</i>	- E3 Homeopatía - M1 Medicina biológica - M2 Nueva Medicina Germánica - M7 Ozonoterapia	- M3 Maestro yoga - M4 Craneosacral - E4 Medicina tradicional china - E5 Medicina tradicional china - E6 Flores - E7 Naturópata - E8 Hipnosis - E9 Maestra yoga - E10 Maestros reiki - M9 Apiterapia - M10 Chaman - E14 Osteópata	- M5 Centro naturista - M1 Centro natural - E13 Centro yoga

⁸ Muchos de estos profesionales poseen, además, el título de enfermería, licenciatura o graduación en nutrición. No obstante, a efectos de discriminar bien nuestro espacio de atributos, no se han incorporado en la categoría “médico”, pero van a estar presentes en las otras categorías.

		<ul style="list-style-type: none"> - M11 Quiropráctico - M12 Sofrología - E15 Maestro ayurveda - M13 Constelaciones 	
--	--	---	--

Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse en la tabla del diseño muestral A, el cuadrante del espacio de atributo *Profesionales-Privado*, aglutina a la gran mayoría de los profesionales. Esta situación generó la preocupación de conocer la existencia de todos los posibles discursos existentes en ese cuadrante, y por extensión, en el resto. Para dar respuesta a esta cuestión de validez, el diseño muestral B muestra seis categorías de clasificación de las técnicas, disciplinas, medicinas complementarias, de acuerdo con el área de interés, presentadas en la tabla 3. Estas categorías pretenden afinar un diseño que discrimine aún más los discursos, con el objetivo de conseguir la saturación de los mismos en cada una de estas categorías⁹. Se ha tratado de establecer el área principal en cada persona entrevistada, pero en muchas ocasiones se superponen áreas debido a la especialización en que la persona se ha formado y se desarrolla. Por ejemplo, alguien que realiza Biodanza (área de interés 2), puede también ser una profesional de Constelaciones Familiares (área de interés 6), y dar clases de Quiromasaje (área de interés 4). Por tanto, ambos diseños sirven para seleccionar a nuestros informantes, tratando de saturar los discursos de acuerdo a tres espacios de atributos: ámbito público-privado, posesión de títulos oficiales o no, áreas de interés donde se desarrollan.

Por lo que se refiere al análisis, los textos y discursos se han analizado de acuerdo con las propuestas metodológicas de la *Grounded Theory* (Glaser y Strauss, 1967; Valles 2000b), y del análisis sociológico del discurso (Martín, 2014; Conde, 2009), mediante el *Programa Atlas.ti*.

Tabla 3. Diseño muestral B. Diseño Muestral por Áreas de Interés en Medicina Complementaria

Entrevistada/o	Áreas de interés	Disciplinas, actividades, técnicas observadas
E1 E2 E3 E4 M1 M2 M7 M8 E5 E7 M9 M10 E9 E1	1. Sistemas integrales o completos	Consultoría Chamánica. Medicina Ayurveda. Medicina Homeopática. Medicina Tradicional China. Naturopatía. Nueva Medicina Germánica.
M3 E9 E14 M10	2. Técnicas sobre la base de la conciencia (mente-cuerpo)	Biodanza. Kinesiología. Meditación. Pilates. QuiGong (Chi Kung). Sofrología. TaiChi. Yoga.
M7 M9 M10 E6	3. Prácticas biológicas y con elementos de la naturaleza	Apiterapia. Aromaterapia. Flores (de Bach, de Alba, de California). Elixires Aztecas.

⁹ Estas áreas de interés se recogen en Ramírez (2016) y Ramírez et al. (2017).

Fitoterapia. Gemoterapia. Oligoterapia.
 Ozonoterapia.

M3 E9 E14 M11 M4	4. Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo	Auriculoterapia, auriculopuntura. Baunscheidt (Terapia ventosas). Iridología. Masaje (Balinés. Californiano. Circulatorio. Con Piedras Calientes. Cyriax. Infantil. Miofascial. Sueco. Tailandés. Transverso Profundo). Osteopatía. Quiromasaje. Quiropráctica. Reeducción Postura Global. Reflexología. Terapia Sacrocraneal, Liberación Somato Emocional. Técnica Metamórfica.
E10 M3 M10	5. Técnicas sobre la base de la energía	Cromoterapia. Armonización energética. Par Biomagnético. Reiki. Sintergética. Trabajo con Chakras. Terapia De Polaridad.
E8 M12 M13	6. Técnicas con base en la psique y patrones mentales	Análisis Bioenergético, (Lowen). Constelaciones Familiares. Gestalt. Hipnoterapia, Hipnosis Ericksoniana. PsychK. Terapia Regresiva.

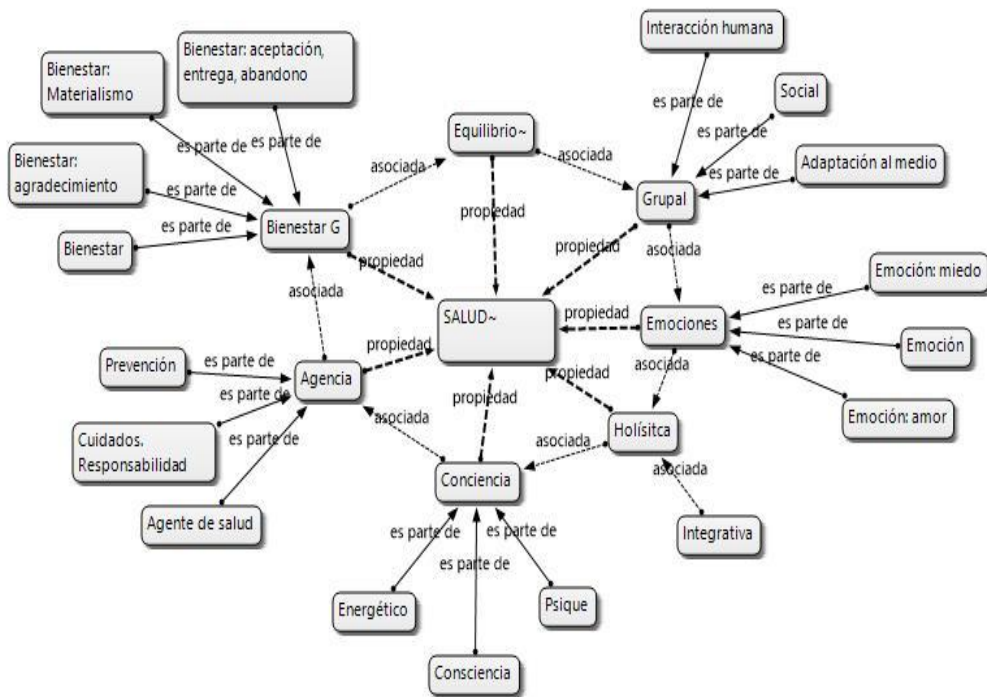
Fuente: elaboración propia

Resultados

¿Qué es la salud? primer nivel de análisis: presentación y descripción de las categorías analíticas

En este apartado se presentan las categorías extraídas de los discursos de los profesionales de la salud que han emergido en relación con el concepto de salud. Todas las categorías tienen el mismo valor en cuanto al significado que le otorgan a salud. La figura 1 muestra el conjunto de categorías y subcategorías que están presentes en los discursos de las y los profesionales entrevistados, entre ellas, además, existen lazos de conexión.

Figura 1. Concepto de salud. Categorías y subcategorías



Fuente: elaboración propia

Las categorías van surgiendo desde un proceso inductivo de análisis, a partir de constructos discursivos. Una primera aproximación analítica permite establecer las subcategorías, constructos aislados que en un ejercicio hermenéutico se van formando, para en un segundo momento poder asociar a las categorías. Las flechas y su elemento de conexión, mostradas en la figura 1, representan la formación de las categorías y subcategorías alrededor del concepto de salud. Las subcategorías “forman parte de” una categoría que las engloba. Las categorías son “propiedad” del concepto de salud, en tanto que atributos que se predicán de él. A su vez, las categorías están “asociadas” entre ellas. Las flechas continuas y discontinuas tratan de representar el vínculo de la conexión entre los distintos elementos. Las flechas continuas señalan que los conceptos se subsumen en un concepto más genérico, muestran la unión de las subcategorías con las categorías, son definiciones/atributos que sustentan a la categoría. Las flechas discontinuas más gruesas conectan las categorías analíticas que han surgido del análisis con el concepto de salud. Mientras que las flechas discontinuas más delgadas tratan de representar la conexión de todas las categorías entre sí, pues si bien, a efectos de visualización de los análisis, han de mostrarse las diferentes categorías, en el plano de los discursos unas categorías se entrelazan con las otras para

transmitir el mensaje que nos explican las personas entrevistadas. La figura 1, en suma, trata de mostrar la conexión, interconexión e interdependencia de la representación mental-social de ese concepto de salud.

Señalar, además, que, dadas las limitaciones de espacio para el desarrollo de este texto, las categorías y subcategorías no pueden incluir extractos de los discursos sino en contados casos, y que la definición de las mismas se va haciendo conforme se habla de ellas, y no de forma previa. Por último, se adelanta al lector/a que no se presentan las diferencias en los discursos de las personas de ambos territorios al ir describiendo las categorías. De hecho, en todas las categorías que surgen no hay diferencias por contexto, los/as entrevistados/as de Ciudad de México y Sevilla construyen de forma indistinta una categoría u otra¹⁰; las diferencias sí existen por otros motivos, que se irán señalando a lo largo del texto.

Categoría bienestar

La categoría bienestar es quizás una de las categorías más complejas a la hora de convertirla en concepto, debido a la riqueza semántica en su uso por parte de las personas entrevistadas. Se han elaborado cuatro subcategorías, si bien entre ellas hay una estrecha relación. Las subcategorías aceptación, agradecimiento y materialismo también forman parte de la subcategoría bienestar; no obstante, estos son los atributos que sobresalen por encima de otros en los discursos, de ahí que se haya querido hacer una diferenciación aparte. Pero en su conjunto, la categoría bienestar va más allá de ellos tres. De hecho, dentro de la subcategoría bienestar se diferencian tres dimensiones o elementos atributivos. La primera dimensión se centra en la definición de salud defendida por la OMS (2013), atendiendo a la presencia de un equilibrio bio-psico-social de la persona.

La segunda dimensión alude a un aspecto novedoso y que trasciende la definición de la OMS, en la medida en que alude a la atribución interna del bienestar; es decir, la causa u origen del bienestar estriba en uno mismo, de manera que una persona va a *estar bien* por sí misma. Se produce aquí un ejercicio de reflexión e interiorización de la salud, de acuerdo con sus experiencias vividas, originado en la propia persona y no en fuentes externas. Este proceso se sustenta en la *confianza*, la creencia en uno mismo, la seguridad en el acto o acción provechosa para uno, la aceptación de la persona tal cual es y, por tanto, es capaz de entregarse a aquello que la vida le depare. Aquí estaría presente la subcategoría aceptación que se ha señalado más arriba. De hecho, aceptación, entrega y abandono son tres términos que contienen una

¹⁰ Como se ha señalado en otra parte de este texto (véase nota a pie 6), las diferencias contextuales podrían existir en la forma de aplicar las prácticas, en la apertura del sistema para el desarrollo de las mismas, y en su mayor o menor integración en la sociedad, cuestión esta que no es objeto de esta investigación.

misma carga semántica, usados por diferentes profesionales en salud, con pequeños matices quizás, y que se refieren a la confianza como resultado del acto previo de rendirse a uno mismo.

La tercera dimensión, junto con la segunda, se orientan en gran medida al modelo de salud como bienestar definido en la parte teórica. Esta tercera dimensión incorpora la necesidad del autocuidado, en el sentido de tomar conciencia para incorporar en la agenda diaria espacios y momentos al propio cuidado. El cuidado se definirá en función de las características personales de cada persona: darse un masaje por encontrarse en tensión, medidas higiénicas, hábitos nutricionales, horas y momentos adecuados de sueño, actividad física y tipo, dedicación a una práctica de relajación o de meditación, tipo de medicación adecuada y no adecuada, etc.

Dos conceptos clave que se asocian con bienestar son felicidad y sufrimiento. Ambos conceptos permiten hacer una diferenciación de las subcategorías agradecimiento y materialismo. Respecto del sentimiento de agradecimiento, se origina por comprender que ese autocuidado ha resultado ser el origen de estados de una mejora en su calidad de vida. El autocuidado lleva implícito el esfuerzo de la persona de priorizar actividades para la mejora de su salud, a costa de otras. No obstante, los resultados que estas personas observan en sí mismas las conducen a la toma de conciencia de su mejoría, de sentirse bien consigo mismas, lo que las lleva a un estado de felicidad particular, cuestión esta cercana a algunos aspectos del modelo holista. Por el contrario, el materialismo se entiende como un concepto erróneo de bienestar que conduce al sufrimiento. En los discursos analizados se enfatiza que el materialismo propicia una distancia entre el individuo y el bienestar, generada por la necesidad construida socialmente, por medio de la sociedad de consumo, de la búsqueda de la felicidad a partir de la satisfacción de los deseos por medio de la posesión de bienes materiales, o de personas y sus afectos. Aquí hay que precisar que la posesión de bienestar material, u objetivo, no deja de entenderse o aceptarse. El punto de partida es la persecución de un bienestar subjetivo, basado en la propia aceptación de la persona y la confianza en sí misma, lo que le conducirá a expresarse, también, de forma coherente, con aquellos elementos de bienestar objetivo: su actividad profesional, la atención y cuidado de una vivienda, etc.

Categoría agencia

La agencia, para las personas entrevistadas, implica la capacidad de la persona por sí misma de hacer algo por su salud, tanto desde un punto de vista de prevención como de curación. Las subcategorías principales son agente de salud, responsabilidad y cuidados, y prevención. La subcategoría ser agente en salud se define como aquella en la que la persona que acude al profesional se empodera, reduciendo los comportamientos pasivos y las actitudes que

depositan la responsabilidad de la salud en el médico y, de forma más amplia, en el Estado. Por el contrario, se trata de asumir una situación en la que hay que salir del espacio de confort y afrontar que la salud implica tanto arriesgar como asumir decisiones. Conceptos como autogestión y autocuidado estarían asociados a esta capacidad de agencia.

La capacidad de agencia asume, además, y de forma conjunta, la responsabilidad y la prevención. La subcategoría responsabilidad y cuidados, se conceptúa como asumir la atención con respecto al cuidado en salud, elemento también presente en la acepción positiva del concepto de salud, en autores como Gadamer o Devillard. Para ello, la persona debe iniciar un proceso de trabajo para mejorar, a nivel de higiene, tanto corporal como mental. Así mismo, la persona toma conciencia de incorporar, como se veía en la categoría anterior, en su agenda cotidiana, momentos que se organicen para el propio cuidado. De hecho, una palabra recurrente entre las personas entrevistadas es la corresponsabilidad médico-paciente o profesional-persona. Ello implica que los cuidados son asumidos por la persona que tiene la enfermedad o padece alguna dolencia de la mano del profesional o médico: estos van a acompañar a la persona para que de forma progresiva vaya asumiendo ese trabajo y esa responsabilidad. Como consecuencia de este acto, la persona se conocerá mejor, lo que va a redundar en fortalecer su autocuidado. En este ámbito de responsabilidad se establece el concepto de *saluctante*, actuando en la salud, “yo actúo en mi salud”.

En estrecha relación con la responsabilidad y el autocuidado, la subcategoría prevención alude al aprendizaje de nuevas estrategias generadoras de salud: aprender hábitos higiénicos, formas de autocuidado, la forma de la constitución de la persona donde se debe asumir más atención y cuidado, y decisiones sobre la salud basadas en la propia experiencia de la persona, etc.

Categoría grupal

La categoría grupal incluye tres subcategorías: social, interacción humana, y adaptación al medio. Cuando se describe la salud desde esta categoría se debe contemplar la presencia de estos tres elementos: la persona estará más sana cuanto más social sea, más interacción humana se desarrolle, y cuando más sepa adaptarse al medio.

La subcategoría social tiene a su vez varios significados o cargas semánticas. Una primera definición, presente también en los trabajos sobre salud comunitaria, se refiere al proceso de sociabilidad, a la necesidad del ser humano de ser una persona sociable y su relación directa con la salud. Como dice una persona entrevistada “la salud se hace en la calle”. El aislamiento, la soledad, se consideran estados de no salud. Comunidad es otro rasgo que se vincula a social. Las personas entrevistadas señalan aquí la identidad

comunitaria como elemento que genera salud, de modo que la comunidad les hace sentir que forman parte de algo, y eso mejora su estado de salud. Una segunda definición de social se refiere a la incorporación en la sociedad de nuevas tendencias a la hora de entender la salud, el ‘enganche’ social a nuevas formas de entender la salud. Este enganche no es individual sino grupal. Más aún, estos profesionales señalan estas tendencias como posibles generadoras de una dinámica social que es capaz de afectar a partes de la estructura y el sistema social.

La subcategoría interacción humana se refiere específicamente a la interrelación a través del acto de tocar. En esta categoría, la salud es sentir contacto, y ese acto no es solamente físico, sino también el habla, la mirada o cualquier expresión que permita sentir el calor y el cariño del otro. La persona se siente mejor, su estado físico, emocional, psíquico... está equilibrado cuando toca. La subcategoría adaptación al medio hace referencia a un ajuste a situaciones, podríamos decir aquí que salud es adaptación a una nueva situación o a una no nueva situación. La salud es adaptarse al lugar que la persona ocupa en el entorno, por ejemplo, en la familia, en el puesto de trabajo, o adaptarse a nuevas formas de entender la salud. Este aspecto de adaptación al medio está también presente cuando se habla de resiliencia o en los enfoques dinámicos de la salud y en los procesos de homeóstasis que en ellos se describen, donde la búsqueda del equilibrio es un continuo en esta adaptación al medio.

Categoría emociones

La dimensión emocional se articula en torno a dos procesos transversales presentes en la subcategoría emoción: por un lado, la represión de emociones y su liberación como un acto salutogénico, en estrecha relación con orientaciones psicodinámicas y, por otro lado y paralelamente, la gestión de las emociones para generar relaciones y procesos saludables, proceso más relacionado con enfoques fundamentados en la inteligencia emocional y gestión de las emociones. En ambos casos, para los profesionales entrevistados, la alteración del equilibrio de la persona se produce por una situación que una persona entrevistada llama “toxinas emocionales”; es decir, emociones que alteran el buen ánimo y buena disposición de la persona: miedo, temor, ira, enfado, vanidad, etc.. Si bien estas emociones son universales, el riesgo se origina cuando, en palabras de un entrevistado, se “enquistan”, es decir, se fijan como un cuerpo duro y seco que resulta difícil de disolver.

A fin de que la emoción se equilibre, para sanar resulta necesario un trabajo que implique deshacer, romper y liberar esa emoción enquistada. El trabajo requiere un proceso de transformación cuyo elemento constitutivo es el reconocimiento de la experiencia y presencia de la emoción que está

generando la desarmonización emocional. Se señala, además, que lo importante es no luchar contra esa emoción, más bien el foco de atención debe ponerse en ser consciente de la emoción que atraviesa a ese ser, ser consciente de que está ahí, aspecto que conecta con la categoría de análisis siguiente. La forma de trabajar va a depender de cada profesional: puede ser a través de yoga, a través de la depuración, de la sofrología, de la osteopatía, del reiki, de la homeopatía, de la medicina tradicional china, etc.

Junto a esta visión de la emoción como elemento que altera el buen estado de la persona, los entrevistados señalan la presencia de una asociación entre desequilibrio bio-psico-social y desequilibrio emocional. De hecho, en algunas de estas entrevistas se señala el desequilibrio emocional como el origen de problemas funcionales y orgánicos en la persona. Para otras personas, este origen no queda tan definido, lo que sí parece establecerse es la naturaleza emocional de las personas a la hora de poder hablar de estados de salud o no salud. Serán, de hecho, el miedo y el amor los dos estados emocionales sobre los que, principalmente, enfocan las personas entrevistadas el equilibrio y desequilibrio emocional. En la subcategoría emoción: amor, este es entendido como la honestidad con uno mismo, como la coherencia de la persona con sus actos y con lo que el mundo le pide. En cuanto a la subcategoría emoción: miedo, en las entrevistas se habla, sobre todo, del miedo a la muerte, y del miedo a “lo que dirán”, el miedo a esa creencia social y cultural incorporada a la sanción negativa.

Otro aspecto de esta categoría guarda relación con la forma en que se generan estos estados emocionales, esas toxinas emocionales. Aquí, los términos usados varían entre entrevistados, y entre ellos se señalan 1) la carencia en algún aspecto vital de la persona, localizados en el ámbito familiar, en el ámbito laboral, en el ámbito afectivo; 2) acontecimientos negativos en la vida que hace a la persona desdichada; y 3) la represión de los sentimientos originada principalmente por la presencia de conflictos vitales donde la persona no expresa sus sentimientos o emociones, bien sea por prevención hacia uno mismo o por protección hacia el otro.

Categoría Conciencia

Sobre esta categoría hay poco escrito, siendo quizás el modelo de gestión de las emociones y en mayor medida la visión holista la que mejor lo integran. De las entrevistas pueden extraerse tres subcategorías: consciencia, energético y psique o psíquico. Las tres están muy conectadas y es algo difícil hablar de ellas de forma aislada. Se ha seleccionado el término consciencia para englobar a las tres, entendiendo que esta se refiere al elemento filosófico de la actividad mental del propio sujeto que permite sentirse presente en el mundo y en la realidad. Se entendería como ciencia de la mente, y en este trabajo va a utilizarse para englobar lo que se dice en las tres subcategorías. La

conciencia, además, y aquí es similar al término consciencia, supone un conocimiento claro y reflexivo de lo que es la realidad y de lo que son las cosas. El término consciencia, además, incorpora en su definición una dimensión psicológica, entendida como el acto psíquico por el que el sujeto se percibe a sí mismo en el mundo. La psique, alma o principio de la vida, es una parte de la filosofía que trata del alma, sobre la manera de sentir de un individuo o colectividad. La psique incorpora, por tanto, la dimensión mental y la dimensión de los sentimientos, engloba la parte del sentimiento, cómo se gestionan las emociones, la relación con los sentimientos, con los afectos, y también la mente consciente y la inconsciente.

Sobre la subcategoría psique, las personas entrevistadas subrayan la necesidad de reconocer su importancia para que la persona sane. Es decir, la base de la sanción está en reconocer y atender la presencia y trascendencia de este elemento, esa parte no material del inconsciente. Y, en concreto, incorporar lo biológico, biofísico y neurológico, e incluso asociarlo con esa parte de la sociobiología que señala que nuestras respuestas sociales tienen un sustrato en el nivel biológico que actúan como un impulso vital, en el sentido clásico de psique, de alma, para la formación de las ideas mentales. Por tanto, sería necesario reconocer la importancia de todos estos elementos para establecer el diagnóstico de la salud.

Por lo que se refiere a la subcategoría consciencia, las personas entrevistadas indican cuestiones psicológicas, es decir, el acto psíquico por el que la persona se percibe a sí misma en el mundo, incluso ese conocimiento reflexivo de la realidad. Sobre este punto, se señala que, para poder sanar, o para poder prevenir situaciones de alteración, habría que tomar consciencia de que la persona es lo que es por la forma propia de verse en la vida y organizarse en ella. Aquí lo que cobra relevancia es la capacidad de reflexionar sobre cómo el sujeto se percibe a sí mismo. Por lo que aumentar la consciencia (conciencia) de la gente sobre su proceso, es uno de los aspectos que más se señalan en el discurso de los sujetos. Este aumento se logra con lo que los entrevistados llaman *apertura*, que se desarrolla desde un punto de vista tanto en relación con los sentidos como en relación con el campo energético. La *apertura*, que necesita del desarrollo de una instrucción que permita adoptar conceptos mentales nuevos que llevan a comportamientos habituales nuevos, es modelada en la parte del inconsciente. Esto se logra con la práctica de la meditación, yoga, disciplinas del ámbito mental y psíquico, o todo aquello que pueda trabajar con procesos mentales de subconsciente.

La subcategoría energético se define por las personas entrevistadas como la constatación de una energía no visible en el ser humano y que afecta a la salud. No todas las personas tienen la misma carga energética, ésta va a depender de múltiples factores asociados a aspectos biológicos de la persona, al ambiente, a las vivencias, a la trayectoria vital y al momento actual de la

persona en su ciclo vital. También, señalan que se puede enfermar por la alteración energética y, en consecuencia, se puede curar gracias a la manipulación de la energía presente en la persona. La manipulación puede ser externa, mediante reiki o quiromasaje, o por la propia persona, por ejemplo, con la práctica de la meditación. En esta subcategoría nos adentramos en la categoría de conciencia atendiendo a la que sería la parte más difícil de comprender en general por la ciudadanía y por la sociedad occidental, porque incorpora un elemento que no se suele utilizar en el día a día en los hábitos, en las costumbres, en los foros académicos, que es el ámbito de lo no físico, de lo no tangible, de lo no material: la energía sutil. Muy presente en medicinas holistas con los conceptos de *Prana* y *Qi*, en nuestra sociedad cuesta aún trabajo entender que las personas vibran de acuerdo a ondas de energía presentes en ellas mismas. Y la fluctuación de estas ondas va a afectar su estado de bienestar y salud.

Categoría equilibrio

El equilibrio se entiende como una actitud o estado que permite afrontar los acontecimientos, buenos o malos, de acuerdo con el momento vital de la persona en cuestión. Resulta interesante destacar que las personas entrevistadas desarrollan el concepto de equilibrio atendiendo al concepto de desequilibrio, entendido de dos modos. Un primer modo alude a la falta de desarrollo de una expresión (verbal o comportamental) de sentimiento, probablemente una inhibición de procesos sentimentales parejos a situaciones vitales, aspecto este que podría asociarse al modelo salutogénico y al de gestión emocional. El segundo modo hace referencia a la pérdida de sentido de la función que se cumple en el sistema, es decir, un desequilibrio puede ocurrir cuando hay pérdida de referente valorativo con respecto a la conducta, pues o no existe socialmente, o no se comparte, o se desconoce. En este caso, se podría utilizar el término *anomia* para conceptualizar este segundo tipo de desequilibrio. Incluso parece cercano a las corrientes de salud positiva que señalan comportamientos conductuales y de norma-desviación.

La forma en que se puede producir el equilibrio es otro elemento discursivo. Para ello, la terminología es variada: integrar los propios recursos de la persona, armonización sistémica, depuración físico-emocional, conexión de los diferentes estados físicos, equilibrio energético y mental, homeostasis, alostasis y autopoiesis, estos últimos ya presentes en los trabajos de Cunghilhem y la visión dinámica. Junto a estos, la adquisición de hábitos saludables es otro elemento que se ha de incorporar para producir el deseado equilibrio. En este sentido, además de los aspectos del autocuidado y responsabilidad señalados más arriba, se habla de “no correr en la vida”, expresión asociada a las situaciones de estrés presentes en las sociedades contemporáneas. Además, otro hábito considerado adecuado es la capacidad

de la persona de autorreafirmarse en sus creencias, y como ellos señalan de forma concreta “decir no cuando quieres decir no, y no decir sí cuando quieres decir no”.

Categoría Holismo

Para los profesionales de la salud el acercamiento sistémico o integral a la salud tiene como objetivo restablecer el equilibrio de la persona. Como afirma uno de los entrevistados “La enfermedad como la salud no son complicaciones, sino que son procesos complejos”. Tres son los rasgos que describen el concepto de holismo. El primero hace referencia a la dimensión binomial universo-unidad. Con el concepto universo debe considerarse a la persona como parte de un todo que engloba la naturaleza y las fuerzas del universo. El concepto de hombre, o mujer, no puede entenderse separado de esa concepción del universo, forma parte y se integra en él, por lo que cualquier explicación se enfoca desde esa totalidad. Unido a ello, el concepto de unidad se refiere a la visión del paciente como una totalidad en sí mismo, pues no sólo el individuo es parte de la totalidad, sino que puede considerarse también una unidad con entidad propia y completa, sin la que no es posible la totalidad.

El segundo rasgo se refiere a los elementos que incorpora el término holismo. Los fundamentos de ese holismo serían aquellos elementos que habría que ver desde esa integralidad. Por ejemplo, en algunos casos son los elementos estructural, bioquímico, biofísico y psicoemocional los que deben estar presentes en la consulta. En otros casos se trabaja desde la relación cuerpo, mente y espíritu, o desde lo que se conoce como el modelo *Deep-green*. Otros profesionales ponen el punto de mira en la necesidad de considerar la intuición y los sentidos. Otra clasificación de los elementos sería la visión sistémica que considera una parte orgánica, una dinámica y una esencial. De manera global, se consideran desde diferentes enfoques aspectos que, según estos profesionales, van a incluir los elementos necesarios para considerar al individuo en el binomio universo-unidad: elementos de la naturaleza, de la conciencia, de la manipulación corporal y energética, de la psique.

El tercer rasgo tiene en consideración la forma cómo se trabaja con la persona que se acerca a ellos. Para estos profesionales, el holismo supone también un resultado orientado a un cambio en la cosmovisión de las personas que se acercan a consulta. Es decir, el profesional no va a curar, o intervenir exclusivamente con un elemento en particular, sino que va a orientar un estilo de vida, una forma de relacionarse con el medio, tanto para prevenir estados desequilibrados como para aprender a curarse la propia persona. En este sentido, se utilizan términos como autogestión, movilización en todos los niveles o autocuidado, entre otros.

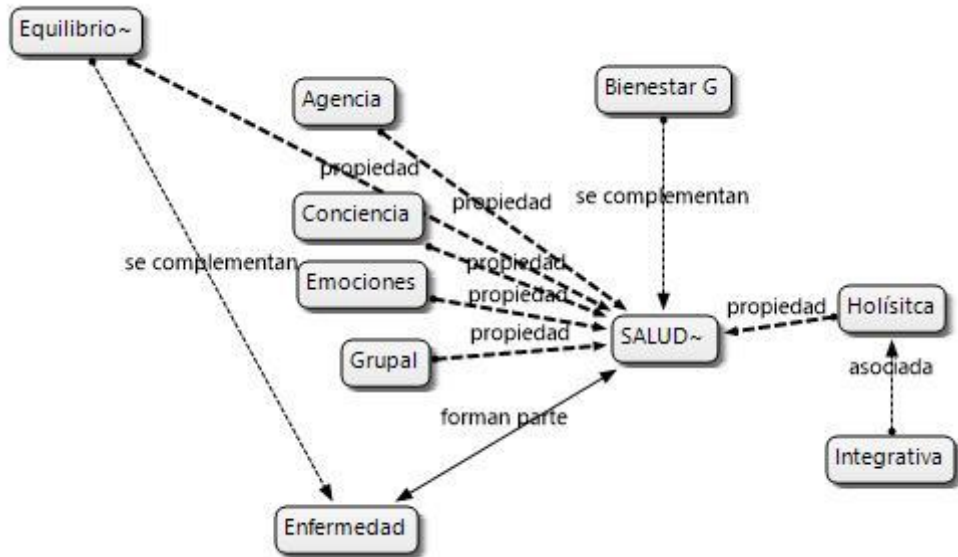
Dentro de la categoría holismo un concepto con el que se asocia, y que es utilizado también por esos profesionales, aunque en menor medida, es la categoría integrativa, que se refiere a la incorporación, dentro de la medicina convencional u oficial, de prácticas o terapias consideradas como complementarias o adecuadas, de acuerdo con la dolencia o problemática del paciente. Así, por ejemplo, una medicina integrativa consideraría, para una dolencia crónica determinada, además de la posible medicación adecuada, el uso de técnicas como acupuntura, o balneoterapia, o reiki, entre otras.

¿Qué es la salud? segundo nivel de análisis: descripción e interpretación del modelo de salud

A partir del primer nivel de análisis se ha realizado un segundo ejercicio hermenéutico para presentar las categorías teóricas que permitan ir construyendo el concepto de salud. La figura 2 muestra de forma visual este ejercicio. Las flechas y sus elementos se usan para expresar este concepto teórico. Además de aquellos atributos que son “propiedad” del concepto, se observan otros elementos con una relación “asociativa” o de “complementariedad”. La línea continua “forma parte” representa la conexión fuerte entre salud y enfermedad.

Como se observa en la figura, se puede decir que, para los profesionales de medicina complementaria, la salud es un concepto multidimensional, tiene un carácter holístico, y supone lograr un estado de bienestar objetivo y subjetivo. Por un lado, no puede entenderse la misma si no es integrando a la persona con el todo que le rodea. Y, por otro lado, el bienestar es el resultado que se espera logre la persona cuando entiende todos los aspectos que implican la salud y se orienta hacia el autocuidado. La situación de equilibrio es la que se trata de conseguir por los profesionales cuando alguna persona acude a ellos. Este equilibrio se origina en primer lugar al considerar a la persona como un todo en su relación consigo misma y con los demás y, por tanto, al tener en cuenta las condiciones previas de la persona y los posibles factores que están presentes en su momento vital. A partir de ahí, el equilibrio va a tratar de conseguirse comprendiendo los procesos que ocurren, su involucración como persona *saluctante*, de acuerdo con las emociones que la persona siente, sus relaciones grupales, sus alteraciones energéticas y estados de consciencia.

Figura 2. El modelo de salud



Fuente: elaboración propia

La atención en alguno de esos ámbitos, o en su conjunto, conduce a una armonización de los estados vitales presentes en la persona, lo que va a hacer revertir su estado de enfermedad. La enfermedad, como concepto, aparece aquí por primera vez, y en contraposición a ese elemento de equilibrio. En contraposición en dos sentidos. Por un lado, la enfermedad se localiza en un nivel físico o mental de la persona: dolores de estómago, fibromialgia, pérdida de apetito, alzhéimer, artrosis, etc. En estos casos, volver al estado de equilibrio se hace desde el análisis del proceso vivido y atendiendo a las circunstancias de la persona enferma en todos los ámbitos de la vida, de tal suerte, que se atenderá a los resultados clínicos y las circunstancias de su vida afectiva, con su grupo de iguales, con posibles situaciones de anomia, etc. La conceptualización dinámica, positiva y multidimensional de la salud sería la subrayada por este grupo de profesionales: sí hay enfermedad como resultado del proceso dinámico de la vida.

Otro grupo de profesionales, por otro lado, van más allá en su definición, al considerar que la enfermedad forma parte de los procesos vitales, pues "el desequilibrio", si de tal suerte puede llamarse así al estado vital de la persona, forma parte de la condición humana como un estado propio de salud. Más aún, algunos profesionales consideran que el concepto de enfermedad no existe, o no debería existir, y contraponer el concepto equilibrio-enfermedad habla de una concepción errónea de la persona. Claro que puede haber una pérdida de equilibrio dinámico, que se manifiesta en hechos físicos y mentales

determinados, la cuestión es aquí el miedo que la sociedad transmite por la vivencia de esas dolencias, estigmatizando y convirtiendo en personas marginadas a aquellas que lo padecen. El estigma hacia lo que se considera un aspecto común en la vida, el padecimiento, conduce a posibles confusiones sobre lo que la persona puede entender qué es la propia vida. La conceptualización de la salud desde el sentido que el habla tiene en los discursos y la objetivación de estos en la comunidad sería, en este caso, el elemento a destacar por este grupo de profesionales.

Más aún, si hay dos discursos diferentes en lo que se refiere al concepto de enfermedad, los *embodied concepts* se han vivido de forma diferente por unos profesionales y otros. Ahora bien, esas diferencias no se observan en los contextos legales diferentes, es decir, no hay diferencias en los discursos si estos vienen de personas entrevistadas en la ciudad de México o en Sevilla. Tanto en uno como en otro contexto las representaciones sociales y la construcción del discurso sobre enfermedad está presente. Así pues, desde un punto de vista metodológico, las experiencias vividas expresadas en *embodied concepts* destacan por su similitud y su interpretación se comprende a partir de la visión ontológica desde la que se construye el discurso, con independencia del territorio.

Los discursos de las personas entrevistadas de cada uno de los territorios sirven para ilustrar esta similitud. A falta de más espacio para la exposición de esta investigación, se han seleccionado sólo los extractos de lo que se entiende por enfermedad, pues es el término que mejor permite entender las diferencias en los discursos. Esta selección muestra lo que se entiende por salud para el grupo de personas que se asocian a la segunda acepción, aquellas que no entiende la enfermedad como un desequilibrio:

E7: [No hablamos de enfermedades porque no tratamos enfermedades, ni hacemos terapias, si tú crees que este acto es terapéutico yo creo que no, eso que te ha explicado Ambrosio no es un acto terapéutico, digo yo. Es una educación, estamos haciendo para que tú hagas con tu vida lo que tienes que hacer ¿no? Regules tu estilo de vida tú mismo].

E8: [porque la meditación no puede...no hay una actitud contraria a los hechos, quien lucha contra los hechos, contra la adversidad de hecho se aconseja que ante una situación determinada cotidiana, por ejemplo una adversidad cualquiera, una enfermedad física, la muerte de un ser querido, ruinas económicas, separaciones y tal... tiene que luchar, todo lo contrario que aceptar la realidad, así que se lleva a eso a un plano más ... dentro, digamos de un contexto, digamos de salud ¿verdad? Decimos - ¡tengo un dolor de cabeza! ¿Qué hago? - ¡ámalo!... ¡no luches!].

M12: [Sí, Por supuesto, por supuesto, pero, mira, esa violencia no tienes por qué vivirla. O sea, la vives porque quieres vivirla, simplemente hay que tener esa conciencia de que “no tenemos qué”. O sea, nos repiten durante la infancia, los estudios, que hay que ser esta persona en la vida, pero simplemente yo creo que, si se enseñara sofrología más temprano, la gente iría más directamente lo que le conviene en la vida ¿sí me entiendes? Por eso ahorita está muy de moda en las escuelas en Francia].

M2: [Ya no, ya no, de hecho desaparece, porque el hecho el término salud-enfermedad que es así un concepto humano, eh, se entiende como absoluto muchas veces, en la práctica, en la teoría se supone que es un estado dinámico, pero ese, esa definición de estado dinámico no lo vemos aplicado a la práctica de la medicina, ese es un gran error, se piensa en absolutos, ¿no?, entonces, eh en la medicina Hamer esto ya no pasa, porque una persona que tiene un conflicto biológico desarrolla una serie de procesos que no son malos ni buenos simplemente son necesarios, eh, porque si podemos... ¿Qué sería el dolor desde nuestra perspectiva tradicional? La asociamos a enfermedad, y desde esta nueva óptica sabemos que el dolor nos guste o no, lo superemos o no es necesario y es parte de un proceso natural, nos guste o no, pensemos lo que pensemos, entonces lo importante de la medicina de Hamer es que también rebasa, supera, así como supera la dimensión mente y cuerpo, y superar la desconexión de la naturaleza que hemos hecho, supera también la visión de bien y mal, y eso está bien fuerte, porque toda nuestra medicina, toda nuestra ley...].

De forma resumida, podría por tanto concluirse en este apartado, que la salud se entiende como un espacio vital de la persona, que está en armonía cuando existe equilibrio dinámico en los elementos que conforman “el yo con respecto a los otros”, y cuando la persona es capaz de gestionar esos elementos y adoptar un comportamiento responsable. La salud no es cuestión del profesional médico, es cuestión de uno mismo, y el profesional conduce, guía, orienta la forma que la persona es capaz de empoderarse y adoptar comportamientos activos con respecto a sí misma y su entorno que favorezcan sus procesos vitales. Las diferencias se localizan a la hora de entender la enfermedad, ya que un grupo de profesionales la enfrenta desde un concepto de salud positiva y multidimensional y otro desde un enfoque de construcción

social de los discursos. Pese a ello, las diferencias se observan con independencia de marco legal/territorial de la persona entrevistada, forman parte de las propias experiencias vividas, que muestran variantes culturales dentro del concepto.

Discusión

Para cerrar este trabajo se discute ahora los resultados de la investigación con las corrientes teóricas. Una primera cuestión a señalar es la superación efectiva del enfoque biologicista de enfermedad, aquel en que la enfermedad es entendida como existencia independiente. Al contrario, la salud se definiría desde un enfoque positivo y multidimensional, con una especial importancia a la interrelación entre las características ontogenéticas, el medio social y lo subjetivo-las emociones en particular. No obstante, y como segunda cuestión de discusión, salud sería “participar en el mundo”, es decir, dentro de la acepción positiva cobra especial importancia la capacidad de agencia, ya que la relación entre el sujeto y su medio se hace desde la iniciativa de la persona, habla de la necesidad de autonomía y autorresponsabilidad para establecer el espacio de equilibrio dinámico. Todo lo anterior remite, y como tercer elemento destacable, a la necesidad de entender la salud desde la acepción holista, al estilo de los sistemas médicos orientales –ayurveda, chino-. Salud es estar en el mundo, es consciencia de la existencia. Estos resultados se acercan, además, a las tendencias presentes en los estudios tanto de profesionales en salud (Sirois et al., 2018) como de la ciudadanía que las usa (Brough et al., 2021).

No obstante, como cuarto elemento de la discusión y asociado directamente con el anterior, dentro de esta visión conjunta de salud, se observan dos conceptualizaciones diferentes, a partir del presupuesto ontológico del que se parte: una conceptualización dinámica, positiva y multidimensional, por un lado, y otra que, incorporando los atributos de la primera, elimina de los mismos el término “enfermedad”, al considerar la salud como algo que va más allá del binomio salud-enfermedad. Una quinta cuestión a resaltar, por último, es que el territorio, Ciudad de México y Sevilla, no establece diferencias a la hora de ver las dos acepciones del concepto de salud, pues estas se encuentran en los discursos de las personas de ambos territorios. Las diferencias parecen encontrarse en los procesos que han llevado a la incorporación de las experiencias en salud, con independencia del territorio.

Conclusion

Respondiendo, por tanto, a la pregunta, qué es la salud para estos y estas profesionales de medicina complementaria, se observa que sus consideraciones no aportan sustancialmente nada nuevo a lo que se considera

como salud desde la academia, o dicho de otro modo, las aportaciones de este grupo de profesionales vienen a confirmar los estudios realizados con anterioridad: entender a la persona en su totalidad para comprender su proceso de salud, atender a la complejidad dinámica en la que vive, aceptar que la persona debe involucrarse en el proceso¹¹. Pero pareciera que no aportar nada nuevo a estas “viejas definiciones” es restarle importancia al contenido de la salud; nada más lejano. La cuestión es que, gracias a la presencia de estos profesionales, parece que las teorizaciones sobre esta se están convirtiendo en las prácticas y formas de hacer.

Es más, si la salud es holista, con implicación de la persona, y afrontándose desde lo dinámico y multidimensional, desde ahí se puede observar una forma de construir el discurso sobre qué es la salud en la actualidad. O dos discursos, si se atiende a la forma de incorporar la enfermedad. Por ello, puede considerarse la posibilidad de establecer una representación social del concepto de salud, y esta no sería sino esta forma de entender la salud indicada más arriba. Parecería, por tanto, que una nueva “norma en uso” (Ostrom, 1990), se está asentando, haciéndose presente en nuestras sociedades, gracias a la práctica cotidiana de estos “nuevos agentes sociales”. Con nuevos se quiere indicar no sólo a las personas que desde México o España llevan décadas trabajando en esta práctica médica, sino también a aquellas que lo están incorporando y difundiendo, lo están haciendo presente cada vez más en sociedad. Pues como puede observarse en la tabla 2 y en la tabla 3 de este trabajo, estas personas están presentes también entre las profesiones médicas oficiales, y la variabilidad en las formas que adopta el acercamiento a la ciudadanía y a la comunidad va desde las tradicionales formas de medicina oriental hasta formas como sofrología, yoga, osteopatía, cromoterapia, constelaciones familiares, reeducación postural, y un largo etcétera que constituyen cerca de cien formas diferentes de prácticas y disciplinas (Ramírez, 2016; Ramírez et al., 2017).

Por último, y a la luz de los resultados sobre las no diferencias contextuales en la producción de estos discursos, es decir, sobre la similitud de los marcos de referencia, nuestra segunda pregunta de investigación, podría aventurarse que este trabajo permite entender que ya no es Sevilla o Ciudad de México donde se hace inteligible esta representación social, sino allí donde convivan profesionales de medicina complementaria que la estén desarrollando.

¹¹ Como se ha comentado en la Introducción de este documento, en la actualidad las investigaciones sobre salud y enfermedad se orientan principalmente a los regímenes de bienestar, a la forma de hacer la *polity*, y al desarrollo de la mismas en las *public policies*- Ver nota al pie 3.

Conflicto de intereses

Las autoras informan que no existe ninguna situación que pueda afectar a la revisión imparcial o al proceso de publicación de la obra.

References :

1. Alcántara, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens*, 9(1), 93–107. <https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
2. Asad, A. L., & Kay, T. (2015). Toward a multidimensional understanding of culture for health interventions. *Social Science and Medicine*, 144, 79–87. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.09.013>
3. Barton, A. (1980). Concepto del espacio de atributos en sociología. En R. Boudon y P. Lazarsfeld (Eds.), *Metodología de las ciencias sociales*. Laia.
4. Beckfield, J., Olafsdottir, S., & Sosnaud, B. (2013). Healthcare Systems in Comparative Perspective: Classification, Convergence, Institutions, Inequalities, and Five Missed Turns. *Annual Review of Sociology*, 39(1), 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-071312-145609>
5. Bernstein, A. (2017). Personal and political histories in the designing of health reform policy in Bolivia. *Social Science and Medicine*, 177, 231–238. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.028>
6. Betancourt, J., Green, A., Carrillo, J.E. & Ananeh-Firempong, O. (2003). Defining Cultural Competence : A Practical Framework for Addressing Racial / Ethnic Disparities in Health and Health Care. *Public Health Reports*, 118, 293–302. <https://doi.org/10.1093/phr/118.4.293>
7. Bode, I. (2015). A ‘world culture’ of institutional ambiguity? Comparing the reorganization of hospital care in Germany and Mexico. *Current Sociology*, 63(3), 411–431. <https://doi.org/10.1177/0011392114527996>
8. Brough, N., Stewart-Brown, S., Parsons, H. & Perera, Ch. (2021). Development and Validation of a PROM to capture holistic outcomes in traditional, complementary and integrative medicine - The Warwick Holistic Health Questionnaire (WHHQ-18). *European Journal of Integrative Medicine*, 47,101375. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2021.101375>.
9. Canguilhem, G. (1989). *The normal and the pathological*. Zone Books.
10. Canguilhem, G., & Delaporte, F. (1994). *A vital rationalist: selected writings from Georges Canguilhem*. Zone Books.

11. Caplan, A., Engelhardt Jr. H. & McCartney, J. (Eds.). (1981). *Concepts of health and disease: interdisciplinary perspectives*. Addison-Wesley.
12. Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 4(2), 287–307. <https://doi.org/10.1590/S0104-59701997000200006>
13. Castro, R. (2016). De la sociología en la medicina a la sociología de la salud colectiva: apuntes para un necesario ejercicio de reflexividad. *Salud Colectiva*, 12, 71–83. <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2016.859>
14. Conde, F. (2009). *Análisis sociológico del sistema de discursos*. Centro de Investigaciones Sociológicas.
15. Conrad, P. & Barker, K. K. (2010). The social construction of illness: Key insights and policy implications. *Journal of Health and Social Behaviour*, 51(1, Suppl), S67-S79. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/0022146510383495>
16. De Maio, F. (2010). *Health & Social Theory*. Palgrave Macmillan.
17. De Maio, F., Llovet, I., & Dinardi, G. (2017). Introduction – special issue, Latin American health sociology. *Health Sociology Review*, 26(3), 221–223. <http://dx.doi.org/10.1080/14461242.2017.1373470>
18. Devillard, M. J. (1990). La construcción de la salud y la enfermedad. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 51(90), 79–89. http://reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_051_06.pdf
19. Engelhardt, T., & Wildes, K. (2004). Health and Disease: IV. Philosophical Perspective. En *Encyclopedia of Bioethics, The Gale Group Inc.* <https://www.encyclopedia.com/science/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/health-and-disease-iv-philosophical-perspectives>
20. Gadamer, H.-G. (1996). *The Enigma of Health: The Art of Healing in a Scientific Age*. Polity Press.
21. Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine.
22. Guerrero, L., & León, A. (2008). Salud. Aproximación al concepto de salud. *Fermentum*, 18(53), 610–633. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=70517572010>
23. Horton, R. (1995). Georges Canguilhem: Philosopher of Disease. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(6), 316. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1295232/>
24. Illich, I. (1975). *Némesis Médica. La expropiación de la salud*. Barral Editores.
25. Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). *Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión*. <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2013-2014>

26. Johansen, V. F., & Andrews, T. M. (2017). On Challenges to the Private-Public Dichotomy. *Social Theory and Health*, 15(1), 66–83.
- Johansen, V. F., & Andrews, T. M. (2017). On Challenges to the Private-Public Dichotomy. *Social Theory and Health*, 15(1), 66–83. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1057/s41285-016-0019-9>
27. Juárez, F. (2011). El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. *International Journal of Psychological Research*, 4(1), 70–79. <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>
28. Karvonen, S., Kestilä, L. M., & Mäki-Opas, T. E. (2018). Who Needs the Sociology of Health and Illness? A New Agenda for Responsive and Interdisciplinary Sociology of Health and Medicine. *Frontiers in Sociology*, 3, 4. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fsoc.2018.00004/full>
29. Lakoff, G., & Johnson, M. (1999). *Philosophy in the Flesh: The Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*. Basic Books.
30. Martín, E. (2014). Mentiras, inconsistencias y ambivalencias. Teoría de la acción y análisis de discurso. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 115–138. <https://doi.org/10.3989/ris.2012.07.24>
31. Marx, Karl (1973) *Contribución a la crítica de la economía política*. Ediciones de Cultura Popular.
32. Mora, M. (2002). La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, (2). <https://doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n2.55>
33. Moral, M. V. (2008). Crítica a la visión dominante de salud-enfermedad desde la psicología social de la salud. *Boletín de Psicología*, (94), 85–104. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N94-6.pdf>
34. Moragas, R. (1976). Enfoque sociológico de diversas concepciones de salud. *Papers: Revista de Sociología*, (5), 31–54. <https://doi.org/10.5565/rev/papers/v5n0.913>
35. Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63–70. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000100009&lng=es&tlng=es
36. Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.
37. Muntaner, C., Borrell, C., Ng, E., Chung, H., Espelt, A., Rodríguez-Sanz, M., Benach, J. & O'Campo, P. (2011). Politics, Welfare Regimes and Population Health: Controversies and Evidence. *Sociology of*

- Health and Illness*, 33(6), 946–964. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2011.01339.x>
38. Musitu, G. & Cava, M. J. (2000). La psicología comunitaria en España: relaciones con los contextos anglosajón y latinoamericano. En A. Ovejero (Coord.) *La psicología social en España al filo del año 2000: balance y perspectivas* (pp. 161–182). Biblioteca Nueva.
 39. Musitu, G., Berjano, E., & Bueno, J. R. (Dir.) (1990). *Psicología comunitaria*. Nau Llibres.
 40. Nordenfelt, L. (1997). On Holism and Conceptual Structures. *Scandinavian Journal of Public Health*, 25(4), 247–248. <https://www.jstor.org/stable/45141100>
 41. Nordenfelt, L. (2000). On the Place of Fuzzy Health in Medical Theory. *Journal of Medicine and Philosophy*, 25(5), 639–649. [https://doi.org/10.1076/0360-5310\(200010\)25:5;1-W;FT639](https://doi.org/10.1076/0360-5310(200010)25:5;1-W;FT639)
 42. O'Donnell, M. P. (1989). Definition of Health Promotion: Part III: Expanding the Definition. *American Journal of Health Promotion*, (3), 3–5. <https://doi.org/10.4278/0890-1171-3.3.5>
 43. Organización Mundial de la Salud. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/95008>.
 44. Ostrom, E. (1990). *Governing the Commons. The Evolution of Institutions for Collective Action*. Cambridge University Press.
 45. Pagis, M. (2010). From Abstract Concepts to Experiential Knowledge: Embodying Enlightenment in a Meditation Center. *Qualitative Sociology*, 33(4), 469–489. <http://dx.doi.org/10.1007/s11133-010-9169-6>
 46. Palomino, P. A., Grande, M. L., & Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales. Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología*, 72(Extra_1), 45–70. <https://doi.org/10.3989/ris.2013.02.16>
 47. Peirce, C. S. (1960). *Collected papers*. Harvard University Press.
 48. Ragin, Ch. (2007). *La construcción de la investigación social*. Sage.
 49. Ramírez, A. (2016). Complementary and Alternative Medicine as a Functional Tendency. Formation of Preferences, Agency, and Diffusion Among Citizenships. *European Scientific Journal, ESJ*, 12(26), 52. <https://doi.org/10.19044/esj.2016.v12n26p52>
 50. Ramírez, A. & Márquez, M. A. (2017). Las asociaciones de salud y bienestar personal en Andalucía: Oportunidades, motivaciones y anclajes. En M. A. Márquez et al. (Eds.), *La incidencia de las organizaciones de la sociedad civil en las políticas públicas del ámbito local*. Universidad Nacional Autónoma de México.

51. Ramírez, A., Martínez, R., & Márquez, M. A. (2017). Nuevos Espacios Urbanos Para Nuevas Tendencias: Medicina Complementaria y Alternativa y Ciudades Medias Globales. *European Scientific Journal, ESJ*, 13(5), 526. <https://doi.org/10.19044/esj.2017.v13n5p526>
52. Rivera, F., Ramos, P, Moreno, C & Hernán, M. (2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el Modelo de Activos en Salud. *Rev Esp Salud Pública*, 85, 129–139. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272011000200002&lng=es&tlng=es.
53. Rojas, R. (1999) *Capitalismo y enfermedad*. Plaza y Valdés S.A.
54. Ruiz, J. I. (1996). *Metodología de la investigación cualitativa*. Universidad de Deusto.
55. Sartori. G & Morlino, L. (Comps.) (1999). *La comparación en ciencias sociales*. Alianza.
56. Secretaría de Salud. (2013). *Guía de implantación fortalecimiento de los servicios de salud con medicina tradicional*. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/38485/ModeloFortalecimientoMedicinaTradicional.pdf>
57. Senado, J. (1999). Los factores de riesgo en el proceso salud-Enfermedad. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 15(4), 453–460. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400019&lng=es&tlng=es
58. Sirois, F. M., Bann, C. M. & Walsh, E. G. (2018). The role of mind-body awareness in the outcomes of complementary and alternative medicine (CAM). *European Journal of Integrative Medicine*, 22, 37-43. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2018.07.008>.
59. Šolcová, I. (2008). Health – as seen by Philosophy of H.-G. Gadamer. *School and Health*, 21(3), 101–107. https://www.ped.muni.cz/z21/knihy/2008/25/25/texty/eng/solcova_eng.pdf
60. Tironi, M., & Rodríguez-Giralt, I. (2017). Healing, Knowing, Enduring: Care and politics in damaged worlds. *Sociological Review*, 65(2_suppl), 89–109. <https://doi.org/10.1177/0081176917712874>
61. Valles, M. S. (2000a). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Síntesis.
62. Valles, M. S. (2000b). La teoría fundamentada (grounded theory) y el análisis cualitativo asistido por ordenador. En M. García et al. (Eds.), *El análisis de la realidad social*. Alianza.
63. Vergara, M. C. (2007). Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Revista Hacia La Promoción de La Salud*, 12, 41–50.

- <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1946>
64. Vieira-da-Silva, L. M., & Pinell, P. (2014). The Genesis of Collective Health in Brazil. *Sociology of Health and Illness*, 36(3), 432–446. <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.12069>
 65. Watkins, K. (2016). Health, Leisure, and Life Cycle: A Gender Approach in the Tropics. *Social Indicators Research*, 126(3), 1049–1064. <https://doi.org/10.1007/s11205-015-0925-6>
 66. Wiggins, N., Hughes, A., Rodríguez, A. Potter, C. Ríos-Campos, T. (2014). La Palabra es Salud (The Word Is Health): Combining Mixed Methods and CBPR to Understand the Comparative Effectiveness of Popular and Conventional Education. *Journal of Mixed Methods Research*, 8(3), 278–298. <https://doi.org/10.1177/15586898135107>
 67. Wilson, R. (1970). *The Sociology of Health: An Introduction*. Random House.
 68. Yin, R. K. (1993). *Applications of Case Study Research*. Sage.
 69. Yuste, F. J. (1988). Concepto de salud. *Aldaba*, 6(10), 7–18. <https://doi.org/10.5944/aldaba.10.1988.19658>
 70. Zúñiga, A. (2011). Teorías de la justicia distributiva: una fundamentación moral del derecho a la protección de la salud, *Convergencia*, 18(55), 191–211. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-14352011000100008&lng=es&tlng=es