

**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
UNIDAD DE ESTUDIOS BÁSICOS
DEPARTAMENTO DE SOCIO-HUMANIDADES**



**SOCIOLOGÍA DE LA SALUD
Módulo Teórico - Práctico**

**Trabajo Presentado por Bianca Díaz Valdiviezo como Requisito Parcial para
ascender a la Categoría de Profesor Asociado.**

CIUDAD BOLÍVAR, FEBRERO DE 2025

DEDICATORIA

A todos los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente.
Nunca olviden que los aspectos socioculturales son fundamentales para el desarrollo de una práctica integral de un Profesional de la Salud.

AGRADECIMIENTO

A Dios y mi Virgencita del Valle, por estar a mi lado una vez más.

A mi familia, porque su presencia siempre representa el mayor estímulo para alcanzar mis metas.

A la Profesora Noraima Villasana, por las pertinentes observaciones realizadas al trabajo.

A la Universidad de Oriente, por todo lo que ha representado en mi formación académica y ejercicio profesional como Docente Universitario.



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
UNIDAD DE ESTUDIOS BÁSICOS
DEPARTAMENTO DE SOCIO - HUMANIDADES**

**SOCIOLOGÍA DE LA SALUD
Módulo Teórico - Práctico**

Autor: Bianca Díaz Valdiviezo

Fecha: Febrero 2025

RESUMEN

El presente trabajo tuvo como objetivo la elaboración de un Módulo Teórico-Práctico que pueda ser utilizado como herramienta pedagógica para la comprensión de la Asignatura Sociología de la Salud, adscrita al Departamento de Socio-Humanidades de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, ya sea en situaciones regulares de clases presenciales o en caso que se requiera la implementación de clases semipresenciales y la educación a distancia (Virtual). Se parte del contenido programático de la asignatura para desarrollar así los capítulos que integran el Módulo, destacándose tanto las bases teóricas de cada tema, como las actividades prácticas que permitan una mejor comprensión de los mismos. El capítulo I hace referencia al Tema Individuo, Salud y Sociedad, El capítulo II permite desarrollar aspectos inherentes a la Familia y Salud. El capítulo III se refiere a las Respuestas Socioculturales en el proceso Salud-Enfermedad. En el capítulo IV son destacados los aspectos inherentes al Enfoque Antropológico de la Salud y la Enfermedad, específicamente lo concerniente a la Etnomedicina y su función en los sistemas modernos de salud. El capítulo V permite desarrollar elementos referidos a la Salud y Sociedad, fundamentalmente la caracterización del Sistema de Salud de la Sociedad venezolana. Finalmente el capítulo VI describe aspectos inherentes a la relación Equipo de Salud- paciente y su importancia en el ejercicio de las profesiones de las ciencias de la salud.

Palabras Claves: Salud, Sociedad, Sociología, Sociología de la Salud.

INDICE

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	iv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
INDIVIDUO, SALUD Y SOCIEDAD	3
CAPÍTULO II	
FAMILIA Y SALUD	57
CAPÍTULO III	
RESPUESTAS SOCIOCULTURALES AL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD	98
CAPÍTULO IV	
ENFOQUE ANTROPOLOGICO DE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD: LA ETNOMEDICINA	121
CAPÍTULO V	
SOCIEDAD Y ATENCION EN SALUD	153
CAPÍTULO VI	
RELACION EQUIPO DE SALUD PACIENTE	198

	Pág.
ANEXOS	
1. Programa de la Asignatura	218
2. Lecturas Recomendadas.....	240

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es inobjetable considerar que los factores socioculturales representan un aspecto fundamental para el logro de una práctica profesional integral de los profesionales en Ciencias de la Salud. Para ello basta con observar que las principales causas de morbi-mortalidad en muchas sociedades a nivel mundial y específicamente en nuestro país, son alteraciones físicas o psicológicas asociadas al estilo de vida y al contexto sociocultural donde el individuo se desenvuelve. Además, si se considera que hoy los principales problemas de Salud Pública se encuentran relacionados o determinados por los problemas sociales existentes en una sociedad, es indiscutible establecer la importancia aspecto social al momento de analizar el proceso Salud- Enfermedad.

Sin embargo, a pesar de esta realidad, se continua observando cómo se mantiene el énfasis en la parte biológica y tecnocrática de la salud, la cual representa la base de una práctica netamente curativa, dejándose de lado la necesidad de desarrollar acciones preventivas y rehabilitadoras de la salud, sin que esto represente que se reste importancia a la acción curativa de las enfermedades y donde la consideración de los factores socioculturales es fundamental. Este hecho se manifiesta, entre otras formas, en la poca bibliografía existente sobre la incidencia de dichos factores en el proceso Salud-Enfermedad, destacándose esta situación en Venezuela.

Es en este contexto donde surge la necesidad en la autora, como Docente de la Asignatura Sociología de la Salud (011-1722), adscrita al Departamento de Socio-Humanidades de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, de elaborar un Módulo Teórico-Práctico que pueda ser utilizado como herramienta pedagógica para la comprensión de dicha Asignatura. Es importante señalar que esta necesidad se acrecentó, en el marco de la pandemia por Covid-19, donde fue imperante el desarrollo de actividades académicas bajo las modalidades virtual y semipresencial, situación ésta donde se ha evidenciado lo fundamental de contar con un material bibliográfico sistematizado que permita el abordaje teórico-práctico de la asignatura Sociología de la Salud, que pueda ser utilizado, no solo

para las clases presenciales, sino también en los casos donde se requiera llevar a cabo la educación a distancia.

Se parte entonces del contenido programático de la asignatura para desarrollar así los capítulos correspondientes, acordes a los temas que integran el presente módulo. El capítulo I hace referencia al tema Individuo, Salud y Sociedad, El capítulo II permite desarrollar aspectos inherentes a la Familia y Salud. El capítulo III se refiere a las Respuestas Socioculturales en el proceso Salud-Enfermedad. En el capítulo IV son destacados los aspectos inherentes al Enfoque Antropológico de la Salud y la Enfermedad, específicamente lo concerniente a la Etnomedicina y su función en los sistemas modernos de salud. El capítulo V permite desarrollar elementos referidos a la Salud y Sociedad, fundamentalmente la descripción del Sistema de Salud de la sociedad venezolana. Finalmente el capítulo VI describe aspectos inherentes a la relación Equipo de Salud- paciente.

En cada capítulo se parte del Objetivo Terminal del tema correspondiente, mostrándose posteriormente los objetivos específicos, las estrategias a utilizar, el desarrollo teórico del contenido, los métodos de evaluación y las actividades prácticas pertinentes a cada tema, así como las referencias bibliográficas y los materiales audiovisuales recomendados. Finalmente se presentan la bibliografía general y los anexos. En estos últimos se presentan el contenido programático de la asignatura y las lecturas consideradas para el desarrollo las actividades prácticas específicas de cada capítulo.

CAPÍTULO I

INDIVIDUO, SALUD Y SOCIEDAD

CAPÍTULO I

INDIVIDUO, SALUD Y SOCIEDAD

1.1 OBJETIVO TERMINAL.

Al finalizar el tema, el estudiante determinará la importancia de los factores socio-culturales en el proceso Salud-Enfermedad.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Explicar la evolución de los conceptos Salud – Enfermedad en diferentes etapas históricas.
- Definir los conceptos básicos de: Salud, Enfermedad, Ciencias, Ciencias Sociales, Sociedad, Comunidad y Cultura.
- Describir el objeto de estudio de cada una de las Ciencias Sociales.
- Establecer el aporte de las Ciencias Sociales al campo de las Ciencias de la salud.
- Explicar la concepción de la salud como derecho social en la sociedad contemporánea, haciéndose énfasis en la sociedad venezolana.
- Determinar la importancia de la medición de la salud, conceptualizando los indicadores de salud más utilizados.
- Establecer la importancia de los factores socio culturales en situaciones de salud – enfermedad.

1.3 ESTRATEGIAS.

- **Docente:**
 - Exposición Oral.
 - Organización de equipos de Trabajo.
 - Asignación de Lecturas.

- Asignación de Trabajos Escritos Individuales y Grupales (Informes, Mapas Conceptuales, Infografías, Líneas de Tiempo).
- Organizar y facilitar el trabajo en grupos y la discusión de los mismos (Talleres, Mesa Redonda, Debates, Exposiciones Orales o Plenarias).

- **Estudiante:**

- Lectura de materiales bibliográficos asignados.
- Análisis de Lecturas Asignadas.
- Preparación de material de apoyo.
- Elaboración de trabajos escritos.
- Discusión de grupos.

1.4 EVALUACIÓN.

- Pruebas escritas.
- Trabajos escritos asignados individuales y Grupales (Informes, Mapas Conceptuales, Infografías, Líneas de Tiempo)
- Participación en clase (individual).
- Participación grupal (Talleres, Mesa Redonda, Debates, Exposición Oral y Plenarias).

1.5 CONTENIDO.

1.5.1 Evolución Histórica de los Conceptos Salud-Enfermedad.

Conocer la forma cómo han evolucionado los conceptos de salud y enfermedad a través de las diferentes etapas históricas es importante para todo profesional de la salud por cuanto le permite analizar la interpretación que han dado los pueblos a este proceso, el desarrollo de la ciencia y la tecnología médica, las creencias en torno a las enfermedades y como estas creencias influye en la conducta ante la enfermedad así como en el tratamiento a seguir.

Siguiendo los planteamientos hechos por Ferrara *et al* (1976), Lara y Mateos (1999) y Álvarez Bermúdez (2002), la evolución histórica de los conceptos de salud y enfermedad implica a su vez la descripción de la historia de la medicina y la higiene, que puede en líneas generales concretarse en los siguientes periodos:

- **Período Instintivo:**

A principio de la humanidad la respuesta a los procesos patológicos eran de carácter instintivo y de sentido común. El hombre en esta etapa, quizás copiando a los animales superiores que vivían a su alrededor iba adquiriendo este tipo de higiene instintiva que tenía una importancia fundamental para su supervivencia y perpetuación como especie. Un ejemplo de ello es el hecho de la maternidad que permitió con elementales normas higiénicas de un hecho natural conservar la vida de quien ha nacido.

Esta etapa instintiva se divide en dos zonas, la primera es la Zona Médica Externa que hace referencia a las afecciones cuya relación causal era fácilmente percibida (heridas, lesiones de cuerpos extraños, enfermedades parasitarias macroscópicas), de las cuales se extrajo por instinto normas que permitieran conservar y prolongar la vida.

La segunda área es la Zona de la Ideación, donde el hombre no logra establecer la causa etiológica de la enfermedad, comenzando entonces a dar

explicaciones inspiradas en fuerzas sobrenaturales, ante las cuales era necesario defenderse.

- **Periodo Sacerdotal.**

Este período es también llamado hechiceril o religioso. Aquí se enfatiza relieve la concepción mágica de la salud y la enfermedad en el hombre primitivo, proporcionándose a los sacerdotes tribales o hechiceros de las tribus la capacidad para defenderse y defender a las poblaciones contra el mal.

En este periodo se distinguen igualmente dos líneas en la concepción del proceso salud-enfermedad, la primera pone el énfasis en la idea de las ciencias religiosas o sobrenaturales y la otra en la denominada medicina popular. Es importante destacar que estas dos maneras de concebir la salud y la enfermedad no son excluyentes entre sí porque parten del origen místico, sobrenatural o mágico, difieren en las prácticas curativas que implementan para curar las enfermedades.

Mientras la primera utiliza conjuros, danzas, ritos, ceremonias y canticos, que permita actuar o alejar el agente sobrenatural, la medicina popular o casera actúa sobre la enfermedad misma, a través de los baños, las infusiones, los masajes, las dietas, la anestesia con mezclas extraídas de hierbas; las plantas medicinales y la trepanación de cráneos. Esta última se explica a partir de la creencia de que la enfermedad era producida por un espíritu maligno, por lo cual era necesario hacer un orificio en el cráneo para que el espíritu saliera y se recuperara la salud.

Dentro de este periodo podemos ubicar los preceptos médicos e higiénicos como los mesopotámicos, asirios, babilónicos, egipcios, persas, hindúes, hebreos y los grandes descubrimientos empíricos de la medicina china.

- **Periodo Hipocrático:**

Es la etapa de la Grecia de Hipócrates (460-377a.c.), considerado el padre de la medicina occidental, cuyos planteamientos se abocan a la observación

razonada y el estudio de los fenómenos naturales, instando a dejar de lado las explicaciones sobrenaturales a la etiología de las enfermedades. Plantea Hipócrates que para conocer la enfermedad es necesario estudiar al hombre en su relación con el ambiente dónde vive, investigando las causas que puedan perturbar ese equilibrio que son agentes exteriores como el clima, el agua, el aire y los alimentos.

Dentro de este período también se destacan los planteamientos hechos posteriormente por Galeno (130 d.c.), considerando el padre de la Medicina Clínica Moderna y el primer publicista que sistematizó el estudio de la higiene en distintas ramas a saber:

- **Circumfusa:** relacionada con factores externos como el aire, el suelo, el agua, la luz.
- **Applicata:** elementos que actúan sobre nuestro cuerpo (ropa de vestir y de cama, los baños, masajes, cosméticos).
- **Ingesta:** elementos que intervienen en nuestra alimentación.
- **Excreta:** estudio dedicado a la higiene de los órganos excretores.
- **Gesta:** factores relacionados con la actividad del hombre, esfuerzos y descansos, vigiliias y sueños.

Asimismo, otro acontecimiento importante en este período, es el desarrollo de la Salud Pública durante el Imperio Romano, haciendo que éste se constituya como uno de los más notables en la evolución de la salud de la humanidad.

- **Período Científico Contemporáneo.**

Se plantea el inicio de este período a partir de la invención del microscopio, atribuido al holandés Zacharias Janssen en el año 1590, lo cual posibilitó la incorporación de importantes avances en el desarrollo del estudio de la salud, a través del aporte de notables representantes de la corriente clínica del pensamiento médico, fundamentado en la observación profunda.

En el período Científico contemporáneo se destacan, a su vez, tres etapas, las cuales se denominan la Era del Saneamiento, la Era de las Enfermedades Transmisibles y la Era de la Medicina de la Comunidad. La Era del Saneamiento

se destaca por su búsqueda de la demostración de la importancia de los problemas sanitarios y su relación con el medio, lo cual es resaltado en el año 1851, cuando se lleva a cabo la primera Conferencia Internacional de Higiene en París, para considerar acuerdos de saneamiento en la lucha contra importantes flagelos como la peste, el cólera y la fiebre amarilla.

En cuanto a la era de las enfermedades transmisibles destacan los trabajos de Louis Pasteur, Robert Koch y otros importantes científicos, en aras de investigar los daños de estas enfermedades en la población. Por su parte, en la Era de la Medicina de la Comunidad (después de la primera Guerra Mundial) se hace énfasis en la necesidad de hacer un planteamiento colectivo en los problemas de salud, destacando el desenvolvimiento del individuo en las colectividades y el efecto de estas en sus condiciones de salud.

Para profundizar sobre este punto se recomienda las lecturas presentadas en los anexos 3, 4, 5, 6 y 7.

En conclusión puede plantearse que la evolución de los conceptos salud y enfermedad están determinada históricamente por dos orientaciones, la no científica y la científica, ambas buscan las causas de la enfermedad y la curación de la misma pero se diferencia en la manera de lograr estos objetivos. La orientación no científica se encuentra representada por la práctica de la medicina primitiva, la medicina popular, la medicina religiosa, unidas a la concepción hipocrática de la salud y la enfermedad, mientras que la orientación científica está representada por el establecimiento sistemático y controlado de leyes objetivamente demostrables, que exigen una calificación académica y el avance tecnológico de los grupos sociales.

1.5.2 Aproximación a la Definición de Salud y Enfermedad.

Así como pueden observarse las diferentes etapas por las que ha pasado la evolución de la práctica de las Ciencias de la Salud, y con ella las concepciones de Salud-Enfermedad, también pueden describirse diferentes vertientes o tendencias de la orientación científica al definir este proceso, entre las que se destacan las siguientes:

- *Corriente Biologicista (Teoría de un solo agente, Corriente Biomédica o Tecnocrática)*

Esta corriente se encuentra centrada en el agente físico causal de la enfermedad, ignorando los factores psicológicos, ambientales y sociales que lo ponen en contacto con el individuo. El paradigma presente en esta concepción es el de la medicina tecnocrática, donde se hace presente un excesivo énfasis en la práctica de la medicina curativa en detrimento de las prácticas preventivas. Esta concepción estrictamente biologicista lleva a afirmar que, en el ámbito de la Medicina,

lo más importante es determinar si realmente el paciente está enfermo y de qué, para lo cual se sugiere seguir estrictamente los procedimientos y categorías científicas tales como una descripción de los hechos, independientemente de su valor emocional, en una forma analítica, sistemática, verificable y especializada. (Lara y Mateos, 1999, 220).

Se trabaja la percepción de la salud y la enfermedad como una fórmula matemática donde partiendo de la presencia de un agente causal, se realiza el diagnóstico de una enfermedad y se prescribe el tratamiento. De esta forma se plantean respuestas individuales temporales que no atacan las condiciones externas donde se produce la enfermedad. Se concibe al hombre como un ente aislado, un ser que se aísla para enfermarse cuando esto no es así, ya que el hombre es parte de un contexto donde interacciona con otros individuos, del cual recibe influencias (familia, comunidad, sociedad). En esta corriente biologicista la salud es sinónimo de ausencia de enfermedad.

Entre las críticas que se le hace a esta teoría se encuentran las siguientes:

- Es inadecuada ante la explicación de muchos tipos de enfermedades (psicosomáticas, crónicas)
- Considera, al hombre como entidad aislada
- Establece siempre una relación lineal causa-efecto.

- Limita la definición de salud.

Es importante además considerar que la salud y la enfermedad no pueden considerarse como polos opuestos sino situaciones que presentan diferentes graduaciones en un mismo proceso, lo cual amerita buscar una explicación de lo que puede considerarse “normal” o “anormal” en el contexto cultural de una determinada Sociedad.

De esta forma puede afirmarse que este método funciona sólo en casos de lesiones o disfunciones orgánicas, en patologías estrictamente biológicas, pero es limitado en otras manifestaciones de la enfermedad, sobre todo cuando la realidad manifiesta un incremento de las enfermedades de origen psicológico, social y cultural.

- ***Enfoque de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S).***

En el año 1946 se crea la Organización Mundial de la Salud (O.M.S), como un ente adscrito a la Organización de las Naciones Unidas cuya finalidad está centrada en lograr la salud y el bienestar a nivel universal. Posteriormente, en el año 1948, la O.M.S. redacta y publica lo que se ha denominado su carta magna, la cual entra en vigor el 7 de abril de ese año, fecha ésta reconocida actualmente como Día Mundial de la Salud. En esta carta la institución plantea su definición de salud, así como una serie de principios que buscan establecer el reconocimiento de la salud como un derecho social.

La conceptualización de la salud de la O.M.S. busca ir más allá de la concepción restringida dada por la orientación biologicista, estableciendo que la salud puede ser definida como “el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esto implica que al pretenderse realizar un análisis del proceso salud-enfermedad no se debe hacer énfasis sólo en el ámbito biológico y técnico de la salud sino que deben considerarse los factores psicológicos y sociales, lo cual implica pensar en lo que se ha denominado la etiología multifactorial (teoría de las causas diversas), que es

tan necesaria de esgrimir a la hora de tratar enfermedades crónicas y psicosomáticas.

La tesis de la O.M.S, ha tenido defensores y detractores. Una de las críticas fundamentales se basa en considerar que la concepción es utópica, estática y subjetiva.

Utópica, porque el “completo” estado, tanto de salud como de enfermedad, no existe ya que no se trata de condiciones absolutas y entre ambos extremos siempre existen gradaciones intermedias; así mismo el término “completo” es más la expresión de un deseo que una realidad alcanzable. Estática, porque considera la salud como un “estado”, una situación, un nivel-estanco, y no como un proceso dinámico. Subjetiva, porque la idea de bienestar, como la de malestar es subjetiva y depende del propio individuo. Una persona se puede encontrar mal, pero es un sentimiento difícilmente objetivable, cuantificable. (Gavidia y Talavera, 2012, p. 167)

Respecto a la dificultad para medir el “bienestar” Lara y Mateos (1999) señalan lo siguiente:

¿Quién puede definir con precisión matemática el completo bienestar? Si este criterio varía en función de las características individuales del individuo, de su medio ambiente físico, cultural y de su estado psíquico. Una persona puede decir que se siente bien aun padeciendo una enfermedad grave, o declarar que se siente mal y deprimido pero clínicamente sano. (p.221)

Por su parte Milton Terris, en la década de los 80, también intenta revisar el planteamiento hecho por la OMS señalando que, la Salud puede definirse como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades. De

esta manera Terris elimina, por un lado, el adjetivo “completo” que acompaña al término bienestar y, por el otro, agrega la “capacidad de funcionamiento”, entendiéndose ésta como la posibilidad que puede tener el ser humano el ser humano de hacer frente a las adversidades y al “malestar” que puede experimentar en un momento dado. Se busca así limitar lo que se considera estático y subjetivo en el concepto de la Organización Mundial de la Salud, pues se parte de entender que cada individuo tiene su forma particular de vivir la salud y la enfermedad, siendo éste un proceso continuo donde se presentan diferentes niveles o grados de bienestar y malestar.

Debe destacarse igualmente que autores como Cartaya y D’Elia (1991, p. 22) han pretendido concretar la noción de bienestar al establecer una serie de elementos, con los que se espera cuente la población, para considerar que goza de los valores mínimos de bienestar. Estos elementos son:

- ✓ Acceso a una alimentación suficiente.
- ✓ Acceso a una vivienda adecuada, dotada de los servicios básicos
- ✓ Posibilidad de vivir una larga y saludable vida.
- ✓ Acceso a la educación y a la recreación.
- ✓ Acceso a un sistema de seguridad social.

A pesar de todas las críticas que han sido planteadas a la concepción de la Salud, desarrollado por la OMS, ésta se ha mantenido a lo largo de los años que han transcurrido desde su formulación en el año 1948. Al respecto profesionales en el área de la salud y sobretodo en el área de la Salud Pública consideran que, a pesar de la utopía que pueda estar presente en este este concepto, es innegable que el mismo es estratégico, es decir, se señala que la máxima aspiración que puede tener un profesional de la salud al ejercer como tal es lograr el completo bienestar físico, mental y social de la población que atiende. Para ello debe partirse del desarrollo de un trabajo en equipo que incluya la participación de profesionales, no sólo de las Ciencias de la Salud, sino también de las Ciencias Sociales.

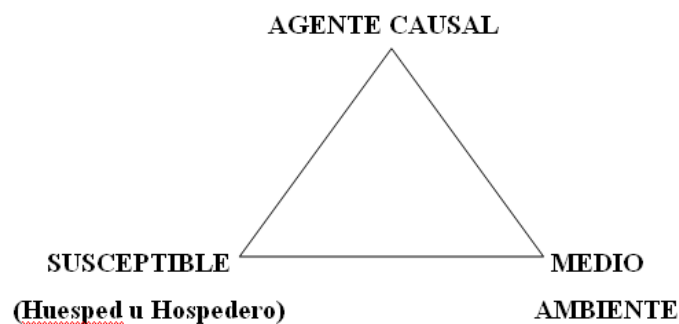
Asimismo es importante destacar que años después, la OMS desarrolla una nueva definición de Salud, la cual es plasmada en el Glosario para la Promoción de la Salud publicado por esta Organización en el año 1998. Según esta nueva definición, la salud es

Un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. (OMS/OPS, 1998, p. 10)

Puede observarse que en esta definición es nuevamente resaltado el rol de los factores sociales en las condiciones de salud de los individuos y poblaciones en general.

- *Corriente Ecologista*

Plantea la importancia de los factores ambientales al momento de definir la salud y enfermedad. Se considera así la salud como el equilibrio entre el individuo y el medio ambiente. Este concepto es la base de la denominada triada ecológica de la salud que representa el modelo tradicional que se ha venido manejando en la concepción del proceso salud-enfermedad. Esta triada se ilustra de la siguiente manera:



El agente causal es toda la sustancia animada o inanimada capaz de producir la enfermedad. El susceptible (anteriormente llamado huésped u hospedero) es el organismo donde penetra el agente y esta relación se da en un ambiente que lo condiciona.

En todo este proceso predomina el concepto de adaptación como determinante de la definición de la salud y la enfermedad. De tal forma que, según esta corriente, el hombre sano es aquel que logra una adaptación al ambiente de forma significativa, mientras que el hombre enfermo presenta un desequilibrio ante las tensiones físicas y emocionales presentes en su medio ambiente.

Lograr la adaptación al ambiente va a permitir entonces un estado de salud y supervivencia determinado por la capacidad del organismo para usar con propiedad sistemas reguladores que le permitan mantenerse estable a pesar de los cambios de su medio ambiente. Desde esta perspectiva ecológica puede hablarse también de la existencia de un “equilibrio” con el medio ambiente, el cual estaría determinado por la satisfacción de las necesidades básicas del individuo.

El medio ambiente puede ser en un momento dado ser favorable como adverso al hombre y, en tal sentido, la concepción de salud y enfermedad son el resultado de un proceso de interacción permanente del ser humano con este medio en que vive tratando de adaptarse a este. Es así como Dubós (1966), define desde este punto de vista a la Salud como el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio.

En líneas generales puede plantearse entonces que, ecológicamente, la Salud está determinada por el equilibrio dinámico que se produce entre el hombre y el medio ambiente, donde juega un papel importante su potencial físico o genético y la capacidad para enfrentar las situaciones adversas que se les presenta.

- **Concepción Social**

Esta concepción de la salud y la enfermedad parte de considerar fundamentalmente al hombre como un ser biológico y social con necesidades,

entendiéndose por necesidad el estado de un individuo en relación con lo que es necesario o simplemente útil para su desarrollo integral.

Estas necesidades humanas pueden ser clasificadas de distintas formas, siendo el psicólogo Abraham Maslow, uno de los autores más considerados dentro de este tema. Maslow en su teoría de las necesidades humanas, desarrollada en el año 1943 y publicada en su libro “A Theory of Human Motivation”, plantea que las mismas se ubican en una pirámide cuya base se encuentra representada por las necesidades fisiológicas, luego las de seguridad, afectivas, de realización y por último las de auto superación. Asimismo, este autor señala que para percibir cada tipo de necesidades deberían ser satisfechas las previas.

Las necesidades fisiológicas constituyen la primera prioridad del individuo y se encuentran relacionadas con su supervivencia. Dentro de éstas encontramos, entre otras, necesidades como la homeóstasis (esfuerzo del organismo por mantener un estado normal y constante de riego sanguíneo), la alimentación, el saciar la sed, el mantenimiento de una temperatura corporal adecuada, la necesidad de descanso (sueño), las necesidades excretoras. También se encuentra en este grupo de necesidades el sexo.

Las necesidades de seguridad, a través de la satisfacción de estas necesidades se buscan la creación y mantenimiento de un estado de orden y seguridad. Dentro de las necesidades de seguridad encontramos la necesidad de estabilidad, la de tener orden y la de tener protección, entre otras. Estas necesidades se relacionan con el temor de los individuos a perder el control de su vida y están íntimamente ligadas al miedo, miedo a lo desconocido, a la anarquía

Las necesidades afectivas, según Maslow, una vez satisfechas las necesidades fisiológicas y de seguridad, la motivación se da por las necesidades sociales. Estas tienen relación con la necesidad de compañía del ser humano, con su aspecto afectivo y su participación social. Dentro de estas necesidades tenemos la de comunicarse con otras personas, la de establecer amistad con ellas, la de manifestar y recibir afecto, la de vivir en comunidad, la de pertenecer a un grupo y sentirse aceptado dentro de él, entre otras.

Las necesidades de realización o de reconocimiento: también conocidas como las necesidades del ego o de la autoestima. Este grupo radica en la necesidad de toda persona de sentirse apreciado, tener prestigio y destacar dentro de su grupo social, de igual manera se incluyen la autovaloración y el respeto a sí mismo.

Finalmente, las necesidades de auto superación, también conocidas como de autorrealización o auto actualización, son aquellas que se convierten en el ideal para cada individuo. En este nivel el ser humano requiere trascender, dejar huella, realizar su propia obra, desarrollar su talento al máximo.

Es importante destacar que si bien estos niveles en la jerarquía de las necesidades se pueden separar para su respectivo análisis, en la práctica se encuentran mezclados y se expresan en patrones reales de comportamiento que varían según las culturas y la escala de valores de cada individuo, grupo o colectividad.

Otra forma de precisar las necesidades humanas es en el proceso de una Intervención Social, donde, siguiendo los planteamientos de Ander-Egg (2011, pp. 228-229), pueden establecerse las siguientes:

- ✓ **Necesidades físicas u orgánicas:** son aquellas cuya satisfacción permite gozar a los hombres de niveles propios de su condición biológica. Éstas incluyen:
 - Alimento.
 - Vestuario.
 - Vivienda.
 - Salud.
 - Descanso.

- ✓ **Necesidades económicas:** hacen referencia a la necesidad de disponer de un bien que sirva para producir, conservar o mejorar las condiciones de vida. Estas necesidades están ligadas al nivel productivo de la vida humana.

- ✓ **Necesidades sociales:** se refieren a la manera como los seres humanos se relacionan entre sí, a nivel familiar, con amigos y con otras personas en general. Pueden señalarse las siguientes:
 - Conformación de un núcleo social básico (familiar y/u otros);
 - Vivir en grupo y socializarse;
 - Contacto humano, participación conjunta; incluso solidaridad; dar y recibir amistad;
 - Acceso a la información;
 - Entorno físico estimulante;
 - Igualdad en la distribución del producto;
 - Aprobación social y reconocimiento.

- ✓ **Necesidades culturales:** se relacionan con los procesos de autorrealización y de expresión creativa. Se nutren, principalmente, en las manifestaciones del conocimiento, de la creación artística y de las actividades lúdicas:
 - Educación y aprendizaje;
 - Ocio creativo, innovador: artesanal, artístico, científico;
 - Actividades lúdicas y deporte;
 - Satisfacción en el trabajo;
 - Afirmación de la propia identidad cultural.

- **Necesidades políticas:** se refieren a la inserción de los seres humanos en las relaciones de poder y la vida ciudadana en general. Son:
 - Participación en decisiones de diferentes tipos y niveles en cuestiones que conciernen a la propia vida.
 - Propiedad personal; garantías y límites;
 - Procedimientos de resolución de los conflictos políticos;
 - Estructura institucional y organización.

- ***Necesidades espirituales y religiosas:*** son aquellas que buscan dar sentido, significación y profundización a la vida en relación con la trascendencia.

En líneas generales puede afirmarse que todas las necesidades humanas establecen condiciones sociales que influyen en el estado de salud y que en su conjunto permite concebir la salud como sinónimo de calidad de vida y lo cual hace volver nuevamente a la concepción de la O.M.S, cuando se consideran como factores inherentes a la calidad de vida los siguientes componentes: educación, vivienda, alimentación, vestuario, recreación, libertades humanas, trabajo, seguridad social, entre otros componentes de índole social, que pueden influir, de manera directa o indirecta en el estado de salud del individuo.

Entre los autores que reconocen la importancia los factores sociales al definir la salud se encuentra Salleras (1985), quien la conceptualiza como “el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social y de capacidad de funcionamiento que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad” (p. 17).

Partiendo de todos estos señalamientos puede afirmarse que, la concepción social del proceso Salud - Enfermedad plantea que los factores sociales no solo son importantes al momento de tratar situaciones de salud y enfermedad sino que son determinantes en este proceso, ya que juegan un papel importante en la etiología de las enfermedades de forma directa o indirecta. Asimismo, debe señalarse, que los factores socioculturales definen que condiciones de salud serán consideradas como problemas de salud pública y las actividades que se pudieran llevar a cabo para atacar y/o resolverlos. Además, estos factores determinan las respuestas de la sociedad y del individuo ante muchos problemas de salud (en base a las creencias, normas y costumbres, hábitos y prácticas de salud).

Por todo esto es indispensable que los profesionales de la salud para tener una visión integral del proceso salud-enfermedad (bio-psico-social) deben tener conocimientos de los factores sociales que influyen en dicho proceso a nivel individual y colectivo.

Una vez que se han precisado las diferentes corrientes que buscan analizar el proceso salud-enfermedad podemos decir que para definir la salud en su aspecto integral debemos unir estas concepciones y establecer que la Salud es el estado de equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, determinado por la satisfacción de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. A su vez la enfermedad se define como la alteración biológica objetiva de una o varias partes del cuerpo determinados factores bio- psico- sociales.

Es importante expresar que de acuerdo a la concepción que se tenga del proceso Salud-Enfermedad se desarrollaran actividades dirigidas a establecer los sistemas de atención al mismo, es decir, se dará énfasis a la parte curativa o a la preventiva.

1.5.3 Determinantes de la Salud.

Los Determinantes de la Salud son “los factores que influyen en la salud individual, que interactuando en diferentes niveles determinan el estado de salud de la población” (Dávalos,s.f, p. 3). Abarcan desde aspecto “ambientales, biológicos, conductuales, sociales, económicos, laborales, culturales y, por supuesto los servicios sanitarios como respuesta organizada y especializada de la sociedad para prevenir la enfermedad y restaurar la salud” (De la Guardia y Ruvalcaba, 2020, p. 83).

Para precisar un poco más sobre cuáles son estos factores relacionados con el proceso salud-enfermedad, tomaremos como referencia los planteamientos de autores destacados en el tema: Lalonde y Laframboise (1973-1974), Julio Frenk (1991) y Tarlov (1999).

En cuanto a los planteamientos de Lalonde y Laframboise, éstos se encuentran plasmados en el denominado Modelo de Campos de la Salud, desarrollado por estos autores en Canadá, durante la década de los setenta. Para este momento Marc Lalonde se desempeñaba como Ministro de Salud en Canadá y Hubert Laframboise ocupaba el cargo de Director General de la División de Planificación de la Salud a Largo Alcance de Salud y Bienestar Social en dicho país.

Es importante destacar que, según Álvarez, García y Bonet (2007), aun cuando al hablar de este modelo se le atribuye su autoría a Lalonde fue realmente Laframboise quien en el año 1973 publicara un artículo titulado Health policy: breaking the problem down into more manageable segments, en el cual explicaba la necesidad de contar con segmentos más manejables a la hora de analizar los problemas y diseñar las políticas de salud. Posteriormente, en el año 1974, Lalonde desarrolla y publica lo que se conoce como el Informe Lalonde, en el cual retoma los planteamientos hechos por Laframboise un año antes.

El Modelo de Campos de la Salud permite hacer un análisis bio-psico social de la salud y la enfermedad considerando para ello los factores que las determinan o condicionan, es decir factores que, se consideran, influyen directamente en las situaciones de salud y factores que actúan como de riesgo o que aumentan la probabilidad de que los individuos enfermen.

Este modelo, busca ir más allá de los planteamientos de la tradicional Triada ecológica, por cuanto resultaban inadecuados para el análisis epidemiológico de las enfermedades no infecciosas. El Modelo de Campos de la Salud establece que el proceso Salud- Enfermedad está determinado por cuatro factores: Biología Humana, Medio Ambiente, Estilo de Vida y Sistema Organizativo de la Atención en la Salud. En cada uno de estos determinantes se presentan otros elementos que son denominados condicionantes o predisponedores en la situación de salud-enfermedad. Se precisa de la siguiente manera:

a) Biología humana:

Comprende los denominados factores de riesgo no modificables, entre los que se encuentran la herencia, la capacidad inmunológica, la edad y el sexo.

En cuanto a la herencia, se ha comprobado que en ciertas enfermedades, el componente relevante como factor de riesgo por ejemplo, el cáncer, enfermedades cardiovasculares, renales, diabetes, obesidad, malformaciones genéticas y retardo mental.

La capacidad inmunológica hace relación a la defensa que puede desarrollar el organismo para enfrentar las enfermedades, de allí se explica que

ante la presencia de transmisibles o infecto contagiosas es posible que una vivienda enfermen algunos miembros de la familia y otros no.

La edad establece la predisposición en algunos grupos etanos a sufrir de determinadas enfermedades por ejemplo los eruptivos de la infancia: sarampión, rubeola, varicela, es más frecuente en el periodo infantil aun cuando no es exclusivo de este grupo; por su parte ciertas enfermedades crónicas degenerativas, entre ellas la osteoporosis, artritis, arterioesclerosis, es más frecuente en personas de la tercera edad.

En cuanto al sexo es factor indispensable para sufrir de ciertas enfermedades o de riesgo para otras, por ejemplo, el cáncer de cuello uterino es exclusivo de las mujeres, el cáncer de próstata de los hombres, el cáncer de mamas pueden sufrirlo mujeres y hombres pero existe mayor riesgo en el sexo femenino.

b) Medio Ambiente:

Hace referencia a los factores externos del cuerpo humano sobre los cuales el individuo tiene poco o ningún control. Se puede subdividir en dimensiones físicas, socioculturales y psicológicas. Es importante resaltar que en este modelo teórico, no sólo se hace referencias al ámbito físico del contexto ambiental, sino que además de este son destacadas las dimensiones sociocultural y psicológica presentes en el mismo. En este sentido son señalados algunos de los factores condicionantes inherentes a dichas dimensiones de la siguiente manera:

- Dimensión Física:

- ✓ El Clima.
- ✓ Contaminación ambiental.
- ✓ Contaminación de alimentos.
- ✓ Malas condiciones higiénicas de la vivienda.

- Dimensión Sociocultural:

- ✓ Economía.

- ✓ Educación.
 - ✓ Normas y valores.
 - ✓ Hábitos-creencias.
 - ✓ Organización Social.
- **Dimensión Psicológica:**
- ✓ Conducta de salud.
 - ✓ Relaciones interpersonales.

Se afirma así que el medio ambiente puede actuar en situaciones de salud-enfermedad de la siguiente manera:

- Causando directamente la enfermedad (ejemplo: Gripe o Influenza).
- Favoreciendo la predisposición a ciertas enfermedades (ejemplo: desnutrición).
- Interviniendo en la transmisión de enfermedades (relación entre las malas condiciones de saneamiento ambiental y enfermedades diarreicas).
- Influencia al curso de la enfermedad (ejemplo: bajo nivel de instrucción y asistencia médica tardía pueden influir agravando la enfermedad).

c) Estilo de vida:

De acuerdo a planteamientos hechos por la OMS (1998), en el campo de la salud puede definirse el Estilo de Vida como

una forma de vida que se basa en patrones de comportamiento identificables determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales. (Pág. 27)

Según esta organización, los estilos de vida individuales, pueden ejercer un efecto profundo en la salud de un individuo y en la de otros, por lo tanto, puede

plantearse que este factor se constituyen como riesgos autogenerados, ya que incluye las decisiones individuales que afectan la salud y sobre las cuales se tiene mayor o menor control. Dicho de otra forma, abarcan las decisiones incorrectas en cuanto a estilos de vida destructivos que contribuyen a un mayor nivel de enfermedad de muerte prematura. Estos riesgos autogenerados, pueden dividirse, a su vez, en tres elementos: riesgos inherentes al ocio, a los modelos de consumo y ocupacionales.

- *Riesgos inherentes al ocio.*

Algunos modos de autodestrucción aparecen como resultados de los riesgos de actividades inherentes al ocio. Por ejemplo, la falta de recreación se asocia íntimamente con la hipertensión y con las enfermedades coronarias. La falta de ejercicio agrava las enfermedades coronarias, causa obesidad y lleva a una total falta de estado físico.

- *Riesgos asociados a los modelos de consumo.*

Algunos de estos riesgos son los siguientes:

- ✓ Consumo excesivo de alimentos (causa de obesidad).
- ✓ Adicción al alcohol (alcoholismo-cirrosis hepática).
- ✓ Consumo de tabaco (asociado con las enfermedades cardiopulmonares).
- ✓ Dependencia a las drogas (drogodependencia, homicidios, suicidios, desnutrición, marginación social, accidentes, ataques de angustia).
- ✓ Abundante consumo de glucosa (caries dentales, hiperglicemia, obesidad).

- *Riesgos ocupacionales*

Estas conductas son igualmente significativas, siendo muy difíciles de evitar ya que representan en muchos casos el sustento del núcleo familiar, debido a esto el individuo se abstiene de abandonar su ocupación en busca de una mejoría para su salud. Las presiones del trabajo causan estrés, angustias y tensiones que a

su vez pueden ocasionar úlceras pépticas e hipertensión. Algunos ejemplos de riesgos ocupacionales pueden ser los siguientes:

- ✓ Trabajos dónde se requiere cargar exceso de peso: hernias.
- ✓ Trabajos dónde se precisa estar sentado la mayor parte del tiempo: problemas de circulación, obesidad.
- ✓ Docencia: alteraciones en las cuerdas vocales, problemas visuales, de circulación, de la cervical.

En líneas generales es importante destacar que el Estilo de vida, como determinante de la salud, se encuentra en los denominados factores modificables, siendo por ello importante su estudio para la ejecución de acciones dirigidas a la prevención de las enfermedades. Asimismo debe señalarse que si la *salud* ha de mejorarse permitiendo a los individuos cambiar sus estilos de vida, la acción debe ir dirigida no solamente al individuo, sino también a las *condiciones sociales de vida* que interactúan para producir y mantener estos patrones de comportamiento.

d) Sistema Organizativo de la Atención de Salud:

Hace referencia a la disponibilidad, calidad y cantidad de recursos para administrar la atención médica. Entre los factores condicionantes que se encuentran en esta determinante se encuentran:

- ✓ Deficiente calidad de los servicios.
- ✓ Inefectividad de las medidas profilácticas.
- ✓ Asistencia médica no oportuna.
- ✓ Poca accesibilidad a los servicios de salud.
- ✓ Falta de cobertura y eficiencia de los servicios.
- ✓ Costos de los servicios de salud.
- ✓ Deficiencias en el suministro de medicamentos.
- ✓ Acciones preventivas-curativas y rehabilitadoras que no sean realizadas de forma eficiente.

Otros modelos que hace referencia al tema de los Determinantes de la Salud están condensados en los planteamientos de Julio Frenk en el año 1991 y Tarlov, en 1999. En el caso del modelo de Frenk, el autor refiere que los factores que influyen en el proceso Salud-Enfermedad, en forma determinante, son los siguientes:

- **Condiciones de Trabajo:** Riesgos Ocupacionales.
- **Condiciones de Vida:** Riesgos Sociales.
- **Contaminación:** Riesgos Ambientales.
- **Estilos De Vida:** Riesgos Conductuales.
- **Genoma:** Riesgos Biológicos.

Por su parte, Tarlov clasificó los determinantes de la salud en los siguientes niveles:

- **Nivel 1:** Determinantes Biológicos, Físicos y Psíquicos.
- **Nivel 2:** Determinantes de Estilo de Vida.
- **Nivel 3:** Determinantes Ambientales y Comunitarios.
- **Nivel 4:** Determinantes del Ambiente Físico, Climático y Contaminación Ambiental
- **Nivel 5:** Determinantes de la estructura Macrosocial, Política y Percepciones Poblacionales.

Puede destacarse que estos dos últimos modelo, representan variantes que toman como referencia observaciones realizadas al Modelo de Campos de la Salud de Lalonde y Laframboise.

En general puede plantearse que todos estos modelos que hablan de los determinantes del proceso Salud-Enfermedad, permiten destacar la influencia de los factores socioculturales en dicho proceso. Asimismo promueven el análisis de las denominadas enfermedades sociales como aquellas en cuya solución dominan los factores sociales, puesto que los mismos actúan como factores de riesgo o

influyen directa o indirectamente en sus causas, a la vez que tienen una gran significación para la colectividad y entre las cuales pueden ubicarse el Alcoholismo, la Drogadicción, la Desnutrición, entre otras.

1.5.4 Las Ciencias Sociales y su Aporte al Campo de la Salud.

Antes de presentar el concepto de Ciencias Sociales es importante partir de la definición de la Ciencia. La Ciencia puede conceptualizarse desde distintos puntos de vista, de acuerdo al énfasis que coloquen los diferentes autores, en tal sentido puede señalarse que la Ciencia es

- ***Un Conjunto de conocimiento:*** cuerpo organizado de conocimientos a los cuales se ha llegado mediante los cuales se ha llegado mediante la investigación y la experimentación. (Bunge, 1959 – Cáceres, 1976).
- ***Método o vías para obtener conocimiento:*** métodos con los cuales se obtiene conocimiento sistemático y correcto del mundo real (Chinoy, 1979).
- ***Actividad social generadora de conocimientos:*** conjuntos de acciones encaminadas y dirigidas hacia la obtención de conocimientos (Sabino, 1986).

Al integrar estas definiciones, puede plantearse entonces que la ciencia tiene tres atributos: es un método para llegar al conocimiento, es la sistematización del conocimiento ya logrado y es la organización de personas (hombres y mujeres de ciencia) que buscan la verdad y la causa de las cosas. De esta manera puede concretamente definirse a la Ciencia como todo conocimiento racional, cierto o probable, obtenido metódicamente, sistematizados y verificable.

Específicamente pueden definirse a las a las Ciencias Sociales como el grupo de disciplinas que describen en forma científica la vida social del hombre. De una manera más amplia se definen como el

grupo de disciplinas que estudian los fenómenos culturales y sociales, cuyos protagonistas son el ser humano y la sociedad. Los objetivos de las ciencias sociales se centran en comprender, interpretar y explicar los procesos sociales y las expresiones del ser humano como sujeto gregario. (Terradillos, 2021, p. 1)

Si se plantea la necesidad de manejar una concepción integral del proceso salud enfermedad donde se considere no sólo los aspectos físicos y biológicos sino también los psicológicos y sociales que influyen en dicho proceso, los profesionales en ciencias de la salud deben recurrir a las denominadas ciencias sociales como una herramienta indispensable en su práctica profesional.

A continuación hablaremos de las principales ciencias sociales destacando su aporte al campo de las ciencias de la salud.

- **Antropología:**

Llamada por algunos autores como la madre de las ciencias sociales, es la ciencia que estudia al hombre y sus obras como ser biológico y como ser social. De allí que se divide en Antropología Física y Antropología Cultural. La Antropología Física estudia al hombre como ser vivo (rasgos, medidas anatómicas, estructura corporal, historia y evolución) y la Antropología cultural tiene como objeto de estudio los orígenes e historia de las culturas humanas, su evolución y desarrollo.

Ambas ramas de la antropología brindan aportes al campo de la salud a saber:

- ✓ ***Antropología Física:***
 - Estudio del desarrollo y crecimiento humano.
 - Rol de la enfermedad en la evolución humana.
 - Estudio de enfermedades del hombre primitivo (paleontología).
 - Aportes en las ramas de genética, anatomía, medicina forense, medicina preventiva y etiología de las enfermedades.
- ✓ ***Antropología Cultural:***
 - Concepto cultural salud-enfermedad.

- Creencias, conductas y comportamiento ante la enfermedad y su curación.
- Estudio de los sistemas médicos tradicionales (etnomedicina).
- Aceptación social de los programas de salud (hábitos y costumbres-finalidad de los programa-cambios deseados).
- Estudios sobre personal médico (preparación profesional-relación profesional-paciente).

Todos estos aportes derivaron en el surgimiento de una rama de la Antropología denominada Antropología Médica, cuyo objeto de estudio, sumando los aportes antes señalados, es el análisis de interrelación biocultural entre la conducta humana pasada y presente y los niveles de salud, así como brindar aportes en la participación profesional en programas de salud y conocer hábitos, creencias, costumbres que influyen o pueden influir en la implementación de estos programas de salud y, en general, la comprensión de la relación entre fenómenos socioculturales y salud.

- **Política:**

Es la ciencia que se encarga de analizar la lucha por el poder y la administración del mismo. Estudia el gobierno de los estados, regímenes políticos, estructuras, fundaciones, instituciones, así como los estados identifican y buscan soluciones a los problemas socioeconómicos de las poblaciones.

En este último aspecto podemos enmarcar a la política de salud, la cual puede definirse como el conjunto de ideas explícitamente formuladas con el fin de fijar posiciones sobre determinados problemas de salud y orientar el curso de las acciones a desarrollar ante estos.

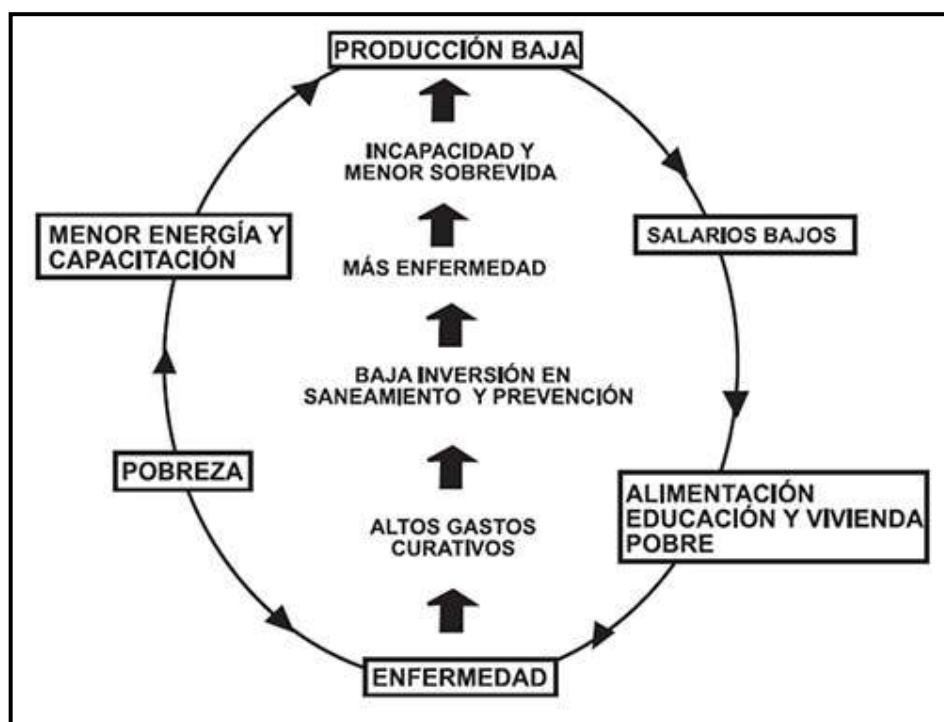
La política de salud, en concreto, se refiere a las estrategias gubernamentales para lograr, siguiendo los principios de equidad, calidad y cobertura, la protección a la salud de toda la población.

- **Economía:**

La economía se encarga del estudio de la producción, distribución y consumo de bienes y servicios. También se define como el estudio de los modos alternativos en que son utilizados (administración) los recursos escasos para satisfacer las ilimitadas necesidades humanas.

El aporte de la economía como ciencia social al campo de las Ciencias de la Salud se encuentra circunscrito en dos aspectos fundamentales:

- ✓ La distribución de bienes y actividades de los presupuestos de salud de los estados.
- ✓ Análisis de la relación nivel de vida-salud, economía, salubridad y pobreza-enfermedad, que según autores como Horwitz (1960) y San Martín (1981) y Baldó (2008), se ilustra en el llamado círculo vicioso de la pobreza-enfermedad, el cual es presentado en la siguiente imagen:



Nota: Tomado de *Trabajo de Incorporación como Individuo de Número a la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina* (p. 3). Por J.I. Baldó. 2008.

- **Psicología:**

Es la ciencia que estudia

- ✓ El comportamiento individual y sus múltiples determinantes.
- ✓ El funcionamiento de la mente.
- ✓ La forma de recibir impresiones del mundo externo, análisis de los conocimientos que nos formamos de él.

Para hablar de los aportes de la psicología a las ciencias de la salud debe hacerse referencia específica a la Psicología Médica, rama de la Psicología que aporta al profesional de las Ciencias de la Salud informaciones y conocimientos suficientes para comprender al paciente en cuanto a persona humana que sufre una enfermedad y que puede ser tratada de una manera mejor, aunando los datos patológicos habituales con los datos psíquicos.

El aporte de la ciencia psicológica al área de las Ciencias de la Salud puede resumirse de la siguiente forma:

- ✓ Análisis del rol de los factores psíquicos en la etiología de la enfermedad orgánica y mental.
- ✓ Aporta datos, técnicas y procedimientos para comprender la conducta de los individuos.
- ✓ Estudio de la motivación del comportamiento individual y grupal ante situaciones de salud y enfermedad.
- ✓ Análisis de la respuesta del paciente a la enfermedad y al tratamiento (conducta de enfermedad).
- ✓ Utilización de recursos psicológicos en el tratamiento.
- ✓ Estudio de la relación médico-paciente en la teoría y en la praxis.
- ✓ Aportes de la psicología del aprendizaje en la implementación de programas de educación para la salud.

- **Sociología:**

La Sociología se define como la ciencia social que estudia el desarrollo, la estructura y el funcionamiento de la sociedad. También se conceptualiza como el estudio científico del comportamiento del hombre en grupos de interacción social.

Al plantear los aportes de la Sociología al campo de las ciencias de la salud es importante tomar como punto de partida el pensamiento de Wright Milles, quien expresó que la Sociología era capaz de contribuir a curar los males humanos no solamente a explicarlos. De esta forma puede afirmarse que el conocimiento de las normas, creencias, estructura social y estilos de vidas, ha planteado como elementos importantes al analizar la naturaleza y causa de las enfermedades, así como de los recursos utilizados para hacer frente a los riesgos de la salud, lo que ha conducido al desarrollo de la Sociología Médica y de manera más amplia, de la Sociología de la Salud, como una importante área dentro de la Sociología general.

Puede definirse entonces la Sociología de la Salud, como la rama de la Sociología que tiene como objeto de estudio el análisis de los factores socioculturales que influyen en el proceso salud-enfermedad, las funciones sociales de las instituciones de salud, la relación entre sistemas de atención en salud y otros sistemas y el análisis de la conducta social del personal de los servicios de salud, así como la del individuo ante la salud y enfermedad. La Sociología de la Salud puede dividirse en dos áreas: Sociología en las Ciencias de la Salud y Sociología de las Ciencias de la Salud.

La primera se encarga de analizar los factores socioculturales que influyen en el proceso de salud-enfermedad, cuyos resultados pueden ser aplicados en el tratamiento del paciente o en la solución de problemas de salud. Por su parte la Sociología de las Ciencias de la Salud se encarga del estudio de los factores inherentes a las organizaciones de salud (Sociología de la práctica institucional médica o sanitaria), los roles desempeñados por los profesionales de la salud, normas, creencias acerca de la práctica de las profesiones de la salud, formación académica de los profesionales en Ciencias de la Salud, motivaciones y respuestas de los grupos sociales y culturales frente a la salud y el análisis del ejercicio de las profesiones que tienen como objetivo la promoción, recuperación o preservación de la salud (Sociología de la práctica de las profesiones de la salud).

Es así como, en líneas generales, puede plantearse que los aportes de la Sociología a las Ciencias de la Salud son los siguientes:

- ✓ Análisis de la distribución y etiología de las enfermedades (etiología multifactorial).
- ✓ Estudio de las respuestas sociales y culturales ante la salud y enfermedad, y el ejercicio de los profesionales de la salud.
- ✓ Análisis de la influencia de la familia en los estados de la salud de los individuos.
- ✓ Análisis de la relación equipo de salud-paciente y de las relaciones intergrupales en el equipo de salud (roles, conductas, valores).
- ✓ Estudio de los aspectos socioculturales de la asistencia a la salud (análisis-social de los problemas de administración sanitaria, conocimiento de los establecimientos de salud, instituciones de educación en ciencias de la salud y de ejercicio profesional (gremios).
- ✓ Aportes para la implementación de programas de educación sanitaria o educación para la salud.

1.5.5. Conceptos Básicos: Sociedad, Comunidad y Cultura.

En el discurso o análisis de las ciencias sociales existen conceptos básicos que es importante conocer, a saber: sociedad; comunidad y cultura.

- ***Sociedad:***

Puede definirse la Sociedad como:

- ✓ Un conjunto de individuos.
- ✓ Red de relaciones.
- ✓ Conjunto de instituciones (conjunto organizado de pautas de comportamiento, compartidos por una sociedad y orientados a la satisfacción de sus necesidades básicas).

Si se integran estas concepciones puede definirse, de manera general a la Sociedad como un gran número de personas que ocupan un territorio común, cooperan en grupo para satisfacer sus necesidades sociales básicas, adoptan una cultura común y funcionan como una unidad social distinta.

Partiendo de esta definición se plantea que la Sociedad cumple diferentes funciones, que son desarrolladas por los grandes grupos que la conforman: Familiares, Educativos, Económicos, Religiosos y Recreativos. En este sentido se establece, a modo de resumen, que entre las funciones de la Sociedad se encuentran las siguientes:

- ✓ Renovación de los individuos que la conforman.
- ✓ Socialización de los miembros.
- ✓ Producción, distribución y consumo de bienes y servicios.
- ✓ Satisfacción de las necesidades espirituales.
- ✓ Satisfacción de necesidades de recreativas, en pro del descanso y esparcimiento de los individuos, aspecto muy importante en la salud mental de los mismos.

- ***Comunidad:***

Según Ander Egg (2011), desde el punto de vista social, la Comunidad puede definirse como la

Unidad social cuyos miembros participan de algún rasgo, interés, elemento o función común, con conciencia de pertenencia y sentido de solidaridad y significación, situada en una determinada área geográfica en la cual la pluralidad de personas interaccionan más intensamente entre sí que en otro contexto. (p. 73)

Respecto a la definición de la comunidad deben hacerse algunas observaciones:

- ✓ La vida de una comunidad representa en miniatura la vida social general.
- ✓ Casi toda la cultura de las comunidades coincide esencialmente con la correspondiente a la sociedad más amplia a que pertenece pero a ciertos aspectos es única.

- ✓ Conviene distinguir la comunidad de la sociedad, la sociedad es la unidad superior formada por miles de comunidades de distintos tamaños.

Las comunidades pueden clasificarse según diversos criterios. Para efectos del presente módulo será considerado el criterio de las características demográficas, según el cual se clasifican en Comunidades Rurales y Comunidades Urbanas. Esto obedece al hecho de que en la formación académica de los estudiantes de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente se contempla la existencia de asignaturas que deben ser ejecutadas en el ámbito de una Comunidad Rural.

De esta forma puede observarse en el Pensum de la carrera de Medicina, en el último año (Internado Rotatorio), la existencia de una Pasantía Rural (150-7004), de igual forma en el Pensum de la carrera de Bioanálisis, también se establece en el Décimo semestre una Pasantía rural (200-5102). Finalmente, en el Pensum de la Carrera de Enfermería, en el sexto semestre se cursa la asignatura Salud Comunitaria I (161-3224), abocada a la atención en ambulatorios urbanos y en el noveno semestre en la asignatura Salud Comunitaria II (161-5029), el ámbito de acción son ambulatorios ubicados en áreas rurales.

Además, la Ley del Ejercicio de la Medicina en Venezuela (1982), establece en su artículo 8 lo siguiente:

Para ejercer la profesión de médico en forma privada o en cargos públicos de índole asistencial, médico-administrativa, médico-docente, técnico-sanitaria o de investigación, en poblaciones mayores de cinco mil (5.000) habitantes es requisito indispensable haber desempeñado por lo menos, durante un (1) año, el cargo de médico rural o haber efectuado internado rotatorio de postgrado durante dos (2) años, que incluya pasantía no menor de seis (6) meses en el medio rural, de preferencia al final del internado (...) el médico deberá fijar residencia en la

localidad sede, lo cual será acreditado por la respectiva autoridad civil y por el Colegio de Médicos de la jurisdicción.

Cumplido lo establecido en este artículo el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social deberá otorgar al médico la constancia correspondiente. (Ley del Ejercicio de la Medicina, 1982)

Es por ello que se hace necesario resaltar la definición de las comunidades rurales y urbanas, estableciéndose asimismo las diferencias básicas entre las mismas.

Una Comunidad rural es aquel grupo de personas con identidad e intereses colectivos propios que se desarrolla en el ámbito rural, dedicándose, en su componente de personas activas, principalmente a actividades agropecuarias o de servicios a la comunidad. Las comunidades rurales presentan generalmente unos rasgos culturales propios de carácter más homogéneo que los que se atribuyen a las comunidades urbanas, lo que les confiere una mayor cohesión social y un sentimiento de pertenencia mayor. Otras de las características específicas de las comunidades rurales es su fuerte grado de interacción y solidaridad social y un mayor grado de igualdad socioeconómica.

Por su parte, una Comunidad Urbana hace referencia a aquel grupo de personas establecidas en un área geográfica o territorio denominado como ciudad. Las Comunidades Urbanas son heterogéneas, formadas por el producto de migraciones internas sucesivas, de diferentes procedencias y condición social y económica. El tipo de actividades de esta población está muy diversificado y consecuentemente las diferencias de vida, de ambiente, de problemas y estímulos son mucho más acentuadas.

**DIFERENCIAS BASICAS ENTRE COMUNIDAD RURAL Y
COMUNIDAD URBANA**

Aspecto	C. Rural	C. Urbana
Tecnología	-Predominio de utensilios manuales.	-Predominan las máquinas.
Economía	-De subsistencia y natural. - Lo económico indiferenciado del resto de lo social	-Mercantil y monetaria. -Existe especialización de actividades.
Organización Social	-Predominio de grupos y relaciones primarias. -Predominio de status adscritos. -Escasa estratificación. -Se desalienta la movilidad social	-Predominio de grupos y relaciones primarias. -Predominio de status adquiridos. -Elevada estratificación. -Se estimula la movilidad social.
Familia	-Por lo general es extendida y numerosa	-Por lo general es nuclear, el número de miembros es relativo.(numerados y no numerados
Aspectos Demográficos	-Poca población. -Baja densidad de población. -Alta natalidad y alta mortalidad.	-Mucha población. -Alta densidad de población. -Natalidad un poco menor y mortalidad en descenso.
Contactos	-Relativamente aislada.	-Con abundantes contactos exteriores.
Paisaje	-Domina el paisaje natural.	-Domina la obra del hombre.

En cuanto a la salud, no puede generalizarse en relación que comunidad tiene una vida más sana, por cuanto esta situación es local, depende de

qué comunidad se está hablando sea rural o urbana, las condiciones son muy variables de un país a otro e incluso dentro de un país, de una zona a otra.

Tradicionalmente se dice que la vida en las comunidades rurales es más sana por aspectos como los siguientes: ambiente natural, no se observa una contaminación ambiental tan alta como en las ciudades, alimentación más sana, menores riesgos ocupacionales que los observados en las industrias, aun cuando los trabajadores rurales tienen sus propios riesgos ocupacionales, vida menos agitada, dónde se presentan factores psicológicos más favorables para la salud mental que en las grandes ciudades.

A favor de las comunidades urbanas se plantea que existe un mejor nivel de vida, de saneamiento ambiental, de servicios públicos, mayor acceso a servicios de atención en salud, nivel más alto de alfabetismo. En conclusión se señala que la vida urbana ofrece más riesgo a la salud que la vida rural pero mucha más protección.

De manera general puede plantearse que hablar de nivel de vida más saludable en un tipo de comunidad es relativo, depende de factores particulares en torno a saneamiento, condiciones climáticas, densidad de población, hacinamiento, actividad de la población, existencia de servicios públicos y medios de protección a la salud.

- **Cultura.**

Existen diversas formas de definir el término cultura:

✓ *Refinamiento, educación, cultura de espíritu.*

Esta concepción, denominada por algunos autores como vulgar presenta un reduccionismo del término por cuanto hace referencia al hecho de que un individuo para tener cultura debe contar con un nivel educativo formal, ser refinado, conocer de las bellas artes, entre otros aspectos. Sería tanto como plantear que las personas que no cuentan con estas características no tienen

cultura y esto no es así, de hecho, una de las características de la Cultura es que la misma es universal, existe en cada lugar donde exista vida humana.

- ✓ **Concepto Ideacional:** pautas de acción, pensamiento y sentimientos.
- ✓ **Concepto Antropológico:** Todo lo hecho por el hombre.

En general puede plantearse que la cultura se define como los patrones de pensamiento, sentimientos y conducta de los seres humanos que se transfieren de una generación a otra, entre los miembros de una sociedad. Dicho de una manera más simple es todo lo que es socialmente aprendido y compartido por los miembros de una sociedad. La cultura establece las características distintivas, los modos particulares de vida de las sociedades humanas.

Es importante destacar asimismo que, la cultura presenta dos grandes aspectos, lo inmaterial y lo material.

- **Cultura Inmaterial:** son los aspectos intangibles, normas, creencias, costumbres y valores.
- **Cultura material:** aspectos tangibles que se componen de objetos físicos tangibles o manufacturados (artefactos): casas, vestido, muebles, automóviles, instrumentos de trabajo.

1.5.6 La Salud como Derecho Social en la Sociedad- Enfoque de la OMS.

El término derecho hace referencia a los beneficios o privilegios que un individuo o grupo estima que debe recibir de la sociedad donde se encuentra inserto. Los derechos sociales son aquellos cuyo objetivo fundamental es amparar la dignidad humana y promover el bienestar general, implica entonces considerar una serie de elementos que conforman el nivel de vida entre los cuales se destacan el derecho a la vida, la identidad, la vivienda, educación, cultura, trabajo, seguridad social y salud.

El considerar la salud como un derecho surge con la implementación de los sistemas democráticos de gobierno. Según Álvarez Alva (2002) esto trajo como consecuencia nuevas formas en las relaciones sociales donde las nuevas formas de organización social llamados Estados empezaron a hacerse cargo de las diversas actividades de la sociedad. Una de estas nuevas funciones era la de hacerse cargo de la salud, sustentando en la idea de que la salud del pueblo es un problema que concernía a toda la sociedad que exigía decisiones y soluciones consensuadas.

El derecho a la salud es realizado a través del enfoque de la O.M.S. quién en su carta magna que entró en vigor el 7 de abril de 1948, a la par de la definición de salud, establece una serie de principios donde se establece la necesidad de considerar la salud como un derecho social.

El enfoque de la O.M.S. se encuentra representado por la declaración de los siguientes principios:

- ✓ El goce del más alto grado de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de cada ser humano, sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social.
- ✓ La salud de todos los pueblos es fundamental para la paz y la seguridad.
- ✓ El desarrollo normal del niño es de importancia básica, la capacidad de vivir en armonía con el medio ambiente es primordial para su desarrollo.
- ✓ Es esencial para una completa consecución de la salud la extensión a todos de los conocimientos médicos, psicológicos y similares.
- ✓ Para el progreso de la salud de los pueblos es importante la opinión informada y la cooperación del público.
- ✓ Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus pueblos para lo cual es necesario la implementación de medidas sociales y sanitarias adecuadas.

En ese mismo año (1948) pero en el mes de Diciembre, en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, se promulga la Declaración Universal de los Derechos Humanos, considerándose la salud como uno de estos

derechos. Específicamente el artículo 25, parágrafo 1, esta declaración reza lo siguiente:

Todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita a él y su familia gozar de salud y bienestar, que incluya alimentación, vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tiene asimismo derecho a seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias ajenas a su voluntad. (ONU, 1948)

En Venezuela, constitucionalmente también se contempla la salud como un derecho social. Específicamente la Carta Magna de la República Bolivariana de Venezuela, aprobada en 1999, para el ejercicio de esta garantía, establece que el Estado venezolano

debe cumplir con, al menos, tres obligaciones básicas: a) promover y desarrollar políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios; b) crear, ejercer la rectoría y gestionar un sistema público nacional de salud que enfatice la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento oportuno y la rehabilitación; y, c) desarrollar políticas destinadas a la formación de profesionales en la materia y una industria nacional de producción de insumos para la salud. (Delgado Blanco, 2019, p. 116)

Estos planteamientos son promulgados específicamente en los siguientes artículos:

- **Artículo 83**

La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República. (CRBV, 1999)

- **Artículo 84:**

Para garantizar el derecho a la salud, el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público nacional de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud. (CRBV, 1999)

- **Artículo 85:**

El financiamiento del sistema público nacional de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud. (CRBV, 1999)

Sin embargo, puede plantearse que en Venezuela, aun cuando desde lo formal y normativo se establece estos derechos, en la realidad vivida se observa una situación muy distinta al discurso Constitucional, ya que diariamente puede observarse en el país

una limitación de las oportunidades para cristalizar las pretensiones legítimas de las personas de tener condiciones que reduzcan los casos de enfermedad y les permitan alcanzar el más alto nivel posible de bienestar. La atención y asistencia médica oportuna y apropiada en los casos a los que hubiere lugar es limitada, cuando no inexistente; el derecho solo no basta, se requieren recursos y condiciones. (Delgado Blanco, 2019, p. 130)

Se observa así en la realidad del venezolano un incumplimiento por parte del Estado, con la obligación constitucional de garantizar la universalidad y diseñar políticas que de manera efectiva promuevan la calidad de vida, el bienestar de la población y el acceso a los servicios de salud.

Al margen de esta situación debe también destacarse que el discurso Constitucional también hace énfasis en la necesidad de una participación de los ciudadanos como una forma de garantizar el derecho a la Salud. Esto supone que además de considerar la salud como un derecho, es importante la existencia de una corresponsabilidad entre el estado y las comunidades, para la ejecución de actividades dirigidas a lograr mejorar la calidad de vida, lo cual conlleva a considerar que la Salud también es un deber. Un Derecho, desde la institucionalidad que le brindan las bases legales establecidas en el país para ello, y un Deber de la gente para planificar, ejecutar y supervisar planes y programas de salud, apoyado también en dichas leyes. (Romero, 2011).

Es importante destacar que estos planteamientos sobre la salud como un derecho y un deber social deben partir de una definición integral de salud donde se consideran aspectos biológicos, psicológicos y sociales, destacándose la salud como algo inherente a la existencia de un nivel de vida, calidad de vida o bienestar. La salud debe ser considerada como un derecho humano en todos sus ámbitos, en la promoción, prevención, atención y rehabilitación, para ello debe buscarse el cumplimiento de los principios rectores de este derecho: equidad, accesibilidad, igualdad y gratuidad, estableciéndose asimismo como un deber ciudadano.

1.5.7 Medición de la Salud- Indicadores de Salud.

Al hablar de la medición de la salud debemos partir del concepto de indicador de la salud. En este sentido, un indicador de salud puede definirse como el instrumento que permite el conocimiento de las condiciones de salud existentes en una comunidad. Asimismo puede plantearse que este instrumento constituye una noción de vigilancia de salud pública que define una medida de salud, esto quiere decir que el profesional de la salud utiliza los indicadores de salud no sólo para tener un conocimiento teórico de las condiciones de salud de la población con la cual trabaja o atiende, sino para tomar las medidas necesarias para corregir los problemas sanitarios existentes en la misma.

En resumen puede plantearse que la utilización de los indicadores de salud es muy importante por cuanto permite:

- Hacer un diagnóstico y análisis de la evolución del estado de salud de una comunidad.
- Desarrollar acciones de vigilancia epidemiológica. La epidemiología es la rama de la medicina que se encarga de estudiar la distribución de las enfermedades en la comunidad con la finalidad de tomar las medidas necesarias para lograr un control de las mismas así como desarrollar acciones en función a la promoción y preservación de la salud.
- En la gestión de salud (toma de decisiones y solución de prioridades)
- En la planificación de la salud (formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud).

No obstante, es importante destacar que lograr la medición de la salud resulta una tarea bastante compleja sobre todo cuando se parte de la definición integral de la misma, donde la salud se plantea como un hecho biopsicosocial, ligado al bienestar, el nivel y la calidad de vida del individuo. Esto se traduce en la dificultad para establecer indicadores que permitan medir en su totalidad ese concepto, sobretodo la noción de bienestar que es eminentemente subjetiva.

Es por ello que en la práctica se utilizan indicadores de salud que en realidad miden las desviaciones del estado de salud. Partiendo de esta realidad puede agregarse que, en 1989, la O.M.S. estableció cuatro grandes grupos de indicadores de salud, los cuales fueron ratificados en el año 2007. Estos indicadores son los siguientes:

- **Indicadores de Política Sanitaria:**
 - ✓ Compromiso Político.
 - ✓ Asignación de recursos.
 - ✓ Grado de equidad en la distribución de los recursos sanitarios.
 - ✓ Participación de la comunidad.
 - ✓ Compromiso político internacional.

- **Indicadores Sociales y Económicos:**
 - ✓ Tasa de crecimiento de la población.
 - ✓ Ingreso per-cápita.
 - ✓ Distribución del ingreso.
 - ✓ Nivel de empleo.
 - ✓ Índice de Analfabetismo.
 - ✓ Vivienda; disponibilidad de los servicios.
 - ✓ Nutrición; disponibilidad de alimentos.

- **Indicadores de las prestaciones de atención de la salud:**
 - ✓ Cobertura de la atención primaria.
 - ✓ Accesibilidad a los servicios de salud.
 - ✓ Cobertura de programas de atención a la madre y al niño.
 - ✓ Cobertura de programas de Inmunización.
 - ✓ N° de médicos/habitantes.
 - ✓ N° de enfermeras (os) /habitantes.
 - ✓ N° de camas hospitalización/habitantes.
 - ✓ N° de consultas prenatales y lactantes en relación a los nacidos vivos.

- **Indicadores del estado de salud:**
 - ✓ Mortalidad general y específica.
 - ✓ Mortalidad Infantil.
 - ✓ Mortalidad Materna.
 - ✓ Morbilidad específica por causa.
 - ✓ Natalidad.
 - ✓ Expectativa de vida.

Este último grupo de indicadores son los que se utilizan con mayor frecuencia, conformando así las denominadas estadísticas vitales, razón por la cual se procede a plantear, en líneas generales, su conceptualización y medición.

- Tasa de Natalidad

Representa el número de nacimientos registrados en una población determinada. Medir la tasa de natalidad se logra de la siguiente manera:

$$Tn = \frac{\text{nacidos vivos en una región durante un año determinado}}{\text{población total en la misma región al 1º de Julio del año en estudio}} \times 1000$$

Es importante destacar que en el denominador de esta tasa así como a otras tasas, hace referencia a la población total o parcial (según sea general o parcial) estimada al 30 de junio o al 1º de julio del año en estudio. Esto obedece a que en esta fecha podemos hablar de una población intermedia por cuanto las poblaciones están sometidas a cambios permanentes aumentando o disminuyendo a causa de la natalidad, mortalidad o procesos migratorios, por lo que su tamaño es diferente al principio a mediados o a fines de año.

- Expectativa de Vida

Se define como el promedio de años que se lograr sobrevivir al nacimiento. Asimismo puede conceptualizarse como el resumen de la mortalidad por grupos etarios. En este sentido debe destacarse que, de acuerdo a los últimos datos publicados por la OMS en 2020 “la Esperanza de Vida en Venezuela es: hombre 69,9, mujer 78,2 y la Esperanza de Vida total es 73,9 que concede a Venezuela el lugar número 90 en la Esperanza de Vida Mundial” (Worldhealthrankings, 2020, p. 1).

- Tasa de Morbilidad

Es el registro de la ocurrencia de enfermedades, se mide tomando como referencia las consultas médicas. La tasa cruda de morbilidad no es utilizada debido a la dificultad o imposibilidad de obtener conocimiento de la morbilidad total de una región, ya que no todas las personas que enferman acuden a los establecimientos de salud para una consulta médica. Se utiliza tasas de morbilidad

por causas, por causas-edades y por causas-sexo. Por ejemplo la tasa de morbilidad específica por causa se determina de la siguiente manera:

$$Tme = \frac{\text{N}^\circ \text{ de casos por causa en un tiempo determinado en un \acute{a}rea geogr\acute{a}fica dada}{\text{Total de la poblaci3n en estudio}} \times 100.000$$

- **Tasa de Mortalidad.**

Número de definiciones que se producen en una regi3n durante un periodo de tiempo determinado. Entre las tasas de mortalidad podemos mencionar: cruda o general, específica por causa, proporcional por causa, mortalidad infantil, mortalidad materna, entre otros.

Estos indicadores pueden ser calculados de la siguiente manera:

$$TCM = \frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones en un \acute{a}rea y a\~{n}o determinado}}{\text{total de la poblaci3n al 1}^\circ \text{ de Julio en el \acute{a}rea y a\~{n}o estudiado}} \times 1000$$

TME por causa

$$= \frac{\text{N}^\circ \text{ de defunciones por causa X en un \acute{a}rea y a\~{n}o determinado}}{\text{total de la poblaci3n al 1}^\circ \text{ de Julio en el \acute{a}rea y a\~{n}o estudiado}} \times 100.000$$

Este indicador nos permite conocer las principales causas de muerte en una regi3n.

En Venezuela, de acuerdo a las estadísticas proporcionadas por el Ministerio del Poder Popular para la Salud en el anuario 2016 (las últimas publicadas), las cinco primeras causas de mortalidad son las siguientes:

1. Enfermedades Cardiovasculares.
2. Cáncer.
3. Homicidios y Suicidios.
4. Enfermedades Cerebrovasculares.
5. Diabetes.

- **Mortalidad proporcional:** razón entre las muertes por una causa determinada o en un grupo de edad o en un sexo y las muertes totales.

- **Tasa de Mortalidad Infantil**

Número de defunciones en niños menores de un año por cada 1000 nacidos vivos en una región determinada. La fórmula que permite calcular esta Tasa de Mortalidad es la siguiente:

$$TMI = \frac{\text{Nº de defunciones niños menores de un año}}{\text{Nº de nacidos vivos}} \times 1000$$

Este indicador es muy importante porque refleja las condiciones de salubridad presente en un ambiente determinado. Los niños menores de 1 año representan una población vulnerable, por cuanto no tienen su sistema inmunológico completamente desarrollado, por lo cual cualquier alteración presente en el medio ambiente donde se encuentra puede afectar su estado de salud, provocando enfermedades y en algunos casos, inclusive la muerte.

✓ **Tasa de Mortalidad Materna**

Defunciones de mujeres por causas puerperales en una región determinada.

$$TMM = \frac{\text{Nº de defunciones por causas puerperales}}{\text{total de nacimientos}} \times 10.000$$

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

- Considerando que el hombre es un ser social que vive en grupos para satisfacer sus necesidades, analicen el artículo titulado “Mirad a los Gansos” escrito por la autora Maritza Crespo (Ver anexo 2), trasladando sus planteamientos a las sociedades humanas y haciendo énfasis en las situaciones de Salud-Enfermedad.
- Considerando los planteamientos desarrollados en las lecturas presentadas en los anexos 3, 4, 5, 6 y 7, elabore una Línea de Tiempo donde se destaque la Concepción de la Salud-Enfermedad a lo largo de la Evolución de la práctica de las Ciencias de la Salud.
- Partiendo de las condiciones socio- económicas que caracterizan actualmente a la población venezolana, realice un análisis del estado de satisfacción de las necesidades de dicha población, a la luz de los planteamientos desarrollados en la Teoría de las Necesidades Humanas de Abraham Maslow y cómo esto influye en el proceso salud- enfermedad. Para ello tome como premisa las siguientes interrogantes:
 - ✓ ¿Cuáles de las necesidades planteadas por Maslow pueden ser satisfechas actualmente en la población venezolana? Justifique su respuesta considerando cada peldaño de la pirámide.
 - ✓ ¿Cómo influye la no satisfacción de estas necesidades en la salud integral (Bio-psico-social) de la población?
- Partiendo del Modelo de Lalonde y Laframboise, señale los factores Determinantes (con sus respectivos condicionantes) en la siguiente enfermedad _____.
- Elaborar un mapa conceptual donde sean destacados los siguientes puntos:
 - Sociedad:
 - Definición.
 - Funciones de la Sociedad.
 - Comunidad:

- Definición.
- Diferencia entre Sociedad y Comunidad.
- Tipos de Comunidad:
 - ✓ Rural (Definición. Características. Artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina en Venezuela)
 - ✓ Urbana (Definición. Características)
- Cultura:
 - Definición.
 - Características.
 - Normas.
 - Valores.
 - Creencias.
 - Símbolos.
 - Etnocentrismo.
 - Relativismo cultural.
 - Cultura material.
- Elaborar una infografía desarrollando los siguientes puntos:
 - Definición de Ciencias Sociales.
 - Las Ciencias Sociales: Objeto de estudio y aporte al campo de la salud de cada una de ellas.
 - Antropología.
 - Política o Politología.
 - Economía.
 - Psicología.
 - Sociología.
- Realizar un informe desarrollando los siguientes puntos:
 - Qué es un Derecho Social?
 - El derecho a la Salud según la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS).
 - La Salud como Derecho según la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Artículo 25).

- La Salud como deber.
- La Salud como Derecho Social Constitucional en Venezuela (Investigar y copiar los artículos 83- 84 y 85 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela).
- Partiendo de los puntos anteriores y del tema de los Determinantes Sociales de la salud, realicen un breve análisis de la Salud como Derecho Social en Venezuela considerando los planteamientos desarrollados en el siguiente material bibliográfico:

Delgado Blanco, A. (2019). *El Derecho a la Salud en Venezuela. Una Mirada desde el Enfoque de los Derechos humanos.*

<https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/reij/article/view/2782/2543>

- Realice un Mapa Conceptual donde sean desarrollados los siguientes puntos:
 - Qué es un Indicador de Salud?
 - Utilidad de los Indicadores de Salud.
 - Indicadores de Salud más utilizados:
 - Natalidad
 - Expectativa de Vida
 - Morbilidad
 - Tasa de Morbilidad Específica por Causa.
 - Mortalidad
 - Tasa de Mortalidad General
 - Tasa de Mortalidad Específica por Causa
 - Mortalidad Proporcional
 - Tasa de Mortalidad Infantil
 - Tasa de Mortalidad Materna
 - 5 Primeras Causas de Mortalidad en Venezuela (Información más actualizada del Anuario de Mortalidad del Ministerio del Poder Popular para la Salud) (www.mpps.gob.ve).

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- Acevedo, G.; Martínez, D. y Utz, L. (s.f). Unidad 1. La Salud y sus Determinantes. La Salud Pública y la Medicina Preventiva. <http://preventivaysocial.webs.fcm.unc.edu.ar/files/2014/04/MPyS-1-Unidad-1-Determinantes-de-la-Salud-V-2013.pdf>
- Alvarez, A, García, A y Bonet, M. (2007). “Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud en Cuba”. *Revista Cubana Salud Pública*. V 33. N 2. La Habana.
- Alvarez Alva, R. (1998). *Salud Pública y Medicina Preventiva*. D.F. México: El Manual Moderno.
- Álvarez Bermúdez, J. (2002). *Estudios de las Creencias, Salud y Enfermedad. Análisis Psicosocial*. Editorial Trillas.
- Ander Egg, E. (2011). *Diccionario de Trabajo Social*. 25e. Brujas/ICSA.
- Baldó, J.I. (2008). *Trabajo de Incorporación como Individuo de Número a la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina*. Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina Volumen 57, No. 1-2. <http://revista.svhm.org.ve/ediciones/2008/1-2/art-4/>
- Bunge, M. (1959). *La Ciencia, su Método y su Filosofía*. Siglo Veinte.
- Camel, F. (1991). *Estadísticas de Salud Pública. Planificación de la Salud*. (2a ed.). Mérida: Consejo de Publicación ULA.
- Cartaya, V. y D’ Elia, Y. (1991). *La Pobreza en Venezuela*. Caracas: CESAP/CISOR.

Castro Peñalver, P. (1999). *Manual de Demografía Médica*. Mérida: Consejo de Publicaciones, ULA.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela República Bolivariana de Venezuela. (1999). *Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela*, 36860, 30-12-1999.

Chinoy, E (1979). *Introducción a la Sociología*. Buenos Aires:Paidós.

Dávalos, M. (s.f). Diagnóstico de Salud. Determinantes de la Salud.

<https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/Diagn%C3%B3stico%20de%20salud.%20Los%20determinantes%20de%20la%20salud.pdf>

De La Guardia, M.A. y Ruvalcaba, J. (2020). La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081

Delgado Blanco, A. (2019). *El Derecho a la Salud en Venezuela. Una Mirada desde el Enfoque de los Derechos humanos*.
<https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/reij/article/view/2782/2543>

Dever, A. (1991). *Epidemiología y Administración de Servicios de Salud*. Washington D.C: Ediciones OPS/OMS.

Dubos, R. (1966). *El Hombre y su Ambiente; el Conocimiento Biomédico y la Acción Social*. Washington D.C: Ediciones OPS.

Ferrara, F.;Acebal, E. y Paganini, J. (1976). *Medicina de la Comunidad*. Intermédica

- Gavidia, V. Talavera, M. (2012). *La construcción del concepto de salud*.
<https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>
- Lara y Mateos, R. (1999). *Medicina y Cultura: Hacia una Formación Integral del Profesional de la Salud*. Plaza y Valdés.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2021). *República Bolivariana de Venezuela. Anuario de Mortalidad 2016*. <http://www.mpps.gob.ve/>
- OMS/OPS. (1998). *Promoción de la Salud*. Glosario.
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=905AE617902FBD457BC464DED9269382?sequence=1
- OMS/OPS. (2018). *Indicadores de Salud. Aspectos conceptuales y operativos*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49058/9789275320051_spa.pdf;jsessionid=0D55CD543D15DD60259B6B1E58E19E09?sequence=5
- ONU. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*.
<http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- República de Venezuela (1982). *Ley de Ejercicio de la Medicina*. Gaceta Oficial N° 3.002-Extraordinario. 23 de Agosto de 1982.
- Romero, Y. (2011) La Participación Comunitaria en Salud y su Devenir en la Historia Venezolana. *Revista ODOUS CIENTÍFICA*. Volumen 12. N° 1.
<servicio.bc.uc.edu.ve/odontologia/revista/vol12-n1/art4.pdf>
- Sabino, C. (1986). *El Proceso de Investigación*. Caracas: Panapo.

Salleras, L. (1985). *Educación Sanitaria: Principios, Métodos y Aplicaciones*.
Madrid: Díaz de Santos.

San Martín, H (1981). *Salud y Enfermedad*. 4 e. La Prensa Médica Mexicana.

San Martín, H (1989). *Manual de Salud Pública y Medicina Preventiva*.
Barcelona. España: Masson.

Terradillos, M. (2021). *¿Qué entendemos por ciencias sociales?*
<https://www.ui1.es/blog-ui1/que-entendemos-por-ciencias-sociales>

Worldhealthrankings (2020). *Venezuela: Esperanza de vida*.
<https://www.worldlifeexpectancy.com/es/venezuela-life-expectancy>

CAPÍTULO II

SALUD Y FAMILIA

CAPÍTULO II

SALUD Y FAMILIA

2.1 OBJETIVO TERMINAL.

Al finalizar el tema el estudiante determinará el rol de la Familia como Institución Social y su importancia en acciones de salud preventiva, curativa y de rehabilitación.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Desarrollar los conceptos de familia, sus tipos, características y funciones.
- Caracterizar la familia actual, a partir del estudio de los cambios y transformaciones que ha experimentado esta Institución Social.
- Analizar el papel que cumple la familia en el proceso salud enfermedad.
- Establecer la importancia de la familia como mecanismo de apoyo social en la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades mentales, crónicas y agudas.
- Describir la importancia de la familia como recurso en programas del sector salud.
- Explicar el concepto de problemas sociales.
- Señalar situaciones que puedan ser consideradas problemas sociales en el país, destacando su relación con la salud.

1.3 ESTRATEGIAS.

- **Docente:**
 - Exposición Oral.
 - Organización de equipos de Trabajo.

- Asignación de Lecturas.
- Asignación de Trabajos Escritos Individuales y Grupales (Informes, Mapas Conceptuales, Infografías, Sociodramas).
- Organizar y facilitar el trabajo en grupos y la discusión de los mismos.

2 Estudiante:

- Lectura de materiales bibliográficos asignados.
- Análisis de Lecturas Asignadas.
- Preparación de material de apoyo.
- Elaboración de trabajos escritos.
- Socialización de grupos.
- Desarrollo de asignaciones grupales (Talleres, Debates, Sociodramas).

2.4 EVALUACIÓN.

- Pruebas escritas.
- Trabajos escritos asignados individuales y Grupales.
- Participación en clase (individual).
- Interacción grupal.

2.5 CONTENIDO.

2.5.1 Familia: Definición:

La diversidad de modelos familiares a través del tiempo y en las diferentes culturas hace difícil que llegemos a conservar una definición única de familia, aun cuando interactivamente todos tengamos en mente una concepción básica respecto a ella.

Según Horton y Horton (1996), una familia puede ser:

- a. Un grupo con ancestros comunes.
- b. Un grupo de personas unidas por la sangre o el matrimonio.
- c. Una pareja casado con hijos o sin ellos.
- d. Una pareja no casada con hijos o sin ellos si mantienen una relación de convivencia permanente bajo un mismo techo.
- e. Una persona con hijos.

Sin embargo, pese a lo difícil de dar un concepto de familia puede partirse de una definición concreta, dada por Horton y Horton (1996), quienes la definen como un grupo social formado por personas que se relacionan por la sangre, matrimonio o adopción. Esta definición hace referencia a la estructura del grupo familiar y permite discernir quienes pueden ser considerados como parte o miembros de una familia. Posteriormente estos mismos autores señalaron una definición que va más encaminada a la función principal de la familia como institución social, afirmando que es una agrupación por parentesco que se encarga de la crianza de los niños y satisfacer otras necesidades humanas.

Por cuanto el área que le compete a la asignatura es la salud, al pretender definir a la familia no puede dejarse de lado este aspecto definiéndose así como

un grupo social primario formado por individuos unidos por lazos sanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven en forma más o menos permanente y que, en general, comparten factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden afectar su salud

individual y familiar (Universidad de Guanajuato, 2022, p. 1).

Puede afirmarse así que la familia es el contexto más importante dentro del cual la enfermedad se presenta y se resuelve. Es por ello que se considera que el estudio de la familia es indispensable para todo profesional que directa o indirectamente trabaja por el bienestar del ser humano, en cualquier área de las ciencias, entre ellas las ciencias de la salud. La tan trillada frase “familia es la célula fundamental de la sociedad” sigue siendo válida, ahora más que nunca debido a que la desintegración de esta institución es causante de muchos y graves trastornos individuales y sociales.

2.5.2 Funciones de la Familia.

Las funciones de la familia están en relación directa con las necesidades básicas del individuo y de la sociedad, que si no se cumplen satisfactoriamente provocan serios trastornos a nivel individual, familiar y social.

Según Lara y Mateos (1999), las funciones esenciales de la familia son:

- a. **Biológicas:** alimentación, protección física, reproducción, satisfacción sexual.
- b. **Psicológicas:** afecto, cuidado, seguridad, autoestima, filiación.
- c. **Socioculturales:** endoculturación, socialización, apoyo en la educación formal, status.
- d. **Económicas:** alimentación, vestido, vivienda y los requerimientos básicos para la satisfacción de las necesidades materiales.

Es importante señalar que el cumplimiento de cada una de estas funciones recae fundamentalmente en los padres, aunque los hijos tienen sus propias funciones, de acuerdo a las expectativas establecidas para cada etapa de su desarrollo.

Como ya ha sido señalado, las funciones de la familia responden a la búsqueda de satisfacción de las necesidades elementales del individuo y la sociedad. En un nivel individual, la persona es la unidad bio psico social cuyo

desarrollo y estabilidad, al igual que la salud están aseguradas atendiendo todas y cada una de las necesidades (salud=calidad de vida). Los extremos tanto en atención como en abandono alteran el desarrollo armónico e integral del individuo. En el nivel social si la familia no cumple su papel prioritario de integrar al ambiente social el individuo mediante la endoculturación y la socialización podrán producirse sujetos conflictivos, inadaptables y rechazados que además de sus problemas individuales pueden provocar serios trastornos a la sociedad.

Específicamente en el área de la salud, los autores en Medicina Familiar plantean la importancia de dos funciones de la familia como institución social, el apoyo y protección de sus miembros y la crianza de los hijos desde su nacimiento hasta la edad que puedan ser independientes.

2.5.3 Tipos de Familia.

Una tipología de la familia tiene como finalidad dar una idea más o menos aproximada de la estructura y característica fundamentales de las diferentes modalidades en que podemos encontrar dicha institución social.

La familia puede clasificarse de acuerdo a diversos criterios entre los cuales podemos señalar los siguientes:

- **Según Estructura**

Según la forma como está constituida, la familia se divide en:

- ✓ **Nuclear:** o elemental, es la compuesta por el padre, la madre e hijos. (2 generaciones).
- ✓ **Extendida o extensa:** integrada por los padres, hijos y otros parientes que viven bajo el mismo techo.
- ✓ **Monoparental:** conformada por sólo uno de los padres (padre o madre) con los hijos.

- ✓ **Compuesta:** también llamada extensa compuesta, está formada por uniones matrimoniales de varios miembros como sucede en la poligamia, el matrimonio de grupos y comunas, donde además de los miembros involucrados en dichas uniones familiares se incluyen los hijos y otros parientes y amigos. También se hace referencia a este tipo de familia cuando viven bajo el mismo techo padres, hijos y otras personas no unidas por lazos de consanguinidad o afinidad (amigos, compadres).
- ✓ **Reconstituidas:** es la que se crea a raíz de un nuevo matrimonio o unión marital de uno de los padres. Este tipo de familia puede estar conformada por una madre (o padre) con hijos y un padre (o madre) sin hijos; un padre (o madre) con hijos y una madre (o padre) con hijos pero que viven en otro lugar o dos familias monoparentales que se unen.
- ✓ **Homoparental:** familia donde los padres son del mismo sexo.

- **Según Nivel de Integración**

Lo ideal para la pareja, los hijos y para la sociedad es que la familia permanezca unida, integrada y en armonía a lo largo de todo su ciclo vital, situación difícil de lograr (más no imposible) por todos los cambios que se han desarrollado en el núcleo familiar. Existen tres niveles de integración de la familia:

- ✓ **Familia integrada:** es aquella en la cual los cónyuges y sus hijos viven juntos, cumpliendo los primeros, satisfactoriamente las funciones que les corresponde (biológicas, psicológicas, socioculturales y económicas).
- ✓ **Familia Semi-integrada:** es aquella en la que los cónyuges comparten social o formalmente la vida, pero el interior del núcleo familiar padece series desajustes, por lo cual no cumple cabalmente sus funciones.
- ✓ **Familia desintegrada:** es aquella en la cual falta uno de los cónyuges ya sea por divorcio, abandono o muerte.

Según Lara y Mateos (1999), en los diferentes casos de familia desintegrada pueden suscitarse problemas para el cónyuge presente y los hijos, de manera especial en las fases de expansión cuando los hijos están pequeños y necesitan el apoyo de ambos padres.

- **Según Características Demográficas.**

- ✓ **Familia rural:** si vive en el campo y no cuentan con los servicios de urbanización.
- ✓ **Familia Urbana:** si viven dentro de una ciudad y cuentan con los servicios de urbanización.

Otras clasificaciones de familia parten de características fundamentales que se presentan a partir del matrimonio o unión marital libre. El matrimonio es la institución subsidiaria de la familia que puede definirse como las reglas que gobiernan las relaciones entre marido y mujer. Dichas reglas “definen como se establecen y concluyen las relaciones, así como las expectativas y obligaciones que ellas suponen” (Nanda, 1982).

La unión marital libre (concubinato) a su vez se define como la unión libremente consentida, estable y de hecho entre un hombre y una mujer, no sancionada por matrimonio. Así, partiendo de la institución matrimonial o de la unión marital libre y sus características particulares podemos clasificar a la familia de la siguiente manera:

- **Según Patrón de Residencia**

El patrón de residencia se refiere al sitio o lugar donde la nueva pareja, casado o en unión libre, se instala para cohabitar de lo cual depende, generalmente la autoridad relevante de uno de los cónyuges. Se habla así de:

- ✓ **Familia patrilocal:** marido y mujer viven en casa de los padres del marido, por lo tanto el marido y sus parientes generalmente, tienen la autoridad.

- ✓ **Familia Matrilocal:** marido y mujer viven en casa de los padres de la mujer, con las consecuencias respectivas.
- ✓ **Familia Neolocal:** marido y mujer deciden iniciar su vida conyugal en su propio domicilio independiente de sus padres, lo cual les permite mayor autonomía.

- **Según Línea de Descendencia**

En la terminología antropológica la línea de descendencia se refiere a la afiliación (relación legal o formal) culturalmente aceptadas, estableciéndose las relaciones de parentesco. Según la línea de descendencia la familia puede ser:

- ✓ **Patrilineal:** En las sociedades con grupos de descendencia patrilineal, un individuo (hombre o mujer) pertenece al grupo de descendencia del padre, del padre de este y así sucesivamente. Entonces, un hombre, sus hermanos y hermanas, los hijos de sus hermanos (pero no los de su hermana), sus hijos propios y los hijos de sus hijos (pero no de sus hijas) pertenecen todos a un mismo grupo.

En este tipo de familia, la herencia pasa de padre a hijo y la sucesión también. Según Nanda (1982) un ejemplo de esta situación se observa en los Nuer, grupo pastoral de Sudan (Africa Oriental), los Azanda del Congo y los Huilliches de Chile.

- ✓ **Matrilineal:** En algunas sociedades con grupos de descendencia matrimonial, un individuo (hombre o mujer) pertenecen al grupo de descendencia de la madre y no al del padre: Por lo tanto, la membresía en un grupo con este tipo de descendencia consiste en una mujer, sus hermanos y hermanas, los hijos de sus hermanas (pero no los de sus hermanas), sus propios hijos y los de sus hijos (pero no los de sus hijas).

Asimismo se destaca que en estas sociedades quienes realizan las funciones de protección, sostenimiento y control son los hermanos de

la mujer y no el marido. El matrilineaje está vigente en muchas culturas del mundo entre ellas las sociedades tradicionales de Australia y algunos pueblos indígenas de EEUU.

- ✓ **Bilineal o Patri-matrilineal:** En este tipo de familia tanto la línea paterna como la materna se usan como base para fijar la descendencia y establecer los derechos y obligaciones del parentesco. El padre y la madre dan su apellido a los hijos, siendo el primero de ellos el que se establezca o permita en cada sociedad.

- **Según Distribución del Poder**

- ✓ **Familia Patriarcal:** El hombre ejerce la autoridad en todos los ámbitos, asegurándose la transmisión del poder y la herencia por línea masculina.
- ✓ **Familia Matriarcal:** La mujer es dominante generalmente se asocia a la residencia matrilocal y descendencia matrilineal. En América latina un ejemplo de este tipo de organización familiar lo representan la etnia Wayúu (Guajiros).
- ✓ **Familia Igualitaria:** El poder es ejercido equilibradamente, la autoridad es ejercida tanto por el hombre como la mujer.

- **Según Número de Cónyuges**

Todas las sociedades tienen reglas establecidas sobre el número de cónyuge que puede tener un individuo a la vez. Partiendo de este criterio puede hablarse de:

- a. **Monogamia:** un hombre y una mujer.
- b. **Poligamia:** matrimonio plural. Un hombre (o mujer) con varias esposas (o esposos). Existen tres formas de relaciones poligámica:
 - ✓ **Poliginea:** Un hombre con varias esposas a la vez. Esta práctica es común en el mundo islámico dónde se le permite al hombre hasta 4 esposas.

- ✓ **Poliandria:** una mujer con varios esposos. Aunque la poliandria es hoy ilegal en casi todos los países, es un sistema de matrimonio que aun prevalece en algunas regiones del Tíbet y Asia Central.
- ✓ **Matrimonio grupal:** grupo de hombres y mujeres que pretenden conducir sus relaciones sexo-genitales libremente, intentando que exista igual disponibilidad afectiva y sexual entre todos los miembros por igual sin pretensiones monogámicas o preferencias entre parejas. En relación a los hijos, todos los adultos son padres y madres, sin tener en cuenta la relación biológica.

- **Según Patrón de Selección de Cónyuges**

Toda sociedad limita la elección en el matrimonio exigiendo que se escoja al cónyuge fuera o dentro de un grupo determinado, ya sea por motivos económicos, culturales o biológicos. Partiendo de este criterio puede hablarse de:

- a. **Endogamia:** Cuando se requiere que un compañero se escoja dentro de un grupo específico, por ejemplo dentro de un grupo religioso determinado.
- b. **Exogamia:** cuando se requiere que el conyuge se escoja fuera de grupos específicos. Por ejemplo: las prohibiciones del incesto, un individuo no puede casarse con su padre, madre o hermanos.

2.5.4 Clasificación de la Familia en relación a la Salud.

En el área específica de la salud también podemos hacer una clasificación de la familia. De acuerdo a los planteamientos de Irigoyen Coria (2006) y Herrera Santi (1997), en este campo puede hablarse de:

- **Familia sana o funcional:**
 - ✓ Cumplimiento eficaz de sus funciones.
 - ✓ Permite el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros.

- ✓ Existencia de roles claros y definidos de los miembros. Asimismo, existe flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos.
 - ✓ Comunicación abierta, que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas
 - ✓ Decisiones tomadas por el grupo.
 - ✓ Hijos criados en ambiente de respeto, cariño y educación.
 - ✓ El sistema familiar es capaz de adaptarse a los cambios, no hay rigidez.
 - ✓ Son preventivas ante las enfermedades.
- **Familia de riesgo o disfuncional:**
 - ✓ No cumplen adecuadamente con sus funciones.
 - ✓ Los roles de los miembros no están claros ni definidos. No se respeta la distancia generacional, se invierte la jerarquía o la jerarquía se confunde con el autoritarismo.
 - ✓ No hay participación del grupo ante las decisiones (estas son tomadas de manera unilateral).
 - ✓ Existencia de comunicación distorsionada o disfuncional, se presentan los dobles mensajes o mensajes incongruentes es decir, el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extraverbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro.
 - ✓ El sistema familiar no es capaz de adaptarse a los cambios.
 - ✓ Hogar por compromiso o necesidad social.
 - ✓ Se desarrollan pocas acciones preventivas ante las enfermedades.

2.5.5 Cambios en la Familia.

El proceso de industrialización, el urbanismo y los cambios, en la vida moderna han causado un gran impacto en la familia como institución social. La familia moderna ha variado con respecto a su forma más tradicional en cuanto a funciones, estructuras y rol de los cónyuges entre otros aspectos.

Las funciones de proporcionar cuidado, protección y apoyo emocional especialmente para los hijos y ser el primer agente de socialización han sobrevivido a los cambios. Sin embargo otras funciones que antes desesperaba la familia tradicional (trabajo-educación-formación religiosa) son muy realizadas por instituciones especializadas.

En la estructura familiar y los roles de los cónyuges donde pueden observarse los mayores cambios, muchos de ellos ocasionados por la modificación del rol de la mujer. Tradicionalmente el padre era el único sostén económico de la familia, la figura de mayor autoridad y responsabilidad; por su parte, la madre centraba su vida entorno al hogar, al cuidado y afecto al esposo e hijos.

Por razones económicas, intelectuales y de justicia, la mujer se ha incorporado efectivamente a la vida económica de la sociedad en general, modificando con ello su posición familiar y originando ciertos cambios en la familia entre los cuales se puede mencionar: la reducción del número de hijos, intercambio de papeles sexuales, tendencia a la familia igualitaria y bilineal.

En cuanto a la estructura o composición del grupo familiar durante el siglo XX se observó una disminución de las familias nucleares, monoparentales, reconstituidas, familias sin hijos y en la actualidad se observa incluso a parejas de homosexuales viviendo como una familia y compartiendo con los hijos de una de las partes o hijos adoptados (familias homoparentales).

Otro de los cambios que se ha observado es el aumento de la convivencia no marital, cada día es mayor el número de parejas que viven juntas o en lugar de contraer matrimonio, es decir que la función de regulación sexual ha disminuido. Así mismo se observa un aumento en las tasas de divorcio.

En nuestro país es importante destacar cómo se caracteriza la familia popular venezolana. Para ello se tomará como referencia algunos planteamientos hechos por Mercedes Pulido Briceño (1997) y por Alejandro Moreno (1995) en publicaciones del centro Gumilla. Ambos autores hacen énfasis en caracterizar a la familia popular venezolana como caracterizada por lo que han denominado “matricentrismo” es decir una dinámica familiar que gira alrededor de la madre y donde se exige como base la relación madre-hijos, todo ello partiendo de la base histórica de la madre popular como una mujer sin pareja por diversas razones, abandono, irresponsabilidad paterna, entre otros. En la denominada Familia Matricentrada o Matricéntrica, están estrechamente unidos el vínculo o relación madre-hijo, es decir, la figura de la madre acapara el mundo emocional del individuo.

2.5.6 Rol de la Familia ante los Procesos de Salud-Enfermedad.

Sociológicamente el término Rol es definido como la conducta esperada de quien ocupa una posición en un determinado grupo social, es la sumatoria de derechos y obligaciones que implica esa posición e informa al individuo sobre la conducta que se puede esperar de ella, así como los que estos pueden esperar de otros individuos.

Partiendo de este concepto y de considerar que una de las funciones fundamentales de la familia es brindar protección y apoyo a sus miembros a sus miembros, se plantea que el rol del grupo familiar, ante los procesos de salud-enfermedad, está representado por las tareas y funciones que va a desempeñar la familia ante una situación de enfermedad de algunos de sus miembros.

El rol de la familia en el proceso salud-enfermedad, se encuentra entonces enmarcado dentro de las funciones que cumple este grupo social y que, como planteamos anteriormente, incluye aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y económicos. Partiendo de estas premisas podemos plantear que en el campo de las ciencias de la salud, la familia cumple dos papeles fundamentales como causa de problemas de salud y como recurso para solventar

estos problemas. Además no puede dejarse de lado el impacto que produce la enfermedad en el núcleo familiar.

- **La Familia como Causa de Problemas de Salud**

Se considera que la familia puede influir directa o indirectamente en el proceso de salud-enfermedad por las siguientes razones:

- ✓ **Factores Genéticos o Hereditarios:** Todo individuo es producto de la interacción entre genotipo y ambiente. Según estudios realizados, los factores hereditarios son condicionantes, dentro de la biología humana, para el surgimiento de muchas enfermedades entre las cuales se pueden mencionar: la diabetes, enfermedades cardiovasculares, el cáncer, obesidad, enfermedades renales, entre otras.
- ✓ **Proximidad Física:** Factor de riesgo para la propagación de las enfermedades transmisibles o infectocontagiosas entre los que se encuentran los síndromes virales, tuberculosis, las enfermedades venéreas, los parásitos intestinales y las infecciones cutáneas.

Los síndromes virales o virosis entre las cuales podemos ubicar a la gripe o influenza, tienen una marcada tendencia a propagarse del caso índice (primero en la familia). Un gran porcentaje de estas infecciones son traídas al hogar por los hijos en edad escolar, ya que los mismos son más propensos a contraer infecciones en la escuela por la cantidad de niños que fácilmente contraen estas enfermedades por cuanto están en una etapa en la que su sistema inmunológico no se ha desarrollado completamente.

Es importante destacar que mientras se propaga entre la familia, la misma infección puede adoptar diferentes formas. Un virus puede producir dolor de garganta a un miembro de la familia, tos en otro y diarrea en otro. El virus de la parotiditis puede producir paperas en un miembro de la familia y Orquitis (inflamación de los testículos) en otro.

- ✓ **Estilo de vida:** Este aspecto también es considerado un factor de riesgo, dentro del grupo familia, asociado al desarrollo y propagación

de enfermedades ya sea por situaciones de nacimiento, usos de utensilios para comer o beber, la limpieza de los enseres del hogar, la costumbre de bañarse (higiene personal), las dietas (hábitos alimenticios), adicciones (tabaco, alcohol, drogas), el ejercicio y la recreación.

Ejemplos de estas situaciones se encuentra en el surgimiento de la obesidad ocasionando entre otras cosas, a los hábitos alimenticios del hogar y las diarreas infantiles donde se considera factor de riesgo los hábitos higiénicos en la preparación de las comidas (entre otros aspectos relacionados con el saneamiento ambiental).

- ✓ **Creencias y comportamientos ante la salud y la enfermedad:** La manera como se percibe y trata la enfermedad aparentemente tiene sus raíces en la familia y la cultura de la comunidad donde esta se encuentra inserta. La familia es el grupo social, donde en primera instancia se verifican los conceptos de salud enfermedad reconociéndose y definiéndose los síntomas de la enfermedad (legitimación provisional) y se decide las acciones a seguir para lograr el tratamiento de los mismos.

En este sentido existen ambientes familiares donde los síntomas son ignorados o se opta por la automedicación o remedios caseros que en ciertos casos puede funcionar dependiendo del tipo de enfermedad pero en otras puede producirse que las funciones orgánicas se deterioran produciéndose un agravamiento de las enfermedades y la búsqueda de atención médica una vez que estos han avanzado. Por otra parte, existen grupos familiares que al primer síntoma se busca la atención médica.

- ✓ **Influencia sobre el desarrollo emocional o psicológico del niño:** Existen evidencias productos de investigaciones, que señalan la existencia de una relación entre ciertas patologías (físicas y psicológicas) con trastornos de la infancia, que a su vez se prolongan hasta la vida de adulto. Como ejemplo de ello se plantea lo siguiente:

- ✓ **Ansiedad ante la presencia de la enfermedad:** Una enfermedad en la familia tiene consecuencias emocionales, crea ansiedad y causa o precipita problemas de conducta, sobre todo si se sabe o considera a la enfermedad como fatal. Aquí es importante destacar que producto de esta situación la enfermedad de una persona puede resultar en una dolencia o lesión de otro miembro de la familia debido a su rol de cuidador. Es lo que se ha denominado el paciente escondido, sobre todo ante situaciones de enfermedades crónicas.

- **La Familia como Recurso para Solventar Problemas de Salud**

La familia es un importante recurso en los procesos de salud-enfermedad. Un buen hogar y una situación familiar estable son contribuyentes importantes para la salud, todos sus recursos deben movilizarse para facilitar la recuperación del paciente. De manera general podemos señalar que la familia cumple un rol fundamental en el proceso de prevención, curación y rehabilitación de enfermedades, en tanto:

- ✓ Brinda apoyo emocional ante la presencia de la enfermedad, lo cual es un elemento importante ante la ansiedad, miedo y angustia que presenta el paciente ante la enfermedad y la muerte.
- ✓ Participa activamente en el proceso terapéutico, específicamente en la administración del tratamiento, sobretodo en el caso de pacientes pediátricos y geriátricos donde las características particulares de estos grupos etarios limitan la posibilidad de administrar efectivamente la dosificación del tratamiento prescrito. Asimismo se observa el apoyo en el cuidado continuo del paciente durante el periodo de convalecencia y el papel fundamental que cumple en el desarrollo de la continuidad del cuidado frecuente que se requiere sobre todo en las enfermedades crónicas (control médico).

- ✓ Brinda apoyo económico, que permita las exigencias que en este sentido requiere el tratamiento prescrito.
- ✓ Partiendo de los factores inherentes al estilo de vida, como influyentes en el surgimiento de enfermedades, la familia se considera puede ser un importante recurso en tanto exista una disposición al cambio de hábitos y estilos de vida que afecten la salud. La familia permite socializar el desarrollo individual con actitudes saludables, creencias y práctica.

Considerar a la familia como un recurso en el proceso salud-enfermedad supone, en todo lo antes mencionado, que en el grupo existan lazos familiares fuertes, que faciliten la unión frente a los problemas de salud, debido al fuerte impacto que la enfermedad tiene en la familia. Se plantea apoyo emocional familiar, la flexibilidad de los roles, la capacidad de resolver problemas eficazmente y la comunicación en relación al tratamiento será cumplido a largo plazo (continuidad del tratamiento) si la atención en el hogar resulta adecuada.

- **El Impacto de la Enfermedad en la Familia**

La enfermedad no afecta a una persona aislada, las situaciones derivadas de ella afectan significativamente a la dinámica familiar, lo cual puede ir desde un cambio en la planificación diaria porque se debe cuidar al hijo, padre, madre o hermano que presenta algún malestar de salud, hasta situaciones donde el impacto es mayor, ya que las enfermedades pueden llegar a tener un efecto devastador en familias completas. La enfermedad de un miembro de la familia pone en movimiento procesos que pueden influir negativamente en la dinámica familiar e incluso afectar la salud de los otros miembros.

Para comprender el impacto de la enfermedad en la familia debemos partir de la concepción de que este grupo social es un sistema, cualquier cosa que afecte a uno de sus miembros referente en las relaciones de esta como un todo. La enfermedad es un elemento o situación que conlleva a la modificación del sistema familiar, donde toda la familia puede verse afectada, produciendo diferentes reacciones de impacto y donde se hace necesario un proceso de adaptación para salir con éxito de la crisis.

2.5.7 La Familia como Mecanismo de Soporte Social en los Procesos de Prevención, Curación y Rehabilitación de las Enfermedades Agudas, Crónicas y Mentales

Antes de hablar de la familia como un mecanismo de soporte social en estas enfermedades se debe definir cada una de ellas. Las enfermedades tienen diversos modos de clasificación, uno de los más utilizados es el criterio de la evolución en el tiempo y la manera como se presentan esos síntomas. Partiendo de este criterio las enfermedades se clasifican en Agudas y Crónicas.

Las enfermedades Agudas son aquellas caracterizadas por una duración relativamente corta de los síntomas, que suelen ser intensos. Las enfermedades agudas pueden evolucionar hasta un estado de salud comparable al que presentaba el paciente antes de enfermarse o pasa a una fase crónica o si no es atendida a tiempo puede conducir a la muerte. Ejemplo: gripe, Neumonía, Gastroenteritis.

Las enfermedades crónicas son las enfermedades de etiología incierta, habitualmente multifactorial que persisten durante un periodo prolongado de tiempo, con frecuencia toda la vida del paciente. A diferencia de las enfermedades agudas, éstas pueden ser asintomáticas en sus primeros estadios y cuando los síntomas aparecen, es posible que la enfermedad esté avanzada. Es por esto que son llamadas asesinos silenciosos. Ejemplo: Cáncer, Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Sida, entre otras.

Las enfermedades mentales pueden ubicarse dentro de las enfermedades crónicas y desde el punto de vista social se definen, en líneas generales, como una alteración en el comportamiento social; el individuo se desvía de los modelos “normales” hasta que su comportamiento se hace intolerable. Según Hernán San Martín (1981) una persona es mentalmente sana cuando su conducta es normal, en relación a los cánones establecidos en la sociedad donde se encuentra inserta, su adaptación al ambiente es adecuada y su percepción del mundo que lo rodea y de sí mismo es realista.

Ahora bien, en el grupo familiar, ante la presencia de una enfermedad aguda en el núcleo familiar al paciente asumir el rol del enfermo, por ello es

dispensado de sus obligaciones y se le permite estar en la cama esperando que otros miembros de la familia lo atiendan y muestren preocupación adecuada por su estado de salud (derechos del rol del enfermo planteados en las décadas 50-60) pero también se espera que el paciente desee la recuperación de su salud y por ello colabore actualmente con los profesionales de la salud que lo atienden. Esta situación se espera que se mantenga por un corto período de tiempo, por las características de este tipo de enfermedades, ya señaladas anteriormente.

Sin embargo cuando se trata de una enfermedad crónica o recurrente como las Enfermedades Cardiovasculares el Cáncer o la Diabetes Mellitus; los cambios que se producen en el hogar como producto del impacto de la enfermedad, son de carácter permanente, lo cual trae como consecuencia al consumo de recursos vitales de la familia: consumo de energía para proveer el cuidado, costo del tratamiento, alteración de los roles (sobre todo si el enfermo es la madre, el padre o la persona encargada de la manutención del hogar), la pérdida de ingreso del paciente o de quienes lo cuidan y surgimiento del paciente escondido.

La enfermedad se vuelve un poco de todos los que conviven con el enfermo y los miembros de la familia asumen el rol de cuidadores continuos. En estas situaciones, si no existe, como se planteó anteriormente, un proceso de adaptación positiva a esta crisis es posible que no se salga de ella satisfactoriamente.

En el caso de las enfermedades mentales, por su condición de enfermedad crónica, es aplicable lo antes señalado, sumándose además al estigma social, que se le endosa al enfermo mental y que muchas veces origina que los miembros de su familia intenten ocultar la existencia en el hogar de una enfermedad de esta naturaleza.

Ante todas estas situaciones que origina la presencia de la enfermedad en la familia sean agudas, crónicas o mentales, ¿de qué manera puede considerarse el grupo familiar como mecanismo de soporte social en los procesos de prevención, curación y rehabilitación de estas enfermedades?

Cuando se habla de la familia como recurso para solventar los problemas de salud puede afirmarse que esta institución es un soporte social en la

prevención, curación y rehabilitación de enfermedades agudas, crónicas y mentales. Para poder describir las diferentes acciones que están llamada a desempeñar la familia se debe precisar, en primer lugar, como se define la prevención, la curación y la rehabilitación, lo cual puede resumirse de la siguiente manera:

-. Prevención

Son todas aquellas acciones destinadas a evitar la aparición de las enfermedades o limitar el daño que puede producir en el organismo, con la finalidad de fomentar, proporcionar la salud y prolongar la vida humana. Cuando se habla de medicina preventiva no puede dejarse de lado los niveles de prevención que son los siguientes:

- ✓ **Prevención primaria:** son las medidas o implementos en el periodo pre patogénico es decir antes de presentarse la enfermedad. Su objetivo es la promoción y fomento de la salud, así como proteger específicamente al hombre contra los agentes de enfermedad, disminuyendo la incidencia de la misma. Como ejemplo de prevención primaria pueden citarse los programas educativos dirigidos a la enseñanza de la trasmisión y prevención de enfermedades como el dengue y la malaria (paludismo).
- ✓ **Prevención secundaria:** corresponde a los primeros estadios de la enfermedad, su objetivo es un diagnóstico temprano de las enfermedades y el cumplimiento de un tratamiento oportuno para detener el proceso de la enfermedad, a fin de limitar el daño que la misma pueda ocasionar en el organismo. En este sentido se plantea que lo ideal sería aplicar las medidas preventivas en la fase preclínica, cuando aún el daño al organismo no está tan avanzado y, por lo tanto, los síntomas no son aún aparentes. Esto es particularmente importante cuando se trata de enfermedades crónicas (Universidad de Costa Rica, 2013, p. 47). Un ejemplo de prevención secundaria es el tratamiento

de la hipertensión arterial en sus estadios iniciales, realizando un control periódico y seguimiento del paciente, para monitorear la evolución y detectar a tiempo posibles secuelas

- ✓ **Prevención terciaria:** corresponde a los últimos estadios del periodo patogénico, siendo su objetivo reintegrar al individuo a la sociedad como un sujeto útil, obteniendo el máximo de sus capacidades residuales y evitar que el enfermo se convierta en una carga tanto para sí mismo como para la sociedad. En la prevención terciaria son fundamentales el control y seguimiento del paciente, para aplicar el tratamiento y las medidas de rehabilitación oportunamente. Se trata de minimizar los sufrimientos causados al perder la salud; facilitar la adaptación de los pacientes a problemas incurables y contribuir a prevenir o a reducir al máximo, las recaídas de la enfermedad (Julio et al, 2011, p. 13). Como ejemplo de prevención terciaria puede destacarse la realización de fisioterapia luego de una fractura.

Leavel y Clark (1958), esquematizan las acciones desarrolladas en estos tres niveles de prevención en cinco niveles de aplicación contenidos en estos lo cual puede ilustrarse de la siguiente manera:

Prevención Primaria {

1. Fomento de la salud.
2. Protección específica.

Prevención Secundaria {

3. Diagnostico Precoz y tratamiento oportuno.
4. Limitación del daño.

**Prevención
Terciaria**

5. Rehabilitación

Es importante señalar que actualmente se ha agregado a esta clasificación la Prevención Primordial, definida por la Organización Panamericana de la Salud (2001) como aquel que se “dirige a evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida sociales, económicos y culturales que se sabe contribuyen a elevar el riesgo de enfermar” (p. 10), La prevención primordial busca incidir en formas de vida y patrones de consumo nocivos que aumentan el riesgo de la población para adquirir una enfermedad. Este tipo de prevención posee un alto grado de complejidad, ya que muchas veces, las acciones por desarrollar requieren de un alto compromiso de los gobiernos para su ejecución (Universidad de Costa Rica, 2013, p. 50).

Según la OPS este reciente nivel de prevención tiene gran relevancia en el campo de la salud poblacional, destacando las medidas contra los efectos mundiales de la contaminación atmosférica o el establecimiento de una dieta nacional baja en grasa animal saturada como ejemplos de prevención primordial (OPS, 2011, p. 10).

-. Curación

Se define la Curación como las técnicas aplicadas al individuo con el fin de hacer un diagnóstico de enfermedad y formular un tratamiento o indicaciones para la recuperación de la salud o indicaciones para la rehabilitación del caso.

- Rehabilitación

La Rehabilitación es la atención física, medica, social y mental que se le ofrece al individuo enfermo para restaurar sus capacidades, a fin de transformarlo en un individuo independiente y socialmente útil.

Partiendo de estos planteamientos puede afirmarse que la familia puede incidir favorablemente en la prevención, curación y rehabilitación de las enfermedades agudas, crónicas y mentales, ser un soporte social importante en todos estos procesos, lo cual puede traducirse en las siguientes acciones:

- Prevención:

- **Prevención Primaria:** actuación antes que se produzca la enfermedad, conflicto o crisis. En este sentido la familia puede desarrollar acciones de prevención primaria cuando:

- Se cuenta con el núcleo familiar con un ambiente de estabilidad, unidad familiar, comunicación abierta, roles claramente definidos (características de la definición de familia sana).
- Promueve y practica hábitos y estilos de vida saludables en el ámbito familiar (alimentación-higiene personal-ejercicio físico).
- Saneamiento básico (agua potable-disposición de excretas, eliminación de basura).
- Control prenatal y exámenes médicos periódicos en general que permitan una precoz y tratamiento oportuno.
- Educación para la salud entendida como el proceso que permite a las familias y comunidades trabajar en conjunto con el equipo de salud en función a lograr cambios en hábitos y estilos de vida no saludables.
- En general estimular el mejoramiento del ambiente general de vida en sus aspectos bio psico sociales.

-**Prevención Secundaria:** Actuación pronta ante la presencia de la enfermedad para limitar el daño. Se trata de lograr un diagnostico precoz a través de la detección de signos, síntomas o anomalías por parte de la familia. En cuanto

al tratamiento oportuno, este pasa por la legitimación provisional (aceptación de la enfermedad en la familia) hasta lograr la legitimación oficial (por parte del médico) y brindar apoyo en el proceso terapéutico.

-Prevención Terciaria: Se trata de atenuar las consecuencias de los trastornos disfuncionales cooperando en acciones de rehabilitación del miembro familiar afectado.

Específicamente en cuanto a las enfermedades agudas, debido a sus características epidemiológicas y etiología (en su mayoría enfermedades infectocontagiosas o transmisibles) son importantes las inmunizaciones, el cambio de hábitos y estilo de vida no saludables, la educación para la salud y el saneamiento básico en la vivienda. En el caso de las enfermedades crónicas, por ser asintomáticas, la prevención se establece a través del chequeo médico y por su etiología multifactorial implica considerar cambios en los estilos de vida.

En las enfermedades mentales es muy importante la acción preventiva dentro del ámbito familiar por cuanto el mismo se considera como punto crucial en el trabajo preventivo y de fomento de la salud mental, ya que muchos problemas mentales tienen su origen en los cambios que se producen en la familia (endógenos o exógenos) y en las relaciones padres-hijos. Es por ello que entre las acciones preventivas se recomienda fomentar el equilibrio emocional a través del apoyo, la comunicación y la discusión consensual para la toma de decisiones importantes, ante procesos de cambios en la familia. Asimismo se recomienda el control prenatal y preparación para el parto (neurosis agudas de la mujer durante el embarazo), la educación o preparación para padres y mejoramiento de las relaciones padres e hijos.

-.Curación y Rehabilitación

En relación al proceso de curación, la familia desempeña el mismo rol independientemente de la enfermedad sea aguda, crónica o menta: brindar apoyo en el proceso terapéutico. En el caso de las enfermedades agudas ya se explicó lo concerniente a la aceptación del rol del enfermo en el grupo familiar en aras de una pronta recuperación.

- ✓ Decisión de las acciones a seguir en la búsqueda de cuidados de salud (remedios caseros, consejos de amigos, médicos).
- ✓ Selección del médico u otros profesionales de la salud que brindarán la atención.
- ✓ Brindar cuidados al enfermo.
- ✓ Establecer el ambiente necesario para el mantenimiento de la salud.

Entre las estrategias a seguir, además de la implementación de programas de Medicina Preventiva y los aportes por la parte de la familia ya mencionados, se encuentran las contempladas en la Atención Primaria en Salud (A.P.S), por cuanto ésta representa el medio práctico al alcance de individuos y familias de las comunidades de forma acorde a los recursos locales y con plena participación de los beneficiarios. Las acciones fundamentales de la A.P.S. son la Educación para la Salud, como propuesta para lograr cambios planificados en salud; el Saneamiento Básico, protección a la Salud Materna Infantil, promoción de la nutrición apropiada, la prevención de enfermedades endémicas locales y el suministro de medicamentos esenciales.

Todo esto debe hacerse con la participación de las familias para lograr mejores resultados, donde es importante destacar la necesidad de brindar una información adecuada a través de un proceso de educación para la salud continua y permanente que le permita a la familia, partiendo de los factores de riesgos inherentes a su realidad social, desarrollar acciones dirigidas a controlar la propagación de enfermedades y posibles epidemias.

Sin embargo, la práctica de la medicina donde la familia es considerada un recurso fundamental para la promoción, prevención, curación y rehabilitación de enfermedades lo constituye la Medicina Familiar, definida por la O.M.S. como la rama de la medicina que se encarga de la atención médica al individuo en el contexto de la familia y la comunidad de manera continua e integrada. La medicina familiar tiene como base el entorno familiar biopsicosocial, “el cual tiene la capacidad de ir del individuo a la familia y a la comunidad, para finalmente integrarlos, dándole un peso especial a los aspectos educativos,

preventivos, curativos y de rehabilitación” (Rodríguez Belmares *et al*, 2013, p. 217)

Los objetivos de la medicina familiar son: educación del grupo familiar, desarrollo de las acciones preventivas necesarias en el grupo familiar, atención del bienestar bio- psico-social del grupo familiar y fomentar la existencia de una relación médico-paciente de verdadero impacto.

El logro de todos estos ejes, según Irigoyen Coria (2006) se fundamenta en tres ejes: estudio de la familia, continuidad y acción anticipatoria.

Estudio de la familia: como entorno bio psico social en el que se desarrolla el individuo y donde existen una serie de factores que pueden parecer o limitar la salud individual o familiar.

Continuidad: seguimiento desde una perspectiva integral (bio-psico social) del proceso de salud-enfermedad y familias.

Acción anticipatoria: basada en el enfoque de riesgo que contribuya a identificar las probabilidades de que en la familia o comunidad puede producirse la enfermedad. Esto permite la implementación de estrategias adecuadas para el control de esta situación.

Los programas de medicina familiar, al tener como recurso fundamental a la familia, implican un conocimiento de las dinámicas familiares para actuar considerando sus características. Uno de estos elementos importantes de conocer es el ciclo evolutivo de la familia, saber en qué fase se encuentra el grupo familiar para organizar las acciones a desarrollar con el mismo. Siguiendo los planteamientos de Geyman (1980, citado por Rodríguez Belmares *et al*, 2013), Irigoyen Coria (2006) y Lara y Mateos (1999), las fases del ciclo evolutivo de la familia y las acciones que generalmente se desarrollan en Medicina Familiar son las siguientes:

- ✓ **Fase de Matrimonio:** inicia con la consolidación del vínculo matrimonial y concluye con la llegada del primer hijo a la familia. Abarca el proceso de adaptación a la vida en pareja. En esta primera etapa las acciones predominantes de Medicina Familiar son: orientación sexual, planificación

familiar e interacción de la personalidad (para facilitar el proceso de adaptación).

- ✓ **Fase de expansión:** comienza con la llegada del primer hijo hasta que el hijo menor alcanza el status de adulto. Es el momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia. Esto genera la necesidad de una adecuada organización o coordinación entre la pareja para atender las necesidades de los hijos sin descuidar la relación en el sistema conyugal. Las acciones de Medicina Familiar en esta etapa son educación prenatal, atención del parto, cuidado postnatal, control y desarrollo del niño.
- ✓ **Fase de Dispersión:** comienza cuando uno de los hijos ha alcanzado el status de “adulto” (no necesariamente el hijo mayor) está en libertad de abandonar el hogar, si así lo desea, continuando hasta que todos los hijos van dejando el hogar. Las acciones a considerar en esta etapa son problemas de adolescencia, orientación a los padres ante la separación e independencia de los hijos.
- ✓ **Fase de Independencia:** comienza cuando todos los hijos han abandonado el hogar, formando nuevas familias y de nuevo quedan los padres solos. En esta etapa los lazos entre padres e hijos se debe fortalecer ante el riesgo del distanciamiento que pueda surgir, sin olvidar el respeto hacia las nuevas familias que están formando los hijos. Debido a factores relacionados con la edad que se espera que tengan los padres, las acciones de la Medicina Familiar están orientadas hacia problemas ginecológicos derivados de la menopausia y de las enfermedades del aparato reproductor masculino, así como también el control de enfermedades crónicas degenerativas.
- ✓ **Fase de retiro y muerte:** comienza cuando los padres se jubilan o alcanzan aproximadamente los 60-65 años terminando con su muerte. Esta etapa se caracteriza por los sentimientos de incertidumbre y nostalgia. Pueden presentarse situaciones difíciles de afrontar, como la incapacidad laboral, el desempleo, la falta de recursos y, en ocasiones, el abandono por

parte de los hijos. La acción de la Medicina Familiar en esta fase se enfoca en los problemas sociopsicológicos del envejecimiento, de la mano de especialistas en Geriátrica y Gerontología.

2.5.9 Los Problemas Sociales y su Relación con la Familia y la Salud

- **¿Qué es un Problema Social?**

Según Horton, y Hortón (1996), los problemas sociales pueden definirse como situaciones que afecta a un número considerable de personas, de un modo considerado perjudicial y que se plantea que pueden y deben resolverse. Agramonte (1979), a su vez emite una definición muy parecida al establecer que pueden ser considerados como problemas sociales aquellas situaciones colectivas que cuan efectos indeseables y peligrosos para la sociedad y que lleva aparejada la urgencia de modificarla.

Partiendo de estos conceptos se infiere entonces que estas situaciones al romper con el bienestar colectivo, afectan al grupo familiar como institución social fundamental de la sociedad y por ser el contexto donde muchas de dichas situaciones surgen.

De esta forma, en relación a la salud, al verse afectado el grupo familiar por un problema social, de manera directa e indirecta se afecta la salud integral de sus miembros, si se toma en consideración todo lo que se ha planteado anteriormente respecto a este tema. Es importante asimismo destacar que en la actualidad los principales problemas de salud pública son precisamente las situaciones consideradas como problemas sociales, muchos de los cuales guardan relación estrecha con el estilo de vida, importante factor determinante en el proceso salud-enfermedad.

- **Algunos problemas Sociales existentes en Venezuela.**

A continuación se define, de manera general, algunos de los problemas sociales existentes en el país, los cuales son destacados en el programa de la asignatura:

1. **Alcoholismo:** enfermedad crónica producida por el consumo excesivo y mantenido del alcohol. De esta forma se consideran Alcohólicos los que beben en exceso y “cuya dependencia respecto del alcohol ha alcanzado un grado tal que determina la aparición de visibles perturbaciones mentales, o cierta interferencia en la salud física y mental, en las relaciones interpersonales, y en el adecuado funcionamiento social y económico” (Castillo y Silva, 2008, p. 2).

Este problema ha cobrado relevancia en Venezuela donde, según estudios realizados, es considerado como uno de los países donde se consume más alcohol, siendo por ello considerado el Alcoholismo como un problema de Salud Pública, sobre todo por la alta incidencia del consumo alcohólico en los jóvenes.

2. **Pobreza y marginalidad:** la pobreza en líneas generales puede definirse como la incapacidad para acceder a los servicios básicos que el sistema ofrece, impidiendo la satisfacción de sus necesidades esenciales para la vida. Se habla de marginalidad cuando se presenta el aislamiento o la exclusión de individuos o grupos en el sistema social impidiéndole participar y gozar de los beneficios y privilegios de la sociedad. La situación de marginalidad puede estar asociada a situaciones de pobreza, de hecho algunos autores la ubican dentro de la dimensión sociopolítica de la pobreza, sobretodo de la pobreza extrema.
3. **Desnutrición:** depauperación o debilitación del organismo como resultado del consumo de una dieta inadecuada o mal balanceada que proporciona los nutrientes necesarios para su desarrollo. La desnutrición, sobre todo la desnutrición infantil como problema social, es asociada con las

condiciones de pobreza (aunque no siempre se da la relación directa). Autores como Cartaya y D' Elia en su libro "La pobreza en Venezuela" (1991), señalan que una de las secuelas más graves de las situaciones de pobreza es el impacto que tiene sobre la nutrición, por cuanto ocasiona daños irreversibles en las generaciones futuras, siendo su signo más grave el aumento de la mortalidad infantil por deficiencias nutricionales y avitaminosis (falta de vitaminas).

La UNICEF a su vez señala que la desnutrición es principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo. Por todo esto la prevención de esta situación ha sido considerada como prioridad por la O.M.S.

- 4. Delincuencia:** De manera general la delincuencia puede definirse como un fenómeno social constituido por el conjunto de infracciones contra las normas fundamentales de convivencia, producidas en un tiempo y lugar determinados. este fenómeno afecta a toda la sociedad, razón por la cual, su prevención y control requiere de un adecuado sistema penal así como de la cooperación de la comunidad.

La delincuencia, asociada a situaciones de violencia, es llamada comúnmente inseguridad personal y constituye uno de los principales problemas en Venezuela, traducándose en el aumento de las cifras de homicidios en el país, al punto de constituirse para el año 2016 como la tercera causa de muerte a nivel nacional, contabilizándose un total de 13.838 homicidios (MPPS, 2021, p.8).

- 5. Prostitución:** se define como la realización de actos sexuales con fines exclusivamente lucrativos. San Martín señala plantea que la prostitución es la promiscuidad sexual comercializada y una forma de explotación humana. La prostitución es un fenómeno social que está vinculado a una diversidad de actividades delictivas y criminales como: la trata de mujeres, narcotráfico, tráfico de armas, estafas, entre otras. Por otro lado, la

prostitución se atribuye a condiciones de pobreza y desempleo, como situaciones individuales de vulnerabilidad. Es decir, mujeres que por factores socio-económicos relacionadas con sus circunstancias particulares se ven forzadas al trabajo sexual para poder garantizarse o garantizar a su familia la vida (Díaz *et al*, 2019, p. 16).

Debido a que la base de la prostitución es la promiscuidad, tiene conexión con ciertos problemas de salud sobre todo con aquellos relacionados con las infecciones de transmisión sexual.

6. Violencia Intrafamiliar: es un problema social que afecta a un alto porcentaje de la sociedad venezolana, sin distinción de niveles socioeconómicos o culturales y definidos como actos de agresión físico, psicológico o sexual cometidos en el hogar entre miembros de una familia, principalmente contra los grupos definidos culturalmente como los más vulnerables de la estructura jerárquica del grupo familiar como las mujeres, los niños, los ancianos y los discapacitados y dentro de estos, con mayor frecuencia, se observa el maltrato marital y el maltrato infantil.

7. Desempleo: es uno de los problemas sociales más graves de nuestra época y puede en líneas generales definirse como la ausencia de trabajo remunerado no imputable a la voluntad del individuo, es decir, un desempleado es todo aquel que teniendo aptitudes suficientes para trabajar y deseos de conseguir ocupación, no encuentra empleo remunerado.

El desempleo, en tanto, problema social, repercute desfavorablemente en el individuo, la familia y la sociedad. En el individuo acarrea un desajuste en la personalidad debido a las limitaciones producto de la situación de no contar con una remuneración o salario que deben sufrir el y su familia, además de crear un sentimiento de inseguridad que le produce frustración y amargura. En el hogar, la condición psicológica anterior trae al hogar una situación de tensión que puede tender a romper la unidad familiar. En la sociedad por cuanto es posible

que la situación de desempleo se traduzca en comportamiento delictivo o de adicciones conformando a su vez otros problemas sociales.

- 8. Contaminación ambiental:** concentración en el medio ambiente de sustancias que pueden producir alteraciones físicas, químicas o biológicas en el mismo, afectando la salud del hombre, la calidad de vida o el funcionamiento normal de los ecosistemas. Incluye la contaminación atmosférica, del agua y del suelo. Los problemas ambientales son considerados relevantes por la OMS el gran porcentaje de niños que mueren anualmente por causas de enfermedades directamente relacionadas con su entorno o medio ambiente entre las cuales señala aguas insalubres, higiene y saneamiento deficientes y la contaminación en general que se traduce en patologías como diarreas y afecciones respiratorias, entre otras.

Una vez definido algunos de los problemas más importantes existentes en Venezuela puede considerarse uno de ellos que, de manera directa o indirecta, se relaciona con el surgimiento de los demás aunque no se trate en todos los casos de una relación mecánica; se trata de la pobreza y su influencia en la salud del individuo, familias y comunidades.

Es importante destacar que, cuando se habla de esta relación, debe partirse de la concepción de nivel o calidad de vida como sinónimo de salud, de manera tal que la forma en que habitualmente vive el grupo social y el modo como satisface sus necesidades elementales se consideran como determinantes en el estado de salud de una comunidad, familia e individuo. De esta forma, en el análisis de los factores que determinan el nivel de vida, son relevantes los de orden económico.

La pobreza ya ha sido definida anteriormente como la incapacidad para acceder a bienes materiales y servicios básicos que el sistema ofrece, esto se traduce en un bloqueo de sus posibilidades de acceder a los medios que permiten el crecimiento y el desarrollo integral del ser humano. Es por ello que este problema social se considera como una de las principales

causas de las enfermedades en el hombre y sus entornos inmediatos (familia y comunidades) ya que crea condiciones que le impiden al individuo el pleno goce de la salud (vulnerando el derecho a la salud).

La pobreza conduce de manera directa o indirecta a situaciones de desnutrición, malas condiciones de la vivienda, prostitución, delincuencia, alcoholismo, falta de protección en todos los sentidos y por ende una mayor exposición a los riesgos ambientales, biológicos, psicológicos y sociales que constituyen las causas inmediatas de las enfermedades.

Asimismo la pobreza influye en las tasas de mortalidad. Según Hernán San Martín (1981), la mortalidad general, la mortalidad materna, la mortalidad infantil y la mortalidad específica por causas, muestran una evidente relación negativa con las condiciones económicas.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1. Elaborar un Mapa Conceptual (a mano), donde sean desarrollados los siguientes puntos:
 - Definición de Familia.
 - Funciones de la Familia como Institución Social.
 - Tipos de Familia. Definición de cada uno de los tipos de familia planteados, de acuerdo a las siguientes clasificaciones:
 - *Según estructura:*
 - ✓ Nuclear o elemental.
 - ✓ Extendida o Extensa.
 - ✓ Monoparental
 - ✓ Compuesta.
 - ✓ Reconstituida o ensamblada.
 - ✓ Familia sin Hijos.
 - ✓ Homoparental
 - *Según Nivel de Integración:*
 - ✓ Integrada
 - ✓ Semi-integrada
 - ✓ Desintegrada
 - *Según Demografía:*
 - ✓ Rural
 - ✓ Urbana
 - *Según Lugar de Residencia:*
 - ✓ Patrilocal
 - ✓ Matrilocal
 - ✓ Neolocal
 - *Según Distribución del Poder:*
 - ✓ Patriarcal
 - ✓ Matriarcal
 - ✓ Igualitaria

- ✓ Matricentrada
 - *Según Número de Esposos:*
 - ✓ Monogamia
 - ✓ Poligamia
 - Poliginia
 - Poliandria
 - Matrimonio Grupal
 - *En relación a la Salud:*
 - ✓ Familia Sana o Funcional
 - ✓ Familia de Riesgo o Disfuncional
- Cambios en la Familia.
 - Definición de Medicina Familiar.

2.- Realizar un informe sobre la aplicación de los Niveles de Prevención de Leavell y Clark, en un programa de prevención de la siguiente enfermedad _____, destacando el rol desempeñado por la familia.

3.- Leer determinados artículo sobre situaciones consideradas Problemas Sociales y sobre la base de los mismos, responder las siguientes interrogantes:

- La definición sociológica de Problema Social, señala la existencia de tres aspectos básicos que permiten establecer que una determinada situación pueda ser considerada como tal:
 - Situación que afectan a un número considerable de personas.
 - De un modo considerado perjudicial, indeseable o peligroso para la Sociedad.
 - Se cree que puede y debe corregirse.
- En este sentido, ¿Puede considerarse la situación planteada en el artículo, un problema social en Venezuela? Justifique su respuesta, partiendo de estos tres aspectos básicos.

- Describa cómo influye esta situación en la Salud Integral (bio-psico-social) de las personas afectadas.
- Por qué es importante que ustedes, como futuros profesionales de la salud, conozcan sobre esta situación y sobre otros problemas existentes en la sociedad donde viven.

4.- Realizar Sociodramas sobre algunos de los Problemas Sociales existentes en Venezuela, donde se destaque su influencia en la Salud Individual y Familiar.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- Agramonte, R. (1979). *Sociología Jurídica.*, Editorial Porrúa.
- Barrera, M, Hurtado de Barrera, J, Noguera, C y Caraballo M. (2008). *Familia, modelos y perspectivas.* Caracas: Quirón.
- Cartaya, V. y D' Elia, Y. (1991). *La Pobreza en Venezuela.* Caracas: CESAP/CISOR.
- Castillo, C. y Silva, M. (2008). *Significados del Consumo de Alcohol en Familias de una Comunidad Pobre Venezolana.*
[https://www.scielo.br/j/rlae/a/ck8ywKyMpQBGDLLr7hz4vQg/?lang=es&format=pdf#:~:text=En%20Venezuela%2C%20existen%205.722.000,de%20la%20medicina\(3\).](https://www.scielo.br/j/rlae/a/ck8ywKyMpQBGDLLr7hz4vQg/?lang=es&format=pdf#:~:text=En%20Venezuela%2C%20existen%205.722.000,de%20la%20medicina(3).)
- Díaz, T.; Sánchez, Y. y Cáceres, Y. (2019). *Condiciones de Vida de las Mujeres Venezolanas en Situación de Prostitución Desplazadas en la Frontera San Antonio del Táchira- Cúcuta.*
<http://saber.ucv.ve/bitstream/10872/20351/1/TEG%20D%C3%ADaz%20Teresa.pdf>
- Herrera Santi, P. (1997). La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251997000600013
- Horton, P. y Horton, R. (1996). *Introducción a la Sociología.* 4e, El Ateneo.
- Horton, P. y Hunt, C. (1990). *Sociología.* 6e. Mc Graw Hill.

- Irigoyen Coria, A. (2006). *Nuevos Fundamentos de la Medicina Familiar*. 3ª e. Editorial Medicina Familiar Mexicana.
- Julio, V.; Vacarezza, M.; Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud*.
(<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>)
- Lara y Mateos, R. (1999). *Medicina y Cultura: Hacia una Formación Integral del Profesional de la Salud*. México: Plaza y Valdés.
- Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS). (2021). *República Bolivariana de Venezuela. Anuario de Mortalidad 2016*.
<http://mpps.gob.ve/>
- Nanda, S. (1982). *Antropología Cultural*. México: Wadsworth Internacional / Iberoamérica.
- OMS (1994). *Glosario de Términos de Alcohol y Drogas*. OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo de España.
- OPS. (2011). *Módulos de Principios de Epidemiología para el Control de Enfermedades. Unidad 6: Control de enfermedades en la población*.
<https://www3.paho.org/col/dmdocuments/MOPECE6.pdf>
- Rodríguez Belmares, V.; Ruiz González, B.; Juárez Caballero, N. y Tamez Rodríguez, A. (2013). El médico familiar y su entorno familiar.
<https://medfam.fmposgrado.unam.mx/wp-content/uploads/2024/05/Medicina-familiar-Cap-17.pdf>
- San Martín, H (1981). *Salud y Enfermedad*. 4 e. La Prensa Médica Mexicana.

Universidad de Costa Rica. (2013). *Promoción, Prevención y Educación para la Salud*.

<https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2013/12/Prevencion.pdf>

Universidad de Guanajuato. (2022). *Clase digital 5. La familia. Definición y*

clasificación.

<https://blogs.ugto.mx/rea/clase-digital-5-la-familia-definicion-y-clasificacion/#:~:text=Una%20definici%C3%B3n%20incluyente%20y%20que,menos%20permanente%20y%20que%20en>

CAPÍTULO III
***RESPUESTAS SOCIOCULTURALES EN EL PROCESO SALUD-
ENFERMEDAD***

CAPÍTULO III

RESPUESTAS SOCIOCULTURALES EN EL PROCESO SALUD ENFERMEDAD

3.1 Objetivo Terminal.

Identificar los diferentes comportamientos socioculturales que pueden surgir en situaciones de enfermedad y su influencia en las prácticas de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud – enfermedad.

3.2 Objetivos Específicos.

- Explicar los conceptos de enfermedad y dolencia.
- Establecer las diferencias entre ambos conceptos.
- Explicar el modelo sociológico del rol del enfermo y sus características.
- Definir Comportamiento de Enfermedad, estableciendo los factores socio-culturales que influyen en este comportamiento.
- Señalar las etapas del Comportamiento de Enfermedad.
- Definir Comportamiento de Salud, suministrando ejemplos de comportamientos habituales para promover la salud.
- Explicar la influencia de los comportamientos socioculturales en las actividades de promoción, curación y rehabilitación de la salud.

3.3 ESTRATEGIAS.

- **Docente:**
 - Exposición Oral.
 - Organización de equipos de Trabajo.
 - Asignación de Lecturas.

- Asignación de Trabajos Escritos Individuales y Grupales (Informes, Mapas Conceptuales, Infografías, Análisis de material audiovisual).
- Organizar y facilitar el trabajo en grupos y la discusión de los mismos (Talleres, Exposiciones Orales).

Estudiante:

- Lectura de materiales bibliográficos asignados.
- Análisis de Lecturas Asignadas.
- Análisis de material audiovisual.
- Preparación de material de apoyo.
- Elaboración de trabajos escritos.

3.4 EVALUACIÓN.

- Pruebas escritas.
- Asignaciones escritas asignados individuales y Grupales.
- Interacción en clase (individual).
- Socialización grupal.

3.5 CONTENIDO.

3.5.1 Los Conceptos de Enfermedad y Dolencia y la Diferencia entre ambos.

Antes de comenzar a hablar de reacciones y conductas q desarrolla el individuo ante el proceso salud enfermedad es importante diferenciar dos conceptos q regularmente se utilizan como si fuesen sinónimos cuando realmente no lo son, se trata de los conceptos de enfermedad y dolencia.

La enfermedad se define como un fenómeno objetivo caracterizado por la alteración del funcionamiento del cuerpo como organismo biológico, mientras que la dolencia podemos conceptualizarla como un fenómeno subjetivo por el cual el individuo se da cuenta de que “no se siente bien” y en consecuencia puede tender a modificar su comportamiento normal

En tal sentido se plantea que puede existir enfermedad sin que exista dolencia (por lo tanto no se asume el rol del enfermo) y puede existir Dolencia sin que desde el punto de vista físico-orgánico (es posible que en el plano psicológico-emocional sí) exista una alteración. Un ejemplo de ello lo representa el cáncer, algunos casos de esta enfermedad son asintomáticos en sus primeros estadios (cáncer de cuello uterino, cáncer de mama) por lo tanto aun existiendo la enfermedad el individuo no presenta dolencia y cuando esta se presenta y el individuo asume el rol de enfermo, es posible que ya la enfermedad se encuentra avanzada y es demasiado tarde para lograr resultados favorables a través de un tratamiento oportuno.

Por otra parte es posible que exista dolencia, sin que desde el punto de vista físico-orgánico se detecte una alteración o enfermedad. Ejemplos de ellos son los pacientes denominados Hipocondríacos y los pacientes que más recientemente se les ha diagnosticado el síndrome de Munchausen. En relación a los pacientes hipocondríacos es posible a partir de un miedo exagerado a las enfermedades desarrollan una serie de síntomas o dolencias que los llevan acudir de forma frecuente y repetitiva al medico, siendo a veces tratados a través del efecto de placebo.

El otro caso se trata de un trastorno poco frecuente caracterizado por la demanda continua de tratamiento y hospitalización, por enfermedades agudas sintomáticas pero imaginarias, que conlleva intrínseco la satisfacción o placer de estar en contacto con este ambiente, ya sea por sentirse el centro de atención o de recibir afecto asumiendo el rol del enfermo.

Entre los conceptos de Enfermedad y dolencia pueden enunciarse algunas diferencias socioculturales entre estos dos conceptos a saber:

- La dolencia es experimentada por el paciente, la enfermedad es explorada y diagnosticada por el médico (legitimación oficial). No basta decir que se está enfermo para reconocer socialmente que esto es así y permitirle asumir el rol correspondiente.
- La Dolencia está asociada a síntomas, mientras que la enfermedad está asociada a signos técnicamente medibles (medición del pulso, temperatura, resultados de exámenes de laboratorio) y que diferencian lo normal de lo “anormal” dentro de las ciencias de la salud, a fin de determinar la existencia de una enfermedad como alteración orgánica.
- La Dolencia es un fenómeno subjetivo en tanto es un acontecimiento personal ante el cual cada persona intenta evaluar por sí misma el significado de los síntomas que experimenta, todo ello condicionado por la experiencia y el conocimiento que tenga de dichos síntomas. Por su parte la enfermedad es un fenómeno objetivo, por lo cual estos síntomas buscan ser cuantificados como signos, a través de una serie de técnicas médicas y correlacionadas con los conocimientos formalmente existentes sobre el funcionamiento del organismo humano y de esta forma poder diagnosticar o no la enfermedad.
- Por lo antes señalado la Dolencia es única, es propia de cada individuo, mientras que la enfermedad es repetible, es decir se pueden determinar signos similares en distintos individuos, que conllevan al diagnóstico de la misma enfermedad, aun cuando los síntomas que presentan y el comportamiento asumido ante esto serán diferentes.

- La Dolencia es asociada a “sentirse mal” mientras que la enfermedad es estar realmente mal desde el punto de vista de la alteración física u orgánica.
- La Dolencia o síntomas es lo que el paciente lleva al médico, la enfermedad es lo que el paciente se lleva del médico (diagnostico-legitimación oficial de la enfermedad).

Todo esto es importante desde el punto de vista del análisis sociológico, por cuanto los autores señalan que no es suficiente la existencia de la Dolencia y experiencia de los síntomas para que se permita socialmente asumir el rol de enfermo.

2.5.2.- La Enfermedad como Desviación Social. El Rol del Enfermo.

- **Enfermedad y Desviación Social: La Teoría de Parsons.**

Para hablar de la enfermedad como desviación social debe partirse de la teoría esgrimida por Talcott Parsons en su obra *El Sistema Social* (1951). Para Parsons, la sociedad es considerada como un sistema donde cada uno de los uno de los individuos que la integran desempeñan una serie de roles, definidos como derechos y obligaciones inherentes o un status o posición dentro de un grupo social, que le informa a la persona como debe actuar, que se espera de ella y que puede a su vez esperar de otros individuos. El cumplimiento de estos roles permite el equilibrio o integración del sistema social.

Los factores que conllevan al logro de este equilibrio son considerados factores funcionales, pero los que obstaculizan el logro del mismo son considerados elementos disfuncionales. Por ello si no se puede cumplir con los roles habituales establecidos dentro de la sociedad se considera que ello representa una conducta desviada; definida como aquella que no se ajusta a las normas y expectativas del grupo o la sociedad. Partiendo de estos planteamientos la enfermedad es considerada como un factor o hecho disfuncional por cuanto lleva implícita la incapacidad para desarrollar los roles habituales alterando el

funcionamiento del grupo social y situando al paciente en un status peculiar (status de enfermo) que le obliga a unos comportamientos específicos (rol de enfermo).

Sin embargo se considera que esta situación es un caso especial de desviación por cuanto, aunque se violan las normas de funcionamiento de los grupos sociales donde el individuo se encuentra inserto, la persona enferma es víctima involuntaria de la enfermedad y no tiene la culpa de no realizar lo que habitualmente se espera de ella.

Parsons (1951) señala asimismo que, frente a este rol del enfermo, surge el rol del sanador (médico) y la práctica médica es observada entonces como una forma de control social que va a permitir que esta desviación no se prolongue por mucho tiempo. Es el médico la persona encargada de legitimar oficialmente la enfermedad la cual va a permitirle al individuo asumir el rol de enfermo.

3.5.3 Características del Rol del Enfermo.

Lo antes señalado permite plantear que para poder asumir el rol del enfermo deben existir una serie de situaciones que permitan considerarlo como tal. La primera de estas situaciones es la existencia de la legitimación antes mencionada, no basta decir que se está enfermo para que ello sea socialmente aceptado. Para poder gozar de los derechos y privilegios socialmente aceptados para el individuo que desempeña el rol del enfermo debe existir previamente un reconocimiento o aceptación social de la situación de enfermedad, la cual puede ser no oficial u oficial.

La legitimación no oficial es otorgada por la familia o por los grupos allegados o inmediatos donde se desenvuelve el individuo. Para ello se parte de la observación de ciertos cambios en el comportamiento o conducta de los individuos asociados a posibles situaciones de enfermedad, en base a las concepciones que se tenga sobre los síntomas presentados, ante lo cual pueden verificarse o confirmarse dicha situación y permitirle el rol asumir el rol de enfermo.

Sin embargo esta legitimación no permite desempeñar este rol por un tiempo prolongado por cuanto en otras instancias es exigida la legitimación oficial (por parte de médico) para poder ser aceptado como tal. Por ejemplo, una situación donde un niño le dice a la madre que le duele el estómago en el momento de ir a la escuela, la madre puede considerar que el niño está mintiendo para no ir a clases, obligando al niño a cumplir con su responsabilidad de asistir a clases. Por otra parte es posible que se perciban ciertos síntomas que la madre asocie efectivamente con malestar estomacal e inmediatamente puede darse la legitimación provisional, permitiéndole al niño faltar a las clases por ese día. Si no se busca la legitimación oficial por parte del médico es posible que esta situación sea aceptada por un corto tiempo en la escuela pero posteriormente exigirán esta legitimación a través de un diagnóstico médico por escrito que confirme la situación de enfermedad y asumir formalmente el rol de enfermo.

Otra de las características del rol del enfermo, derivadas de la teoría presentada por Parsons es que el rol del enfermo es un rol social en cuanto tiene ciertos derechos y obligaciones (deberes) así como roles complementarios en la sociedad. Parsons sintetizó estos derechos y deberes en cuatro puntos que encierran en líneas generales dos derechos y dos deberes.

✓ **Derechos:**

Los Derechos asociados al rol del enfermo son:

- Ser excusado en el cumplimiento de sus deberes, responsabilidades y obligaciones cotidianas durante el tiempo que dura la enfermedad.
- Acudir a los demás buscando ayuda y cuidados (incluyendo la asistencia médica), que compense su debilidad, incapacidad y psicológicamente su regresión durante la enfermedad.

✓ **Deberes:**

- La obligación de desear curarse, por cuanto se plantea que el estado normal es encontrarse bien lo que significa que estar

enfermo es indeseable y porque el individuo debe regresar lo antes posible a cumplir con sus roles habituales. Así mismo este debe llevar implícito reducir la posibilidad de que el enfermo pueda llegar a “disfrutar” su estado de enfermedad, es decir, recibir alguna ganancia secundaria de la misma.

- Para lograr lo antes señalado es un deber buscar ayuda profesional y colaborar en el proceso de recuperación.

Así como el rol del enfermo tiene asociado derechos y obligaciones, el rol del sanador (médico) también los tiene y se desarrollan de forma paralela y complementaria a los del enfermo. Según Parsons el médico tiene derecho a aceptar y verificar la enfermedad desde el punto de vista social (legitimación) y a penetrar en la intimidad física del paciente, derecho controlado por la especificidad funcional que establece límites a esta exploración, determinados por el tipo de enfermedad de que se trata por ejemplo; ante un dolor de garganta solicitar al paciente que se desnude completamente.

Por otra parte, los deberes asociados al rol de sanador son la competencia técnica profesional para atender eficazmente al paciente, que su actitud sea igualitaria (trato a todos los enfermos por igual), altruista (que ayude no solo por el afán de lucro) y que sea capaz de mantener una actitud de neutralidad valorativa, es decir que no se implique emocionalmente con el paciente para no comprometer la objetividad. Esto por supuesto influye en la forma de plantearse la relación médico-paciente y entonces surgen las interrogantes ¿es posible que el médico en todo momento mantenga una neutralidad valorativa? ¿Es válido este modelo para todas las enfermedades? ¿La reacción de acudir al médico es automática o mecánica al percibirse los síntomas?

Otra característica que hace del rol del enfermo un rol social es, como se señaló anteriormente, la existencia de una serie de roles complementarios, básicamente desarrollados por las personas que ocupan el status de sanadores o cuidadores asumiendo a su vez los roles respectivos. Estos roles son desarrollados por los profesionales de la salud y los miembros de la familia, encargados de la

legitimación oficial o provisional de la enfermedad que impide que el paciente sea visto en la sociedad como alguien que se finge enfermo para gozar de los beneficios o privilegios o derechos socialmente aceptados durante el desarrollo del rol del enfermo.

Al considerar los planteamientos del Modelo de Parsons, han surgido una serie de críticas al mismo, entre las que pueden destacarse las siguientes:

- Limitado rango de aplicación: puede ser aplicado en el caso de las enfermedades agudas, pero no considera el rol del paciente crónico.
- Papel relevante al médico (medicalización), obviando las concepciones particulares que el enfermo desarrolla en torno a su enfermedad.
- No deja espacio a las diferencias individuales en la forma de vivir la enfermedad: parte de una concepción mecánica, síntomas – búsqueda de ayuda médica.
- Complementariedad de roles en la relación médico – paciente (competencia técnica-neutralidad valorativa).

3.5.4 Aplicación del Rol del Enfermo a Diferentes Tipos de Enfermedades Agudas, Crónicas y Mentales.

Para hablar de la aplicación del rol del enfermo ante las enfermedades agudas, crónicas y mentales debe retomarse la definición de cada una de ellas, presentadas en el Capítulo II. De esta forma puede hablarse de:

Enfermedades Agudas: caracterizadas por una duración relativamente corta de los síntomas que suelen ser intensos. Las enfermedades agudas evolucionan a la recuperación, hasta un estado de salud comparable al que presentaba el paciente antes de la enfermedad pero, si no son atendidas, pueden pasar a una fase crónica a conducir a la muerte. Generalmente son causadas por un solo agente lo cual permite que la atención pueda concentrarse en esta y en las partes del cuerpo afectadas con grandes probabilidades de éxito.

Enfermedades Crónicas: enfermedades de etiología incierta habitualmente multicausales que persisten por un periodo prolongado de tiempo, con frecuencia toda la vida del paciente. Las enfermedades crónicas tienen largos periodos de incubación y largos periodos subclínicos por lo cual muchos de ellos son asintomáticos en los primeros estudios. Pueden proceder de múltiples combinaciones de factores desde afectos colaterales de enfermedades agudas, hasta la degeneración de tejidos, envejecimiento o estilos de vida no saludables.

Enfermedades Mentales: Pueden definirse como alteración en el comportamiento social, donde el individuo se desvía de los modelos normales hasta hacerse intolerable. Las enfermedades mentales pueden tener una base orgánica, atribuirle a alguna disfunción fisiológica identificable como una lesión estructural en el cerebro o una base funcional, donde en las cuales no se encuentra una base orgánica, por ejemplo, la neurosis derivados de conflictos psicosociales o del stress. Las características sociológicas fundamentales de las enfermedades mentales están determinadas en primer lugar por el comportamiento social que se desvía de los modelos establecidos hasta hacerse intolerable, así mismo muchas de los enfermedades mentales son crónicas lo cual afecta considerablemente a la familia aunado al estigma social que ellos representan tanto para el enfermo como para el grupo familiar.

De acuerdo a estas definiciones y observando los planteamientos del modelo de Parsons se considera que el rol del enfermo, por este autor, es temporal, en una sociedad donde se espera la pronta recuperación del mayor porcentaje del paciente por lo tanto este modelo se aplica más a las enfermedades agudas por sus características (duración corta de los síntomas y posibilidad de atacar a un agente específico en un área determinada del cuerpo logrando el éxito y la pronta recuperación de los casos). El rol del enfermo en estos casos es asumido de manera rápida por la intensidad con que se presentan los síntomas, por lo cual según Mumford (1983), se busca la pronta atención del médico y se legitima con mayor prontitud la enfermedad; por ejemplo: un caso de apendicitis aguda o la fractura de una pierna.

Ante las enfermedades agudas puede desarrollarse la complementariedad de los roles de enfermo y sanador en tanto se busca inmediatamente la asistencia profesional, este a su vez legitima la enfermedad, emitiendo un diagnóstico que el paciente debe cumplir para lograr la recuperación de la salud. Asimismo es posible que la asistencia se desarrolle presentándose la neutralidad valorativa por cuanto atender este tipo de patologías no requiere prolongar la relación en el tiempo, el por cuanto el tratamiento se reduce a un breve periodo y con resultado generalmente satisfactorio (competencia técnica) mediante una acción terapéutica específica, una vez emitido el diagnóstico y cumplido el tratamiento es posible que la relación culmine.

Ahora bien, la posibilidad de enfrentar con éxito las enfermedades infecciosas agudas o transmisibles y el aumento de la expectativa o esperanza de vida en la actualidad ha aumentado la incidencia de las enfermedades crónicas, constituyendo las principales causas en muchas sociedades incluyendo la nuestra. Ante las características de las enfermedades crónicas (asintomáticas, multicausales y permanencia en el tiempo), se señala que las mismas no se adaptan completamente al modelo, lo cual exige algunos cambios que permitan una adaptación al rol del enfermo crónico.

3.5.5. Diferencias Socioculturales en el Comportamiento de la Enfermedad.

En líneas generales puede conceptualizarse Comportamiento como la forma de actuar ante un hecho o una situación determinada. Mechanic y Volkart (citados por M.Coe, 1973) definen Comportamiento de Enfermedad como “el modo en que los síntomas se perciben, evalúan y actúan sobre una persona que sufre un dolor, incomodidad o signos de disfunción orgánica” (p.128).

El comportamiento ante la enfermedad está determinado por una serie de factores socioculturales, psicológicos y económicos, cuya acción se traduce en la decisión de aceptar o no la enfermedad y aceptar o no buscar la asistencia médica para seguir un tratamiento que permita la recuperación de la salud. De manera tal que dos personas con los mismos síntomas, verificados clínicamente, pueden

comportarse de manera distinta, uno puede decidir buscar asistencia profesional inmediata mientras que la otra puede ignorar los síntomas, retardando la búsqueda de dicha asistencia.

Los factores que pueden incidir en la variación de la respuesta o la enfermedad (conducta o comportamiento de enfermedad) son los siguientes:

- **Factores Socio Culturales.**

- ✓ **Tipo de enfermedad:**

La manera como es vista la enfermedad en la sociedad donde el individuo se encuentra inserto puede influir en que el mismo acepte de manera expedita la existencia de la misma y busque o no asistencia profesional de forma oportuna. En nuestra sociedad no es lo mismo manifestar la existencia de unos síntomas asociados a la gripe a expresar abiertamente la existencia de un diagnóstico de VIH-SIDA, por cuanto esta última, al igual que otras infecciones de transmisión sexual, aun lleva implícita la connotación de promiscuidad sexual como forma de transmisión o contagio. Lo mismo ocurre con las enfermedades mentales, las cuales tienden a mantenerse ocultas, por el estigma que aún representa tanto para la persona enferma como para su familia. Esta estigmatización también pudo observarse durante la reciente pandemia de COVID-19.

- ✓ **Presiones de grupo:**

Los grupos inmediatos donde el individuo se desenvuelve (familia, compañeros de trabajo) pueden ejercer presiones positivas o negativas en este para que acepte o no la enfermedad y busque la asistencia medica de manera inmediata o retarde esta acción. Así, de manera positiva, pueden insistir a que asista al médico al percibirse ciertos cambios en el comportamiento habitual del individuo asociados a la existencia de enfermedad, asumiendo que esta es la conducta que se espera de la persona

enferma. Por otra parte las presiones pueden retrasar la búsqueda y negar la enfermedad en tanto el individuo intenta cumplir sus roles de manera normal para no afectar al grupo (sobre todo a la familia) o por considerar que el incumplimiento de estos creara desajustes (tanto en la familia como el trabajo).

✓ **Creencia ante la invalidez, desfiguración y muerte:**

En una sociedad donde se le rinde culto a la belleza y la persona con discapacidad es devaluada socialmente, esta percepción influye igualmente en la negación de un diagnóstico cuyas posibles consecuencias sean la discapacidad o la desfiguración por ejemplo una cirugía de la columna vertebral cuyo resultado pueda ser la discapacidad o una cirugía para extirpar un tumor cerebral cuya posible consecuencia sea la desfiguración del rostro.

Asimismo el temor a la muerte o a un diagnóstico de una enfermedad terminal puede originar que el individuo se decida a acudir de manera inmediata al médico o no. Un ejemplo de ello es el temor al cáncer y ante la presencia de síntomas desconocidos o asociados a esta enfermedad (ejemplo: un nódulo mamario) es posible que el individuo elabore conjeturas sobre si ir o no al médico por miedo a que le diagnostiquen esta enfermedad.

✓ **Prohibiciones culturales o religiosas:**

Un ejemplo de ello es la decisión generada por las creencias religiosas de los testigos de Jehová, de no permitir transfusiones de sangre, o por ejemplo dentro de la cultura de los países de religión Musulmana donde se prescribía que ningún hombre que no fuera su esposo podía tocar a una mujer perteneciente a esta cultura, aun siendo un médico.

✓ **Creencias respecto a la práctica médica:**

Existen personas que, por sus creencias y costumbres, prefieren tratarse con un curandero que con un médico. También pueden darse situaciones de una mala experiencia en la relación médico – paciente, una concepción negativa de la atención en el sistema sanitario de su sociedad o que sencillamente no se cree en los médicos, convirtiéndose éstas en afirmaciones que se tienen como válidas para rechazar la búsqueda de tratamiento médico.

• **Factores Psicológicos.**

✓ **Miedo o ansiedad:**

Lo cual puede estar asociado al poco conocimiento de los síntomas y sus posibles consecuencias. Se relaciona con las creencias culturales de la invalidez, desfiguración o muerte ya planteadas anteriormente.

✓ **Ganancia secundaria:**

Determinada por la posibilidad de obtener ventajas o beneficios particulares de la enfermedad. Se define como el provecho personal que el paciente encuentra en la situación enfermedad. Este beneficio puede ser descanso de roles arduos (ejemplo: los denominados popularmente reposeros), mantener la dependencia de otros y obtener la atención de los demás (ejemplo: Síndrome de Munchausen).

- **Factores Económicos.**

- ✓ **Costo asistencial:**

Considerar los costos de la asistencia médica (incluido valor de la consulta médica – exámenes médicos y costo de los medicamentos) puede ser otro de los factores que origine el retraso en la búsqueda de la misma.

- ✓ **Ausencia laboral:**

Sobre todo si supone pérdidas. Por ejemplo, un trabajador independiente, como un taxista, cuyo ingreso es el único en la familia, dejar de trabajar al asumirse como enfermo representa la pérdida de ese ingreso que permite la satisfacción de las necesidades básicas (como la alimentación) de él y su familia. Asimismo si en el lugar donde trabaja no se respeta su derecho a ausentarse en caso de enfermedad y puede ser despedido ante una ausencia prolongada.

3.5.6 Etapas del Comportamiento de Enfermedad.

Ya se ha observado como los factores de tipo social, cultural, económico y psicológico juegan un importante papel en la aceptación de la enfermedad y en la toma de decisión respecto a buscar asistencia médica. Esto puede asimismo influir en la evolución de este comportamiento. Considerando cada episodio de la dolencia como fases puede observarse mejor la influencia de los factores socioculturales y psicológicos en los modelos de comportamiento.

De tal manera que pueden distinguirse las etapas del comportamiento ante la enfermedad, siguiendo los planteamientos de Barker, Lederer y Suchman (Citados por M.Coe, 1973).

- **Según Barker.**

El comportamiento ante la enfermedad, según Barker (citado por M. Coe, 1973, pp. 131 y 132) tiene dos etapas el enfermarse y la convalecencia:

- ✓ **Enfermarse:** la persona experimenta una visión reducida de su mundo, su atención está enfocada hacia su condición física o corporal. Su preocupación lo hace buscar la asistencia médica. Son exigentes y egocéntricos cuando solicitan atención la quieren de inmediato lo cual con el aumento de la dependencia hacia quienes lo cuidan colocan al individuo en una especie de status infantil (regresión).
- ✓ **Convalecencia:** Es un periodo de prueba donde el individuo inicia su recuperación, se renueva su interés por el mundo exterior. Suele intentar la recuperación prematura de sus actividades cotidianas y aparecen señales de mal humor frustración y rebelión contra los consejos del profesional de la salud y su familia. Finalmente se logra recuperación total reiniciando el cumplimiento de sus roles habituales.

- **Según Lederer**

Este autor realizó su análisis centrado en las reacciones psicológicas ante la enfermedad. Según Lederer (citado por M. Coe, 1973, p. 132) las etapas del comportamiento de enfermedad son: ponerse enfermo, enfermedad aceptada y convalecencia.

- ✓ **Ponerse enfermo:** caracterizada por la presencia de desagrado ante las sensaciones dolorosas y la ansiedad que ésta le produce, seguido de un comportamiento agresivo o pasivo, el trauma producto del inicio del tratamiento y posteriores estímulos de ansiedad por pruebas médicas u hospitalización, además de todas las reacciones descritas por Barker en su periodo de enfermarse.
- ✓ **Enfermedad aceptada:** reducción del interés, egocentrismo, dependencia emocional, regresión.

- ✓ **Convalecencia:** comienza cuando se culmina el tratamiento o se detiene el problema físico caracterizado por el restablecimiento de su independencia, reincorporación a sus actividades normales y recuperación de la madurez emocional.

Es importante destacar que estos modelos, al igual que el del Rol del Enfermo de Parsons se adapta mejor a las enfermedades agudas por cuanto se parte del principio de enfermarse- ponerse enfermo (suponiendo la presencia de los síntomas) y luego lograr la recuperación para volver a los roles cotidianos y habituales lo cual no es necesariamente así en las enfermedades crónicas o mentales. En el caso de las enfermedades crónicas, por ejemplo, la persona puede enfermar y no percibir síntomas por lo cual en la primera etapa de la enfermedad es posible que el individuo no presente los rasgos señalados por estos autores.

- **Según Suchman.**

Otro autor que habla de las etapas del comportamiento ante la enfermedad es Suchman (citado por M. Coe, 1973, pp. 132 y 133), quien lo hace de una manera más específica, agregando en su modelo más etapas que describe en el término de los factores sociales, culturales y psicológicos, reflejados en las respuestas dadas ante cada fase. Se resalta igualmente que en este modelo, se parte de la noción de experiencia de síntomas sin considerar que estos se presentan simultáneamente con la presencia de la enfermedad y se considera el rol del paciente crónico como una de los posibles desenlaces o resultados finales de este proceso.

Suchman habla de 5 fases denominadas Aparición de los síntomas, Aceptación del Rol de Enfermo, Contacto con la Asistencia Médica, Rol de Paciente Dependiente y Recuperación y Rehabilitación.

- ✓ **Experiencia de los síntomas:** “algo no está bien” (presencia de la incomodidad).

Respuesta:

- Negación o evasión.
 - Retraso en espera del desarrollo del síntoma. (Automedicación – folkmedicina).
 - Aceptación.
- ✓ **Aceptación del rol de enfermo:** Se abandonan los roles normales y se adopta el rol de enfermo.

Respuesta:

- Legitimación provisional y aceptación social
 - Continuar automedicación.
- ✓ **Contacto con la Asistencia Médica:** explicación a sus síntomas (búsqueda de consejo médico), legitimación oficial del rol de enfermo.

Respuestas:

- No legitimación de la enfermedad.
 - Confirmación – legitimación oficial – aceptación de la explicación.
 - Rechazo al juicio médico.
 - Compra de diagnóstico (hasta escuchar lo que se desea)
- ✓ **Rol de Paciente – Dependiente:** aceptación de tratamiento profesional, dándose inicio al mismo.

Respuestas:

- Se practica el tratamiento para la enfermedad.
 - Ganancia secundaria.
- ✓ **Recuperación y rehabilitación:** abandono del rol del enfermo.

Respuestas:

- Reanudación de roles habituales.

- Ganancia secundaria (negación).
- Rol de paciente crónico.
- Muerte.

3.5.7. Comportamiento de Salud e influencia de los comportamientos socioculturales en las actividades de Promoción, Curación y Rehabilitación de la Salud.

Es importante que un profesional de la Salud, no sólo tenga conocimiento del Comportamiento de Enfermedad, sino también del Comportamiento de Salud, el cual puede definirse como las Acciones desarrolladas por una persona, grupo o comunidad para promover o mantener su salud y para prevenir enfermedades. Los Comportamientos de Salud o Saludables más promocionados son los hábitos higiénicos, la alimentación balanceada, la realización de ejercicios físicos y el chequeo médico periódico.

Ahora bien, lo que se busca fundamentalmente es lograr la promoción y prevención de enfermedades, resaltando la importancia de la existencia de comportamientos de salud o conductas saludables para lo cual la herramienta fundamental es la Educación para la salud, en pro de lograr un cambio planificado en salud.

Para ello es necesario considerar todos los factores que pueden influir en el comportamiento ante la enfermedad con la cual se trabaja, por cuanto pueden interferir de manera positiva o negativa en este proceso. Es necesario entonces explorar sobre la concepción que la comunidad tiene sobre la salud, la enfermedad y la práctica médica para que luego, a través de un proceso educativo desarrollado conjuntamente con la población, se pueda vislumbrar un cambio a través de la enseñanza y aprendizaje de nuevos hábitos y conductas que deben ser adoptadas ante los factores de riesgo existentes en su medio ambiente o entorno.

Todo esto es importante por cuanto los profesionales de la salud están llamados a convertirse en agentes de cambio planificado en salud, por lo menos en una primera etapa del mismo. En este sentido, su acción debe centrarse en

proporcionar nuevas informaciones, promover la adquisición de nuevos comportamientos de salud y con ellos la redefinición de los comportamientos ante la enfermedad (valores, actitudes).

No obstante este proceso no debe manejarse como una forma de manipulación del individuo, grupo o comunidad por cuanto el objetivo final es que estos se conviertan igualmente en agentes de cambio ante sus necesidades de salud, tanto individuales como colectivas, destacándose en todo momento la salud como un derecho y un deber social.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

- 1.- Realizar un Mapa Conceptual donde se destaquen los siguientes puntos:
 - Definición y ejemplos de Dolencia y Enfermedad.
 - Diferencias entre Dolencia y Enfermedad.

- 2.- Ver el Documental “Mommy Dead and Dearest” (Madre muerta y querida) <https://www.youtube.com/watch?v=8uSrYCz77TY>. Realizar un análisis de dicho documental partiendo de la Ganancia Secundaria como factor que influye en la Respuesta o Comportamiento de Enfermedad.

- 3.- Realice un informe donde, partiendo de los planteamientos de Suchman, se señale las etapas y posibles respuestas de enfermedad, ante la existencia de la siguiente enfermedad _____

- 4.- Diseñe una Infografía sobre los Comportamientos de Salud o Conductas Saludables más promocionadas en nuestra Sociedad.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

Galán, A.; Blanco, A. y Pérez, M. (2000). *Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar*.
https://www.um.es/analesps/v16/v16_2/05-16_2.pdf

Llor Esteban, B.; Nieto, J.; Abad, M. y García, M. (1995). *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud*. Editorial McGraw-Hill.

MCoe, R (1973). *Sociología Médica*. Alianza Editorial.

Munford, E. (1983). *Medical Sociology: Patients, Providers and Policies*. Nueva York: Random House.

Parsons, T. (1999). *El Sistema Social*. Alianza Editorial.

CAPÍTULO IV
ENFOQUE ANTROPOLOGICO DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD:
LA ETNOMEDICINA

CAPÍTULO IV

ENFOQUE ANTROPOLÓGICO DEL PROCESO SALUD – ENFERMEDAD: LA ETNOMEDICINA

4.1 OBJETIVO TERMINAL.

Explicar el enfoque Antropológico de la Etnomedicina y su relación con los enfoques modernos de salud.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Definir los conceptos básicos de la cultura.
- Describir el concepto de Etnomedicina.
- Caracterizar los diversos sistemas etnomédicos y sus sistemas de explicación.
- Diferenciar los diferentes sanadores de la Etnomedicina.
- Explicar la función social que cumple la Etnomedicina, en los sistemas modernos de salud.
- Señalar la posición de la OMS en relación a la Etnomedicina.
- Caracterizar el sistema etnomédico existente en Venezuela, destacando la influencia que estos puedan tener en las actividades de salud preventiva, curativa y de rehabilitación realizada por el sistema de medicina moderna del país.

4.3 ESTRATEGIAS.

- **Docente:**
 - Exposición Oral.
 - Organización de equipos de Trabajo.
 - Asignación de Lecturas.
 - Asignaciones Escritas Individuales y Grupales (Informes, Mapas Conceptuales, Infografías, Plenarias, Sociodramas).
 - Organizar y facilitar el trabajo en grupos y la interacción de los mismos.

- **Estudiante:**
 - Lectura de materiales bibliográficos asignados.
 - Análisis de Lecturas Asignadas.
 - Preparación de material de apoyo.
 - Elaboración de trabajos escritos.
 - Socialización de grupos.
 - Presentación de Sociodramas.

4.4 EVALUACIÓN.

- Pruebas escritas.
- Asignaciones escritas individuales y Grupales.
- Interacción en clase (individual).
- Interacción grupal.

4.5. CONTENIDO.

4.5.1.- Conceptos básicos.

- **La Cultura y sus características.**

En el primer capítulo se definió la cultura como los patrones de pensamiento, sentimientos y conducta de los seres humanos que se transfieren de una generación a otra, entre los miembros de una sociedad. De esta forma puede afirmarse que la cultura abarca la totalidad de técnicas, herramientas, instituciones, actitudes, creencias, metas y valores que tiene el hombre.

Entre las características generales de la Cultura pueden destacarse las siguientes:

- ✓ **Aprendida:** no se hereda genéticamente, sino que tiene su fuente en la propia realidad de los seres humanos, es un producto social.
- ✓ **Compartida:** los grupos humanos que viven cerca, tienden a compartir la misma cultura, perteneciendo así a la misma zona cultural.
- ✓ **Acumulativa:** pasa de una generación a otra. Cada generación recibe un acervo cultural que va incrementando y se la entrega a otra generación ya incrementada, es decir, cada generación contribuye con algo.
- ✓ **Transmisible:** a través del lenguaje (verbal y no verbal).
- ✓ **Social:** es un producto de la actividad de los seres humanos.
- ✓ **Satisfactoria:** permite cubrir las necesidades de los individuos
- ✓ **Adaptativa:** permite la adaptación del hombre a distintos medios naturales y sociales. Definen el papel que un individuo desempeña en la Sociedad.
- ✓ **Dinámica:** está en constante cambio de acuerdo a las necesidades del grupo. En este aspecto los medios de comunicación juegan un importante papel, ya que permiten el contacto con personas de otras culturas, trayendo como consecuencia el inevitable intercambio de ideas, conocimientos, invenciones, técnicas y productos.
- ✓ **Es un conjunto integral:** sus elementos están relacionados entre sí. No hay rasgos verdaderamente independientes y, al cambiar un elemento, se cambian varios, comenzando una reacción escalonada

- ✓ Es Universal y Única: es universal porque existe en cualquier lugar donde exista un grupo humano y es única porque cada uno de esos grupos humanos o sociedades tiene una cultura distinta a las demás.
- **Normas, valores, creencias, símbolos. Aculturación, subcultura, etnocentrismo, relativismo cultural y cultura material.**
 - ✓ **Normas:** son las pautas de acción, sentimientos y pensamiento existentes dentro de una sociedad. De una forma más amplia puede señalarse que son las expectativas generales, de carácter obligatorio, para todos los que desempeñan un papel en un sistema o subsistema social. En este sentido, para que una sociedad y sus subsistemas se mantengan, deben tener una estructura de normas que regularicen el comportamiento de sus miembros y que la mayoría de éstos la aprueben.
 - ✓ **Valores:** son juicios que manifiestan deseos aceptados por personas, grupos o instituciones, formados y demostrados por el consenso de los competentes. Dicho de otra forma, los valores dan cuenta de lo aceptado como correcto y lo deseable dentro de un grupo social, comunidad o sociedad. Los valores no son los mismos en las distintas sociedades y culturas, ni para los distintos estratos de una misma cultura.
 - ✓ **Creencias:** conjunto de proposiciones o hechos que son aceptados como verdaderos, por una sociedad determinada. Las creencias pueden abarcar desde una opinión común, aceptada como verdadera, hasta las creencias religiosas que se fundan en un testimonio sobrenatural (Ander Egg, 2011, p.68).
 - ✓ **Símbolo:** representación física de una idea, creencia o sentimiento. Dicho, de manera más amplia, se trata de la representación de una cosa por medio de otra, por alguna semejanza o correspondencia o simplemente por atribución convencional (Ander Egg, 2011, p. 240).

Los símbolos pueden ser religiosos o espirituales, o pueden representar la ideología o filosofía del idioma, los valores y las tradiciones de una cultura.

- ✓ **Aculturación:** se puede definir como un proceso social en el que entran en contacto dos o más culturas diferentes, trayendo como resultado la producción de nuevas modalidades culturales de diversas índoles, las cuales alteran o modifican las ya existentes. Los contactos aculturativos pueden llevarse a cabo de forma pacífica o violenta, variando de acuerdo al medio social e histórico en el que se lleven a cabo (Lara y Mateos, 1999, p.110).

Como resultado del proceso de aculturación, dos culturas pueden terminar fundiéndose en una sola, o bien una de ellas quedar subordinada a la otra, en forma de subcultura de la segunda, hasta el punto de que la más débil llegue a extinguirse. También es posible que ambas culturas continúen existiendo como tales, tras un período de adaptación a las nuevas instituciones y relaciones adquiridas. (Salazar, s.f, p.4).

- ✓ **Subcultura:** pautas culturales que son compartidas por un pequeño grupo o sector de la cultura que contiene elementos distintos a los de la cultura dominante pero no necesariamente opuestos a ella. Según Lara y Mateos (1999), “la cultura total comprende la suma de sus subculturas, aparte de ciertos elementos adicionales que son el resultado de sus interacciones” (p. 85).
- ✓ **Etnocentrismo:** valoración de pautas de otras culturas, en función de la cultura propia. Dicho de otra manera, es la “tendencia a considerar la cultura propia como el criterio exclusivo para interpretar los comportamientos de otros grupos o sociedades” (Salazar. S.f, p.4).
- ✓ **Relativismo Cultural:** valoración de las pautas de otras culturas, en función de esa cultura. Se parte del principio que afirma que un rasgo cultural sólo es entendido en función del universo referencial de la

cultura a la que se pertenece, en base a lo cual se cuestiona la posibilidad de hacer comparaciones entre culturas (Salazar, s.f, p.5).

- ✓ **Cultura material:** hace referencia a los objetos físicos tangibles que conforman la cultura de una sociedad como viviendas, vestido o instrumentos de trabajo. De esta forma, puede decirse, que los objetos identifican sociedades y comunidades, transmiten mensajes sobre las formas de vida, sobre las maneras del ser y sobre las culturas.

4.5.2.- Concepto de Etnomedicina.

- **La Etnomedicina.**

La Etnomedicina, es una parte de la Antropología Médica que estudia la medicina tradicional o popular de un determinado grupo cultural. De una manera más amplia puede afirmarse que es el conocimiento cultural de una sociedad sobre el manejo de la salud y los tratamientos para enfermedades. Esto incluye el proceso culturalmente apropiado para buscar atención médica y los signos y síntomas culturalmente definidos de la enfermedad que plantean un problema de salud. Las prácticas terapéuticas de la Etnomedicina se rigen por teorías sobrenaturales y empíricas sobre las causas de la enfermedad.

- **Referencia Histórica: Medicina China y Ayurvédica (India)**

Como ya fue observado en el primer capítulo, durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la salud y la enfermedad eran conceptos ligados al mundo sobrenatural. De esta manera, la etiología de las enfermedades, sus tratamientos y los encargados de aplicarlos están estrechamente ligados al mundo espiritual.

Es así como puede establecerse que las sociedades humanas más primitivas empezaron a tener en brujos y sacerdotes los primeros encargados de curar, aplicándose así una medicina empírica basada en experiencias personales o experiencias de generaciones pasadas que permitieron la construcción de una

importante masa de conocimientos (De Jaime Lorén, 2010, p. 2). Paulatinamente el fenómeno espiritual fue dando paso a la reflexión, a la crítica y al análisis pero siempre, por razones socioeconómicas y culturales, han seguido existiendo muchas prácticas propias del empirismo médico, que han pasado de generación en generación y que aún pueden ser observadas en la actualidad. Entre esas prácticas milenarias se destacan la Medicina China y la Medicina Ayurvédica (India).

✓ **Medicina China.**

La Medicina Tradicional China tiene 3.000 años de historia. Esta técnica ancestral es una medicina holística, ya que entiende que no existen enfermedades, sino enfermos, tiene en consideración no sólo lo que sucede en el órgano, sino también lo que sucede en todo el organismo, la manera de manifestarse, como responde a las influencias externas y a los estímulos del entorno (Reyes, 2008, p. 1).

Los pilares básicos de la Medicina China son la Teoría del Yin y el Yang y la Teoría de los Cinco Elementos. Los principios y las premisas de la medicina china se extraen directamente de la filosofía tradicional taoísta y su manera de entender la medicina y el cuerpo humano. De esta forma se afirma que el Tao es el origen del Universo, que se sostiene en un equilibrio inestable fruto de las dos fuerzas primordiales: el Yin (la tierra, el frío, lo femenino) y el Yang (el cielo, el calor, lo masculino), capaces de modificar a los cinco elementos de que está hecho el universo: agua, tierra, fuego, madera y metal.

Esta concepción cosmológica determina un modelo de enfermedad basado en la ruptura del equilibrio, y del tratamiento de la misma en una recuperación de ese equilibrio fundamental. Es por esto que dicho tratamiento, más que destinado a la curación de un síntoma concreto, se enfoca al restablecimiento del equilibrio corporal, enfatizando la necesidad de llevar una vida sana, la nutrición, la relajación, y los ejercicios respiratorios (Reyes, 2008, p. 1).

En el curso de los siglos, fueron escritos numerosos textos acerca de la Medicina Tradicional China, sin embargo fueron necesarios no menos de tres siglos para que fuese realizado el famoso *Huang Di Nei Jing* (Canon de la

Medicina), el cual se ha mantenido hasta la actualidad como el texto fundamental de la Medicina China (Salazar, s.f, p. 10).

Para realizar el Diagnóstico se lleva a cabo un exhaustivo interrogatorio donde se indaga acerca del sueño, la alimentación y las sensaciones. También se considera el aspecto psíquico, ya que se considera que los diferentes órganos se relacionan con emociones concretas (Por ejemplo la Ira la relacionan con el Hígado y la Vesícula Biliar; la Alegría con el corazón y el intestino delgado, la Tristeza con los pulmones y el intestino grueso y el Miedo con el riñón y la vejiga). Otros elementos importantes de diagnóstico es la toma de pulsos, examinar los ojos, la lengua, la textura de la piel, el aspecto de las uñas y el estado de la circulación sanguínea.

Los tratamientos de la Medicina China comprenden diversas terapias, donde pueden resaltarse las siguientes:

- **La Acupuntura:** consiste básicamente en introducir en la piel cierto número de agujas finas a diferentes temperaturas y distinta longitud, con la finalidad de penetrar en los canales por donde circula la energía vital. Esta punción debe servir para regular y desobstruir el flujo energético, eliminando también con ello las malas secreciones. Cada uno de los puntos donde se coloca las agujas está relacionado con un órgano en concreto y tiene su equivalente microcósmico.
- **El estado del pulso:** este método parte de la comparación del cuerpo con un instrumento musical, en el cual las arterias deben vibrar con perfecta armonía, en los casos de buena salud, pero que sus sonidos son discordantes cuando existen enfermedades. El examen del pulso es relevante para llevar a cabo el diagnóstico en la Medicina China y de sus características dependían la evolución de las dolencias, llegándose a describir hasta 200 tipos de pulsación y estando cada una de ellas relacionadas con una parte del cuerpo. Este método era complementado con la observación y conocimiento del color del rostro y de la lengua, en la que se

describían muchos matices y se relacionaban igualmente en los tonos del pulso.

- **Los Masajes:** se practican de diversas formas como amasamiento, golpes y fricción. Los masajes eran muy utilizados en las enfermedades de los niños pequeños que no podían ser pinchados con agujas y en todos los casos en los que se precisaba activar el organismo o conseguir aumentar la flexibilidad de los miembros.
- **Los ejercicios físicos, la danza y los deportes:** actividades muy apreciadas en la Medicina China como forma de conservar y mejorar la salud. Sus prácticas abarcaban movimientos respiratorios que permitieran aspirar mejor la energía vital.
- **Moxibustión:** consiste en aplicar calor en los puntos de Acupuntura, utilizando bastoncitos de artemisa. Se plantea que esta técnica permite incidir sobre las energías corporales de manera más rápida y el fundamento de su acción es, como en los demás casos, producir un aumento de energía por el calor, dispersando los malos humores.

✓ **Medicina Ayurvédica (India)**

El Ayurveda es otra práctica milenaria de curación y prevención de enfermedades. Es la base de la medicina tradicional de la India, lugar donde nació hace más de cinco mil años y aun en la actualidad se practica en numerosos países de todo el mundo. Ayurveda, es una palabra del sánscrito cuyo significado sería Ciencia o Sabiduría de la Vida.

Según Raj (2017), la Medicina Ayurvédica era originalmente una tradición oral, enseñada y pasada directamente del maestro al aprendiz, que aprendía y trabajaba a su lado. La codificación escrita más antigua de los principios ayurvédicos se encuentra en el Rig Veda, el texto del saber más antiguo de la India. Sus fundamentos se exponen en varios tratados importantes, incluyendo los textos de Charaka, Sushruta y Vagbhata, los grandes escritores clásicos de la Medicina Ayurveda. También hay numerosas otras obras más pequeñas, escritas

posteriormente para explicar las diversas ramas de Ayurveda, que incluyen disciplinas como: Medicina general, Pediatría, Cirugía, Toxicología, Fertilidad y Rejuvenecimiento. Todas ellas explicadas a partir de principios básicos que se pueden aplicar prácticamente en cualquier momento y fase de la vida.

En líneas generales se plantea que el objetivo de la Medicina Ayurvédica es la salud física, afectiva, mental y espiritual del ser humano. Para ello, se propone no separar al hombre de su entorno natural, ya que el estado de salud depende, en buena medida, de la habilidad para vivir en armonía con el universo exterior. Asimismo, también depende del acuerdo del ser humano consigo mismo, a través de sus emociones, sentimientos e ideas (Salazar, s.f, p. 7).

Sus bases filosóficas se rigen por la Teoría de los cinco elementos (éter, aire, fuego, agua y tierra), de la Tridosha (Vata, Pitta y Kapha) o de los tres tipos corporales, los siete dhatus o tejidos, los tres malas o productos de excreción, y la Trinidad de la vida conformada por cuerpo, mente y espíritu (Velásquez, 2015, p. 19).

Las tres doshas están presentes, en diferente gradación, en cada célula, tejido u órgano, pero casi siempre predomina una de ellas. Siguiendo los planteamientos de Raj (2017), las principales características de las doshas son las siguientes:

- **Vata:** Compuesto de aire y espacio. Vata es seco, ligero, frío, áspero, sutil/penetrante, móvil y claro. Como tal, regula el principio del movimiento. Cualquier movimiento corporal: masticar, tragar, impulsos nerviosos, respiración, movimientos musculares, pensamiento, peristaltismo, movimientos intestinales, micción, menstruación, etc. requiere un Vata equilibrado. Cuando Vata está en desequilibrio, cualquiera de estos movimientos puede quedar perjudicado.
- **Pitta:** produce las cualidades del fuego y del agua. Es agudo, penetrante, caliente, ligero, fluido, móvil y aceitoso. El dominio principal de Pitta es el de la transformación. Del mismo modo que el fuego transforma cualquier cosa que toca, Pitta está en juego cada vez que el cuerpo convierte o procesa algo. Así, Pitta supervisa: la digestión, el metabolismo, el

mantenimiento de la temperatura, la percepción sensorial y la comprensión. Pitta desequilibrado puede comportar la irritación y la inflamación en estas áreas en particular.

- **Kapha:** compuesto de tierra y agua, es pesado, frío, opaco, aceitoso, liso, denso, suave, estático, fluido, gaseoso, denso y grueso. Kapha gobierna la estabilidad y la estructura, forma la sustancia del cuerpo humano, la del esqueleto y la de las moléculas grasas (lípidos) de varios órganos que apoyan el cuerpo. Un exceso de kapha conduce a una sobreabundancia de densidad, pesadez y aumento de peso.

En relación a la realización del Diagnóstico puede plantearse que, según Velásquez (2015, pp. 26-30), en general, el diagnóstico Ayurvédico no es invasivo. Antes de prescribir la estrategia de curación para un individuo, el terapeuta o médico Ayurvédico debe establecer cuál es la naturaleza exacta de las reservas curativas de la persona, de lo que aún está bien y de las afecciones que sufre. Para ello realiza 8 métodos o exámenes: pulso, lengua, piel, ojos, voz, orina, heces y otros rasgos generales (akriti).

Además, para complementar el diagnóstico, se hace uso de otros métodos como la entrevista, el percibir el entorno familiar, laboral y medio ambiental, los cuales son rasgos que el terapeuta debe tomar en cuenta. El diagnóstico completo también podrá incluir la auscultación, esto es, escuchar los sonidos del cuerpo: el latido del corazón, los sonidos de la respiración, sistema digestivo, los sonidos de los huesos, etc. El estado de salud del cabello, la relación del individuo con los alimentos, el deseo de sanarse y o su ausencia, su memoria, el estado de sus sentidos, la inteligencia, emociones, apetito y sed, son estados que el terapeuta debe también considerar antes de diseñar la estrategia de salud.

Una vez establecido el diagnóstico se indica un tratamiento individualizado. La Terapéutica consta de dos fases, en primer lugar se limpia el organismo y después se regulan las funciones deficientes o perturbadas. La Ayurveda ofrece una serie de maneras para equilibrar los doshas y encontrar el bienestar. La clave está en encontrar el equilibrio con un enfoque integral: dirigir

la mente, el cuerpo y el espíritu. De acuerdo a los planteamientos de Raj (2017), los remedios ayurvédicos se basan en:

- Modificaciones en la dieta: para la Ayurveda, la comida es medicina. Cada comida es una oportunidad de reconstruirse
- Ajustes de estilo de vida y actividad.
- Ejercicios físicos adaptados a cada constitución
- Suplementos de hierbas
- Yoga, Pranayama (técnicas de respiración) y meditación
- Marma (Puntos de presión energéticos)
- Los procesos de limpieza, tales como Panchakarma.

Es importante señalar que la Medicina Ayurveda ha sido reconocida y respaldada por la O.M.S.), concediéndosele el rótulo de "Medicina Complementaria", debido a su eficaz estructuración y valor para complementar con los abordajes occidentales. Este Organismo, reconoce a Ayurveda como el primer Sistema Médico en describir de manera completa a varias enfermedades y a partir de entonces fue reconocida como Medicina Complementaria por la Organización Europea de Medicinas Complementarias y por el Centro de Medicinas Alternativas y Complementarias (NCCAM) de EEUU (Velásquez, 2015, p. 7).

4.5.3.- Clasificación de la Etnomedicina.

- **Medicina Tradicional.**

La Medicina Tradicional es el conjunto de conocimientos y prácticas generados en el seno de una comunidad transmitido generacionalmente y que basada en un saber fundamentalmente empírico ofrece soluciones a las distintas manifestaciones de la enfermedad buscando propiciar la salud de la comunidad. La Organización Mundial de la Salud la define como “la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas

para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales” (OMS, 2013, p. 15)

En la medicina tradicional, la forma más utilizada son los tratamientos con plantas medicinales, permaneciendo en el tiempo gracias a la transmisión oral. Por lo cual puede afirmarse que esta tradición forma parte del acervo cultural de las diferentes sociedades y su permanencia en el tiempo permite comprender tradiciones que del pasado han llegado hasta el presente.

De esta forma se establece que la Medicina Tradicional ha estado presente en la historia de la humanidad. Según Lara y Mateos (1999, p. 182), en algunas épocas y en diferentes países, se llegó a pretender aniquilarla por considerarse maligna, mágica o hechiceril, pero a la vez se ha reconocido el valor terapéutico de la herbolaria en ella empleada, sobre todo cuando también se emplea como materia prima de la industria farmacéutica, aceptándose también así el marco cultural que la sustenta, en el cual se desarrolla hasta la actualidad.

- **Medicina Primitiva.**

La Medicina primitiva es aquella considerada no científica, cuya característica fundamental es la aceptación de explicaciones y prácticas tradicionales que hacen referencia a lo sobrenatural o incluyen el empleo de magia o hechicería. En este tipo de práctica la enfermedad se define como manifestaciones de poderes sobrenaturales, es decir la base etiológica es de naturaleza mágico religiosa fundamentada en la primacía de las enfermedades del alma. Las enfermedades corporales son consideradas como síntomas de las enfermedades del alma, de ahí que cuando se hace el tratamiento el curandero se ocupa primero del alma y luego del cuerpo.

En la Medicina Primitiva la enfermedad puede presentarse por las siguientes causas:

- ✓ **Perdida del alma:** Se cree que la separación del alma y cuerpo, bien sea por accidente o de modo intencionado, puede causar la enfermedad y la muerte. Para traer con éxito el alma al cuerpo es necesario obligar

a la primera a regresar y esto solo puede hacerse a través de rituales de magia de acuerdo con las creencias culturales del grupo.

- ✓ **Intrusión de un espíritu:** expresado en formas de comportamiento tales como gesticulación excesiva, movimientos corporales frenéticos, alucinaciones y sensación general de encontrarse enfermo. El tratamiento consiste en lograr que el espíritu se vaya, para lo cual hay que determinar porque entró y así determinar si es culpa de la víctima o no, adecuando el rito de acuerdo a la situación.
- ✓ **Intrusión de un objeto enfermedad:** El espíritu maligno toma la forma de un objeto (una roca, un pedazo de madera, una pluma u otro elemento), ocasionado por la intervención de un hechicero. El tratamiento consistía en una contra brujería a la sección simbólica del objeto.
- ✓ **Ruptura de un Tabú:** La enfermedad por la violación de una norma establecida en la sociedad. El tratamiento consiste en una penitencia (confesión – arrepentimiento, devolución de bienes materiales, pagos por el delito o suplicas a deidades ofendidas).

En resumen, los tratamientos utilizados en la medicina primitiva son ceremonias y ritos, danzas, plegarias, golpear al paciente, trepanación de cráneo.

- **Folkmedicina.**

Según MCoe (1973), la Folkmedicina, llamada también Medicina Popular, Medicina del pueblo y Medicina Casera, está formada por un conjunto de creencias y prácticas médicas accesibles a todos los miembros de una sociedad, basados en teorías naturales tanto científicas como cuasi científicas. Representa una serie de remedios tradicionales que han pasado de generación en generación o se han difundido al margen del saber oficial.

Según Subirós Teixidor (2017, p. 214), estudiar la folkmedicina significa estudiar las narrativas, las representaciones de la salud y la enfermedad, los usos, las creencias, lo simbólico y lo imaginario, las prácticas, los significados, experiencias, apropiaciones y sincretismos culturales, que conforman identidades

y memorias colectivas de atender la salud y la enfermedad en un mundo cambiante. Esto supone analizar la dimensión social de la enfermedad que interrelaciona la parte biológica, la social y la cultural.

4.5.4. Los Sanadores Etnomédicos.

A pesar de que en las sociedades occidentales se reconoce el rol de sanador del médico y con ello se le da la potestad para legitimar el rol del enfermo dentro de la sociedad, existen otras personas que también ejercen este rol aun cuando no se le reconozca oficialmente. Se trata de los denominados Sanadores Etnomédicos o personas que practican la Etnomedicina. Entre estos sanadores se encuentran los siguientes:

- ✓ **Curanderos:** Son aquellas personas que sin ser médicos ejercen prácticas curativas empíricas o naturales. También se les define como sanadores populares que no dependen exclusivamente de remedios herbales o de métodos curativos naturales sino que se sirven de técnicas mágicas con el de eliminar las causas del malestar del paciente. Con el fin de realizar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utiliza prácticas como la meditación y relajación, inducción de trances y exorcismos, rituales con danzas, encantamientos y plegarias, sacrificios, remedios a base de hierbas o de origen mineral o animal. De acuerdo a la práctica que utilice se les puede denominar Yerbateros, Brujos, Curanderos Espirituales (Espiritistas) o Ensalmeros.
- ✓ **Hierbateros o Yerbateros:** Tipo de curanderos que trabajan exclusivamente con remedios a base de hierbas. No pretenden tener fuerzas sobrenaturales sino que aprendieron sus conocimientos de familiares o como aprendices de otros hierbateros.
- ✓ **Brujos:** personas que se atribuyen poderes extraordinarios para negociar con los seres sobrenaturales de manera que puedan lograr fines concretos. De esta forma se suponen dotadas de poderes para

luchar contra las enfermedades, desarrollando para ello un conjunto de prácticas mágicas y hechizos. Sus conocimientos pueden ser utilizados a favor o en contra de una persona o grupo. Acudir a prácticas de brujos y hechiceros tiene su función social en personas que no pueden solucionar sus problemas básicos de otra manera.

- ✓ **Espiritistas:** Medium o clarividente que permite que los muertos puedan entrar en contacto con los vivos con la finalidad de curar enfermedades provocadas por espíritus malignos. Muchas de estas prácticas espiritistas provienen de las doctrinas promulgadas por Allain Kardec en el siglo XIX y popularizada por una amplia literatura esotérica. El espiritismo es el esfuerzo de las civilizaciones de estructuras y valorizar las creencias casi universales en espíritus que pueden hacer daño a los hombres vivos, razón por la cual es necesario ponerse en contacto con esta fuerza sobrenatural a través de estos intermediarios humanos (Mediums).
- ✓ **Parteras Tradicionales:** Son las denominadas matronas o comadronas que asiste a la mujer en el parto en aquellas comunidades donde no se cuenta con recursos para la atención al mismo.

4.5. 5.-Sistemas de Explicación de la Etnomedicina.

En base a la etiología de las enfermedades tratadas a través de prácticas etnomédicas se ubican dos marcos de explicación los personalísticos y los naturalísticos.

- **Sistema de Explicación Personalístico:** Es aquel en el cual se cree que la enfermedad es causada por la activa y deliberada intervención de un agente, el cual puede ser sobrenatural (Dios o Deidad), un ser no humano (fantasma, monstruo o duende, espíritu maligno) o un ser humano que causa el “daño” de manera intencional (brujos, hechiceros, magos) o involuntaria (personas que poseen cierta energía o poderes especiales). Se considera a la persona enferma como un a

victima u objeto de agresión o castigo, el cual ha sido dirigido específicamente hacia ella (Carrasco, s.f, pp. 1 y 2).

- **Sistemas de Explicación Naturalístico:** En los sistemas naturalísticos la enfermedad es explicada en términos impersonales y sistémicos. Estos sistemas se conforman a un modelo de equilibrio en el cual la salud prevalece cuando ciertos elementos (calor, frío, ying-yang, entre otros) se encuentran en el balance apropiado a la edad y a ciertas condiciones del individuo en su ambiente social y cultural. En contraste cuando este equilibrio es perturbado se presenta la enfermedad en sus diferentes manifestaciones (Carrasco, s.f, p. 2).

De esta manera pueden ubicarse las prácticas Ayurvéedicas y de Medicina China dentro del sistema medico naturalístico y a la Medicina Primitiva dentro del sistema médico personalístico.

Es importante señalar que los sistemas etiológicos personalísticos y naturalísticos no son mutuamente excluyentes, es decir, las personas que invocan causas personalísticas para explicar las enfermedades, también pueden reconocer eventualmente que pueden existir algunas causas naturales probables. De igual forma, las personas para las cuales las causas naturalísticas predominan en su concepción de la enfermedad, pueden explicar algunas de ellas como producto de una causa sobrenatural.

Según Foster (1976, citado por Pollak Eltz, 1987, p.13), entre los grupos tribales y los sectores populares predomina el sistema personalizado de explicar las causas de las enfermedades, haciéndose responsables a las fuerzas sobrenaturales, que hay que combatir con medios sobrenaturales también. En cambio, en el mundo moderno predomina el sistema naturalístico, optándose por tratamientos herbales y químicos.

Por otra parte, en las sociedades en proceso de transculturación se combinan los dos sistemas considerándose que las enfermedades contagiosas o comunes tienen causas naturales, pudiendo ser tratadas con éxito por los médicos, pero se cree que hay muchas enfermedades persistentes y vagamentes definidas

que tienen causas sobrenaturales y, en la creencia del pueblo, sólo los curanderos pueden tratar dichas enfermedades con exorcismos y otros tratamientos mágicos (Foster y Anderson, 1978, citado por Pollak Eltz, 1987, p. 14).

4.5.6.-Función Social de la Etnomedicina y su Rol en los Sistemas Modernos de Salud.

En la actualidad, a pesar de los avances tecnológicos de la medicina, aún permanecen arraigadas las practicas Etnomédicas, ya sea porque están íntimamente relacionadas con las creencias culturales de las poblaciones en torno a la explicación de la salud – enfermedad o porque simplemente es el único sistema de atención con el que cuentan algunas comunidades.

Según Lara y Mateos (1999), considerar las prácticas etnomédicas y más específicamente la medicina tradicional como un recurso alternativo no significa un retroceso sino la posibilidad de contar con “un apoyo más para poder resolver los problemas de salud de la población, que desde siempre en su cultura ha utilizado y que actualmente la combina con el empleo de la medicina moderna” (p. 164).

En este sentido puede plantearse que la función social de la Etnomedicina y su rol en los sistemas modernos de salud puede resumirse en los siguientes aspectos:

- ✓ Permite a los profesionales de la salud comprender mejor las creencias y prácticas médicas de pacientes que no pertenecen a su propia cultura.
- ✓ Los conocimientos sobre las practicas etnomédicas desarrolladas en una comunidad son una base importante para la planificación de salud en las sociedades donde estos prevalecen, de manera tal que se promueva su integración con las prácticas de medicina moderna en los planes de salud desarrollados en los mismos
- ✓ Compensa las deficiencias o fallas del sistema medico asistencial. De hecho su aplicación es de mayor auge en regiones donde los servicios públicos y las condiciones sanitarias no son óptimas, constituyéndose en la

única fuente de atención para muchos de los habitantes de estas regiones. Para ellos atención primaria en salud es sinónimo de Medicina Tradicional.

- ✓ Se presenta como alternativa de curación para la población que no cuenta con los recursos económicos para costear los tratamientos de la medicina moderna, sobre todo en la primera etapa de la aparición de los síntomas donde suele optar por la automedicación, resultando en la misma el uso de remedios caseros o la búsqueda de sanadores etnomédicos.
- ✓ Ayuda a calmar la angustia y ansiedad ante la enfermedad. Sobre todo si se trata de enfermedades crónicas donde es posible que después de asistir al médico y no ver recuperación, se opte por las prácticas de curanderos, brujos o espiritistas. Es importante destacar el papel de la fe en estas acciones, por cuanto ésta da un soporte psicológico al tratamiento. Por ello es común observar que a la par de seguir un tratamiento médico las personas hacen promesas, oraciones y prenden velas a los santos.
- ✓ Contribuye, dentro del campo de la farmacología, en la búsqueda de nuevas fórmulas medicinales, una vez que son reconocidas las propiedades de las plantas medicinales en el tratamiento de enfermedades o de ellos un gran porcentaje de fármacos tienen como principio activo las hierbas o plantas medicinales.

En conclusión puede afirmarse que el uso de la Etnomedicina, con sus especificidades culturales, es una práctica plenamente vigente como recurso preventivo y terapéutico, dentro del amplio abanico de opciones asistenciales en las que se mueve el individuo en busca de la mejora de su salud. Por ello la importancia de su conocimiento por parte del profesional sanitario, ya que esto permite poder valorar beneficios, perjuicios, posibles interacciones o incompatibilidades con terapias o medicamentos recetados, sobremedicación y, en ocasiones, poca adherencia o incumplimientos de los tratamientos prescritos. (Subirós Teixidor, 2017, p. 218).

4.5.7.-Posición de la OMS en relación a la Etnomedicina.

Desde el año 1976 la Organización Mundial de la Salud ha venido planteando la importancia de desarrollar programas de salud acordes a los recursos locales de medicina tradicional. En 1978, durante la conferencia de Alma Alta se resalta nuevamente el papel o rol de las prácticas etnomédicas como recurso para desarrollar la implementación de la atención primaria en salud sobre todo en aquellas comunidades donde por su ubicación geográfica no tengan acceso a la atención médica y que han sobrevivido gracias a estas prácticas.

Asimismo se ha promovido desde la OMS la realización de un inventario de las plantas medicinales empleadas a nivel mundial identificándolas con su nombre Linneico e identificación de todos sus sinónimos de uso. Este obedece a que en una misma planta es llamada de diferentes maneras.

Ya en el año 2002, dentro de las estrategias de acción planteadas por la OMS para lograr su objetivo como organización, también fue considerada la práctica de la Etnomedicina en ellas puede observarse lo siguiente:

- ✓ No rechaza las implicaciones de la Etnomedicina como legado histórico cultural.
- ✓ Sugiere que se oriente sus actividades sobre bases reales y establece que la Etnomedicina es una suma de conocimientos teóricos y/o prácticos que pueden ser utilizados para resolver problemas de salud.
- ✓ Emprende campañas de capacitación para las parteras tradicionales en cuanto a higiene, asistencia a la madre y al niño, orientación nutricional e inmunizaciones, como una estrategia para reducir la mortalidad materno infantil en aquellas comunidades donde no se cuenta con atención médica para el parto.
- ✓ Plantea la necesidad de desarrollar estrategias de medicina tradicional de medicina tradicional que permitan que esta forma de atención contribuya a mejorar las condiciones de salud de las comunidades.
- ✓ Propone la interacción entre los practicantes de la medicina tradicional y los practicantes alopáticos a fin de fomentar el reconocimiento de la medicina tradicional.

- ✓ Estimula que los Gobiernos reconozcan la importante contribución que puede hacer la medicina tradicional para mejorar y mantener la salud.

En la actualidad, en el marco de la Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023, que busca actualizar los planteamientos desarrollados en el año 2002, este Organismo plantea que la Medicina Tradicional es una parte importante y con frecuencia subestimada de la atención de salud, afirmando que una medicina tradicional de calidad, seguridad y eficacia comprobadas contribuye a asegurar el acceso de todas las personas a la atención de salud (OMS, 2013, p. 7).

De esta forma, la OMS (2013, p. 11) afirma que la actualización de la estrategia de Medicina Tradicional 2014-2023 tiene la finalidad de ayudar a los Estados Miembros a desarrollar políticas dinámicas y aplicar planes de acción que refuercen el papel de la medicina tradicional en el mantenimiento de la salud de las personas, estableciéndose para ello cuatro objetivos básicos, a saber:

- ✓ Integrar la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y la aplicación de políticas y programas nacionales sobre medicina tradicional;
- ✓ Promover la seguridad, eficacia y calidad de la medicina tradicional mediante la ampliación de la base de conocimientos y la prestación de asesoramiento sobre normas reglamentarias y de garantía de la calidad;
- ✓ Mejorar la disponibilidad y asequibilidad de la medicina tradicional, y especialmente el acceso de las personas pobres;
- ✓ Promover el uso terapéutico racional de la medicina tradicional entre los profesionales y los usuarios.

En conclusión, en este último documento redactado por la Organización Mundial de la Salud, se le brinda apoyo a la Medicina Tradicional y Complementaria, planteándose llevar a cabo las siguientes acciones:

- ✓ Facilitar la integración de la Medicina Tradicional y Complementaria en los sistemas de salud mediante su apoyo a los Estados Miembros en el desarrollo de sus propias políticas nacionales para ese sector.

- ✓ Elaborar directrices sobre Medicina Tradicional por medio de la elaboración y el establecimiento de normas, directrices técnicas y metodologías relativas a la investigación de productos, prácticas y profesionales;
- ✓ Alentar la investigación estratégica en materia de Medicina Tradicional y Complementaria, para lo cual respalda proyectos de investigación clínica sobre su seguridad y eficacia.
- ✓ Abogar por el uso racional de la Medicina Tradicional, mediante el fomento de su utilización basada en pruebas científicas.
- ✓ Difundir información sobre Medicina Tradicional, actuando como centro coordinador para facilitar el intercambio de información.

4.5.8.- La Etnomedicina en Venezuela.

Siguiendo los planteamientos de Carrasco (s.f, p. 1), las raíces de la medicina tradicional en Venezuela se remontan a las culturas indígenas, a los aportes de los negros africanos y a la herencia española. A los indígenas, en este aspecto, se les atribuye el rico conocimiento de plantas medicinales, entre ellas la Quinina utilizada en el tratamiento de la Malaria. También se les atribuye el uso del tabaco en ceremonias curativas, la succión en el cuerpo para sacar un objeto o sustancia causante de la enfermedad y la creencia en espíritus familiares o ancestrales que protegen o asisten al curandero en las terapias. A los africanos se les atribuyen igualmente los trabajos con espíritus y ritos de adivinación, así como el uso de amuletos y administrar sustancias mágicas en el cuerpo o vivienda (baños y limpieza).

Por su parte a los Españoles se les atribuye su aporte en el conocimiento de muchos de los denominados remedios caseros, el concepto de mal de ojo, criterios hipocráticos de la dicotomía frío – calor y su tratamiento con sustancias opuestas sin embargo según recientes estudios antropológicos han demostrado que los indígenas ya tenían prácticas similares antes de la llegada de los Españoles.

Todas estas prácticas se unieron en una mezcla que ha permanecido como parte de la cultura del venezolano, pasando de generación en generación y

utilizados, en mayor o menor frecuencia, por un gran porcentaje de la población, independientemente de clase social, nivel de instrucción o ubicación geográfica. No obstante, es más utilizada en las comunidades rurales, razón por lo cual los estudiantes de Ciencias de la Salud, deben tener conocimiento sobre las creencias y prácticas médicas desarrolladas en las poblaciones donde realizarán su pasantía rural, ya que esto le permitirá entender el comportamiento de las personas ante la enfermedad y el tratamiento que decidan o buscan utilizar.

- **Tipos de Sanadores que Prevalen en Venezuela.**

- ✓ **Curanderos Espirituales:** en sus “tratamientos” prevalecen las prácticas mágicas. También se les llama iluminados, curiosos y brujos. Pueden ubicarse en zonas rurales y en las ciudades, atendiendo pacientes con síntomas confusos y persistentes que en son atribuidos por las personas a actos de brujería, envidia o malos espíritus. (Carrasco, s.f, p. 6).

Muchos curanderos espirituales son hijos o nietos de otros curanderos espirituales y pueden ser hombres o mujeres que, a menudo, tienen su consultorio en la propia casa. En el consultorio pueden tener un altar decorado con imágenes de santos y de los espíritus del Culto a María Lionza, velas, flores y tabaco. Algunos emplean ayudantes que ejecutan sus órdenes, preparando exorcismos y llevando a cabo los trabajos mágicos prescritos. Una vez cumplido los rituales correspondientes de sanación, el enfermo recibe un amuleto preparado por el curioso contra nuevas hechicerías (Carrasco, s.f, p. 7).

- ✓ **Hierbateros o Yerbateros:** tipo de curanderos que trabajan exclusivamente con hierbas o plantas medicinales para preparar sus “remedios”. En las zonas rurales de Venezuela aún pueden encontrarse muchos hierbateros, quienes conocen una gran cantidad de plantas que utilizan para preparar remedios. Algunos remedios se realizan con solamente una hierba, otros con una coción compuesta. Para ello se

usan las flores, las hojas, las raíces, las conchas o toda la planta. Algunos preparan sus propios “preparados”, según recetas secretas, a menudo a base de aguardiente. Otros mandan a sus pacientes a preparar infusiones con hierbas frescas o secas (Carrasco, s.f, pp. 1 y 2)

- ✓ **Ensalmeros:** también llamados Rezadores o Santiguadores. Los ensalmos son fórmulas mágicas, oraciones, encantaciones que sirven para exorcismos para curar enfermedades, alejan malas influencias y asegurar el bienestar general de una persona y su familia. Los Ensalmeros utilizan estas fórmulas para tratar enfermedades como el “mal de ojo”, la culebrilla, las mordeduras de serpiente o la erisipela. Las oraciones se rezan en voz baja “para que no pierda su poder” sobre el paciente, la herida o la parte del cuerpo afectada.
- ✓ **Sobadores o hueseros:** Reponen huesos rotos, “entablillándolos”. También dan masajes en la columna vertebral, en el abdomen y en “torceduras”, en pies y manos. Los sobadores a veces también rezan mientras aplican los masajes o antes de colocar huesos, invocando a su Santo de protección para que le ayude en su labor (Carrasco, s.f, p.4).

En Venezuela las prácticas mágicas y la hechicería son relacionadas íntimamente con la devoción a Santos Católicos, el culto a María Lionza y a José Gregorio Hernández, ritos de curación, la magia protectora (amuletos, talismanes). La decisión de acudir a uno de estos sanadores o ir al médico depende de las creencias del paciente, de los recursos del paciente, del tipo de enfermedad, su nivel de instrucción, su fe en la medicina moderna, entre otros factores.

Asimismo, es frecuente observar que un enfermo consulta al médico y sigue sus instrucciones pero, al mismo tiempo, acude a un curandero espiritual para que desarrolle ritos de exorcismo y lo limpie de las malas influencias que “causaron” el mal.

Para profundizar sobre este punto se recomienda las lecturas presentadas en los anexos 9, 10, 11, 12,13 y 14.

- **Enfermedades Etnoespecíficas en Venezuela.**

En todas las culturas del Mundo existen enfermedades etnoespecíficas o populares definidas como enfermedades comunes o malestares cuyas causas son atribuidas a fuerzas sobrenaturales o a maniobras de hechiceros. De esta forma, en la creencia del pueblo muchas enfermedades populares son causadas por la envidia o magia, o por un desequilibrio de calor – frío en el cuerpo. A continuación se hace referencia a algunas de las enfermedades populares más reconocidas en Venezuela:

- ✓ **Culebrilla:** Enfermedad cutánea que se atribuye a causa sobrenatural. Se supone que es “puesta” por un hechicero o persona que tiene envidia, razón por la cual el tratamiento se hace a través de oraciones y ensalmos. Se tiene la creencia que cuando la infección se extiende por todo el cuerpo o “lo cruza” la persona muera. Esta enfermedad se considera que no la cura medico sino un curandero y en algunas ocasiones los mismos médicos han remitido a pacientes con estos casos a los curanderos.
- ✓ **Empacho:** Se trata de una enfermedad de niños pequeños. Los síntomas son los siguientes: dolores de estómago, indigestión, fiebre o malestar en general. Sus causas pueden ser comer en exceso, comida en mal estado, desnutrición o costumbres antihigiénicas en la preparación de los alimentos. Las personas piensan que es “puesta” o porque se tiene “algo en la barriga”.
- ✓ **Sereno:** Afecta a niños recién nacidos y hasta 4 meses de edad. Se cree que la enfermedad es provocada por la exposición del niño al aire nocturno el cual entra por la fontanela que todavía está abierta. Por ello se recomienda no se debe sacar al niño fuera de la casa al anochecer o dejarlo tocar por personas que entran a la casa después de la puesta del sol. Se caracteriza porque la materia fecal se pone verde, fiebre alta y llanto constante.
- ✓ **Mal aire o Mal viento:** Provocada por aires hostiles en el cuerpo humano produciéndose dolores localizados, los cuales se alivian con

“guarapos”. Otra creencia respecto a la entrada de un mal aire es que puede causar estrabismo en los niños.

- ✓ **Pasmo:** Exposición del cuerpo a un aire frío o al agua fría, después de estar en contacto con el calor. Se recomienda por ejemplo; no abrir la nevera y tomar agua fría al regresar cansado de la calle o bañarse después de planchar.
- ✓ **Mal de ojo:** Se cree que la creencia en esta enfermedad llegó a Latinoamérica con los Españoles y luego fue adoptado por indígenas y negros. Se cree que su origen o causa es el daño producido voluntaria o involuntariamente por una persona a través de la mirada.
- ✓ **Sapo en la barriga:** Se cree que los brujos y hechiceros puedan provocar dolores estomacales y otros malestares “poniendo un sapo en la barriga” de una persona.
- ✓ **Erisipela o Disipela:** Enfermedad de la piel muy común en Venezuela, afecta las piernas apareciendo puntos rojos que hace que estos se hinchen, provoca fiebre alta.

- **Sistema de Explicación Etnomédico Predominante en Venezuela**

En la medicina tradicional venezolana se distingue entre “enfermedades naturales que vienen de Dios”, curables con remedios naturales, y “enfermedades que tienen causas sobrenaturales”, que solo se pueden curar con métodos especiales, ritos mágicos o con la asistencia de seres sobrenaturales. Es por ello que, por regla general, los hierbateros o yerbateros curan enfermedades naturales con remedios naturales (hierbas) o de la farmacia. Por su parte, los curanderos espirituales o curiosos se sirven de prácticas mágico-religiosas para sanar enfermedades crónicas, malestares de etiología confusa o enfermedades inespecíficas, que a menudo se atribuyen a la intervención de espíritus malignos o hechizos (Fundación Bigott, 2022, p. 1).

De igual modo puede observarse que, a menudo, los curanderos diagnostican causas tanto naturales como sobrenaturales, según sea la enfermedad

y luego ataca el mal con remedios herbales, ritos mágicos o los dos conjuntamente. Puede así afirmarse que en la medicina popular venezolana se presenta la etiología naturalista el lado de la etiología personalística.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1.- Realizar un Mapa Conceptual donde sean desarrollados los siguientes puntos:

- Definición de Cultura.
- Características de Cultura.
- Normas.
- Valores.
- Creencias.
- Símbolos.
- Aculturación
- Subcultura.
- Etnocentrismo.
- Relativismo cultural.
- Cultura material.

2.- Realizar una Infografía donde se presenten los siguientes temas:

- Definición de Etnomedicina.
- Clasificación de la Etnomedicina.
- Sistemas de Explicación de la Etnomedicina.
- Función Social de la Etnomedicina en los Sistemas Modernos de Salud.

3.- Organizarse en grupos y presentar Sociodramas que representen el tema de los Sanadores Etnomédicos en Venezuela.

- Curanderos.
- Hierbateros.
- Chamanes.
- Brujos.
- Parteras Tradicionales.

- Sobadores o Hueseros.
- Enfermedades y remedios populares en Venezuela.
- El Culto a José Gregorio Hernández como una práctica que integra la concepción científica y la no científica de la salud en la cultura venezolana.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

- Ander Egg, E. (2011). *Diccionario de Trabajo Social*. 25e. Brujas/ICSA.
- Carrasco, R. (s.f). *Sistemas de Explicación de la Etnomedicina : Naturalísticos y Personalísticos*. UDO. Núcleo Bolívar
- Carrasco, R. (s.f). *La Medicina Popular en Venezuela*. UDO, Núcleo Bolívar.
- Carrasco, R. (s.f). *Parteras Tradicionales en Venezuela*. UDO, Núcleo Bolívar.
- De Jaime Lorén, J. (2010). *Etnomedicina, Medicina Popular*.
https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/9098/4/Etnomedicina_Jaime_LRDDCDEDJ_2011.pdf
- Fundación Bigott. (2022). *Curiosa Medicina Popular*.
<https://www.fundacionbigott.org/curiosa-medicina-popular/?v=a99877f71bd9>
- Lara y Mateos, R. (1999). *Medicina y Cultura: Hacia una Formación Integral del Profesional de la Salud*. Plaza y Valdés.
- MCoe, R (1973). *Sociología Médica*. Alianza Editorial.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013) Estrategias de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf
- Pollak Eltz, A. (1987). *La Medicina Popular en Venezuela*. Academia Nacional de la Historia.

- Raj, D. (2017). La Medicina Ayurveda. Breve Introducción a sus Principios. <https://www.avantmedic.com/es/blog/la-medicina-ayurveda-breve-introduccion-a-sus-principios/>
- Reyes, A. (2008). *Evolución Histórica de la Medicina Tradicional China*. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932008000200005
- Salazar, M. (s.f). Sociología de la Salud. Unidad IV. UDO. Núcleo Anzoátegui.
- Subirós Teixidor, R. (2017). Folkmedicina, El Eslabón Asistencia Ignorado en la Historia Clínica del Paciente. En Zarzoso, A. y Arrizabalaga, J. (Eds). *Al Servicio de la Salud Humana: La Historia de la Medicina ante los Retos del Siglo XXI* (pp. 213-218). <https://sehm.es/wp-content/uploads/2020/06/LIBRO-FINAL-IMPRIMIR.pdf>
- Velásquez, R. (2015). *Beneficios del Ayurveda, como Medicina Alternativa en Salud*. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/07/1007528/beneficios-del-ayurveda-como-medicina-alternativa-en-salud.pdf>

CAPÍTULO V
SOCIEDAD Y ATENCION EN SALUD

CAPÍTULO V

SOCIEDAD Y ATENCIÓN MÉDICA

5.1. OBJETIVO TERMINAL.

Describir las características de la profesión médica, su organización en asociaciones profesionales y la organización y características de la red institucional de los servicios de salud en Venezuela.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Describir el concepto, perfil profesional y características de las diferentes profesiones de salud.
- Definir y caracterizar la profesión médica.
- Identificar los valores y normas que rigen la profesión médica.
- Establecer la relación que existe entre la profesión médica y otras profesiones de la salud.
- Describir la formación del profesional médico: Pregrado, Postgrado y Educación continua.
- Explicar la manera como se organiza institucionalmente la profesión médica (Federación Médica Venezolana, Colegios Médicos y Asociaciones Médicas)
- Describir la manera como se organiza la práctica profesional médica en Venezuela (Pública y privada).
- Describir la Red Institucional de Atención en Salud en Venezuela.

5.3. ESTRATEGIAS.

- **Docente:**
 - Exposición Oral.
 - Organización de equipos de Trabajo.
 - Asignación de Lecturas.
 - Asignaciones Escritas Individuales y Grupales (Informes, Mapas Conceptuales, Trípticos, Infografías, Líneas de Tiempo).

- Organizar y facilitar la interacción de grupos (Talleres, Mesa Redonda, Debates, Sociodramas, Exposiciones Orales o Plenarias).

- **Estudiante:**

- Lectura de materiales bibliográficos asignados.
- Análisis de Lecturas Asignadas.
- Preparación de material de apoyo.
- Elaboración de asignaciones escritas.
- Interacción de grupos.
- Presentación de exposiciones orales.
- Presentación de Sociodramas.

5.4 EVALUACIÓN.

- Pruebas escritas.
- Asignaciones escritas individuales y Grupales.
- Interacción en clase.
- Socialización grupal.

5.5 CONTENIDO.

5.5.1.- Las Profesiones de la Salud.

Las profesiones de la salud conforman un grupo de disciplinas dedicadas al diagnóstico, la prevención y el tratamiento de las enfermedades. Siguiendo lo establecido en el programa de la asignatura Sociología de la Salud serán destacadas en este trabajo las siguientes profesiones: Enfermería, Bioanálisis, Radiología, Odontología, Trabajo Social y por supuesto la profesión médica.

- **Enfermería:**

Es la profesión que permite

el cuidado de la salud del individuo, familia y comunidad, tomando en cuenta la promoción de la salud y calidad de vida, la prevención de la enfermedad y la participación de su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentre, debiendo mantener al máximo, el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano. (Ley del Ejercicio de la Enfermería, 2005, Art. 2)

De acuerdo a lo establecido en el Código Deontológico e los profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008), la enfermería como profesión se caracteriza por:

- Su ejercicio es una constante interacción con personas. Por lo cual el profesional de la Enfermería, es un ser humano único y complejo, que posee una especial dignidad (ontológica o constitutiva) que la distingue.
- Sólida formación basada en fundamentos técnicos, científicos, humanísticos y éticos que permiten desempeñar su ejercicio con excelencia y calidad, libre de riesgos.

- Una vez obtenido el Título que avala sus conocimientos, los profesionales de la enfermería deben estar debidamente inscritos en el Colegio de Profesionales de la Enfermería de la jurisdicción a que pertenezca su domicilio laboral, para ejercer válidamente su profesionalidad.

En cuanto al perfil profesional, en Venezuela, a nivel de formación universitaria de pregrado existen dos perfiles, el Licenciado en Enfermería y el Técnico Superior Universitario en Enfermería:

- **Licenciado en Enfermería:** Profesional capacitado para desempeñarse en las instituciones de salud y niveles de atención en el área asistencial (dispensando cuidados, tratamientos o medicamentos prescritos por el médico, observando el estado general del enfermo), administrativo (gerenciando, liderizando y supervisando el equipo de enfermería), docente (adiestrando personal) y en el área de la investigación (estudia, propone e instrumenta cambios en los métodos y procedimientos de enfermería (OPSU).
- **Técnico Superior en Enfermería:** Profesional que posee un campo de conocimientos y técnicas propias para desempeñarse en el área de la salud, asistiendo al Médico o al Licenciado en Enfermería (OPSU).

Las normas que rigen el ejercicio de la profesión de la Enfermería en Venezuela, así como los deberes y derechos inherentes a dicha profesión se encuentran plasmados en la Ley del Ejercicio de la Enfermería (2005) y en el Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela (2008).

- **Bioanálisis:**

Profesión encargada de realizar análisis de muestras provenientes de seres humanos, animales y vegetales; mediante métodos científicos y tecnológicos propios del laboratorio clínico, para suministrar datos al proceso de diagnóstico de enfermedades, su prevención y terapéutica (Ley del Ejercicio del Bioanálisis, 1973, Art. 2°).

Según la OPSU, el perfil profesional del Licenciado en Bioanalista en Venezuela es el siguiente:

El Licenciado en Bioanálisis, está capacitado científicamente para efectuar los análisis y pruebas de laboratorio destinados a determinar la cuantificación de sustancias propias y metabólicas producidas en el organismo, la actividad enzimática en líquidos biológicos, sustancias tóxicas en el organismo, concentración de sustancias terapéuticas administradas a un paciente, valores hematológicos, anticuerpos, enfermedades producidas por virus, bacterias, hongos. El objetivo final de estos exámenes es contribuir al diagnóstico de enfermedades, en algunos casos en forma precoz, en la preparación de vacunas y preparar programas epidemiológicos (OPUS)

Las normas que rigen el ejercicio de la profesión de Bioanálisis en Venezuela, así como los deberes y derechos inherentes a dicha profesión se encuentran plasmados en la Ley del Ejercicio del Bioanálisis (1973) y en las normativas emitidas por la Federación de Colegios de Bioanalistas de Venezuela (FECOBIOVE).

- **Radiología:**

Profesión cuyo ejercicio permite la utilización de sustancias radioactivas, radiación electromagnética y ondas sonoras para crear imágenes del cuerpo, sus órganos y estructuras; siguiendo indicaciones médicas y prestando una valiosa colaboración para el diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de los problemas de salud - enfermedad.

- **Odontología:**

Profesión que se encarga de la prestación de servicios encaminados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, deformaciones y

accidentes traumáticos de la boca y de los órganos o regiones anatómicas que la limitan o comprenden (Art. 2 Ley del Ejercicio de la Odontología en Venezuela)

- **Trabajo Social:**

Profesión que estudia la problemática social a nivel individual, grupal y comunitario; planificando, organizando, coordinando y dirigiendo programas de ayuda a la población; de acuerdo a las políticas sociales del Estado y a los problemas emergentes en el sistema social.

De una manera más específica se plantea que el ejercicio del Trabajo Social está orientado

hacia el desarrollo pleno de la persona con base al bienestar, la justicia la autodeterminación y la auto sustentabilidad del desarrollo individual, colectivo y social, mediante la dedicación al estudio, al trabajo y a la práctica eficiente y eficaz del conocimiento, fundamentado en el saber popular tanto en las teorías, metodologías, técnicas y aplicaciones empíricas propias del trabajo social, recíprocamente alimentadas por las innovaciones científicas, tecnológicas y humanísticas, la práctica de las organizaciones comunales y sociales, así como el desarrollo de enfoques, y cualesquiera otras modalidades interdisciplinarias y transdisciplinarias de actuación en los procesos de satisfacción de carencias y potenciación de aspiraciones sociales que coadyuven al desarrollo integral del país (Ley de ejercicio del Trabajo Social, 2008, Art 4)

En el campo de la salud, el Trabajador Social se encarga de investigar aspectos socioeconómicos y psicosociales del individuo y su grupo familiar con el propósito de aportar datos o elementos que contribuyan a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de situaciones de salud y enfermedad.

5.5.2 La profesión Médica. Características, valores y normas que rigen la profesión.

La Medicina es la profesión que se encarga de la prestación de atención médica preventivo-curativa a la población, por parte de los profesionales médicos y médicas, mediante acciones encaminadas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, reducción de los factores de riesgo, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, restitución de la salud y rehabilitación física o psico-social de las personas y de la colectividad en los ámbitos familiar, comunitario, laboral y escolar; la determinación de las causas de muerte; el peritaje y asesoramiento médico-forense, así como la investigación y docencia en las ciencias médicas. (Ley de Reforma de la Ley del Ejercicio de la Medicina, 2011, Art. 2º)

Entre las características de la Profesión Médica pueden señalarse las siguientes:

- ✓ **Ciencia y arte:** la Medicina es ciencia porque el acto médico se debe apoyar en conocimientos probados, pero también es arte, porque el paciente es una unidad psicofísica en la que su estructura mental recibe lo que le llega del entorno, lo elabora y responde atendiendo a su propia personalidad, por eso la asistencia y los cuidados médicos deben ser personalizados según el paciente al que se atiende (Castellano Arroyo, 2020, p. 309).
- ✓ **Curso extenso de conocimientos:** estos conocimientos, en su mayoría son altamente técnicos y generalmente incomprensibles para las personas ajenas a la profesión médica. El desarrollo y adquisición de dichos conocimientos es estimable en sí mismos y también por su aplicación a la

práctica, siendo a su vez muy extenso y difícil de adquirir, por lo que se requiere de un largo período de enseñanza para dominarlo y ser admitido en el grupo de los profesionales en medicina (Mc Coe, 1973, p. 223).

- ✓ **Orientación de servicio:** supone el ofrecimiento de un servicio al público, esperándose que el profesional médico coloque por encima de sus deseos personales las necesidades de los pacientes que necesitan su ayuda o atención (Mc Coe, 1973, p. 223).
- ✓ **Actividad integral:** el principio de la integralidad presente en el ejercicio de la profesión médica está determinado por la capacidad de actuar, no sólo en la curación de las enfermedades, sino también en la prevención y rehabilitación de los pacientes. Esto implica que, en el desarrollo de la práctica profesional médica, sean considerados no sólo los aspectos biológicos inherentes a la enfermedad, sino también los aspectos psicológicos y sociales que influyen en su etiología.
- ✓ **No discrimina:** partiendo de la consideración de la salud como un derecho humano fundamental, la atención y asistencia médica es un servicio que se debe brindar sin distinción de raza, religión, credo político o condición económica y social, tal como lo establece la Carta Magna de la OMS.
- ✓ **Licencia y mandato:** la licencia es obtenida durante el extenso período de aprendizaje, lo cual es simbolizado por los respectivos diplomas y títulos que acreditan que el profesional de la medicina ha conseguido un nivel adecuado de competencia. Por su parte el mandato significa el derecho de la profesión médica a establecer los niveles o metas a los que el público puede aspirar, por ejemplo la definición de niveles sanitarios adecuados o de buenas prácticas sanitarias (Mc Coe, 1973, p. 224).
- ✓ **Organización colegial:** esto significa que los profesionales de la medicina se encuentran unidos en grupos (gremios), en parte para protegerse de la interferencia de personas o grupos extraprofesionales y

también para proteger a los demás de los miembros que se comporten de modo no profesional. De esta manera sólo los integrantes del gremio médico, pueden sentar las bases de comportamiento para su profesión y se preocupan de su cumplimiento mediante patrones aprobados (Mc Coe, 1973, p. 224).

En cuanto a los valores de la Medicina como profesión, pueden destacarse los siguientes:



En relación a las normas que rigen el desempeño de la profesión Médica, en nuestro país, las mismas están contempladas en la Ley del Ejercicio de la Medicina, promulgada en el año 1982 y reformada en el año 2011, y en el Código de Deontología Médica en Venezuela, aprobado por la Federación Médica Venezolana el 20 de marzo de 1985. (1985). Entre estas normas pueden ser resaltadas las siguientes:

- ✓ Respeto a la vida y a la integridad de la persona (calidad de vida y estilo de vida), el fomento y la preservación de la salud constituyen el deber fundamental del médico.
- ✓ Estar informado de los avances del conocimiento médico.
- ✓ No hacer distinciones en el ejercicio de sus funciones por razones de religión, nacionalidad o raza, adhesión a partido político o posición social.
- ✓ Asegurar en todo momento la atención de enfermos graves o en condiciones de urgencia, aún en situaciones conflictivas.
- ✓ Guardar el secreto médico.

El 14 de febrero de 1984, el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela (UCV), adoptó el denominado Juramento de Luis Razetti, destacado médico venezolano, como una manera de resaltar los principios éticos y deontológicos que deben regir el ejercicio de la profesión médica en el país, siendo a su vez una versión nacional del Juramento Hipocrático. Dicho Juramento se encuentra asimismo contemplado en el Título I, Capítulo Segundo del Código de Deontología Médica. El Código de Luis Razetti establece lo siguiente:

Evocando a Luis Razetti apóstol de la moral médica en Venezuela y en presencia de las autoridades universitarias, mis profesores y mis compañeros de estudio, me comprometo bajo solemne juramento a cumplir los siguientes postulados:

1. Desempeñaré mi profesión con esmero y dignidad, velando con el máximo respeto por la vida de mis semejantes y aun bajo amenaza no emplearé mis conocimientos para contravenir las leyes de la humanidad.

2. Profesaré a mis maestros el respeto y gratitud que se hayan hecho merecedores e intentaré, con todos los medios a mi alcance, mantenerme permanentemente informado de los avances del conocimiento médico.
3. No permitiré que la satisfacción intelectual derivada de mi capacidad para identificar y tratar enfermedades y de contribuir al progreso de la ciencia médica me haga olvidar los principios humanitarios que rigen nuestra profesión y la consideración prioritaria del paciente como persona.
4. No intentaré nuevos tratamientos o procedimientos de investigación si los riesgos para el paciente exceden los posibles beneficios, cumpliendo estrictamente las Pautas Internacionales para la Investigación Biomédica en los seres Humanos.
5. No permitiré que motivos de lucro interfieran el ejercicio libre e independiente de mi juicio profesional.
6. Preservaré en absoluto secreto las confidencias que se me hagan durante mi actuación profesional, aun después de la muerte del enfermo.
7. Mi reverencia por la vida al atender enfermos terminales no colindará con mi obligación fundamental de aliviar el sufrimiento humano.
8. Mantendré con todas mis fuerzas el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica y no haré distinción en el ejercicio de mis obligaciones ni por adhesión a partido político o posición social.

9. No estableceré diferencias en mi dedicación y en la calidad de la atención prestada al enfermo, se trate de servicios médicos contratados, de carácter individual o de índole gratuita.

10. Daré estricto cumplimiento a los principios éticos de nuestra profesión, procurando para los demás aquello que, en circunstancias similares, desearía para mí y para mis seres queridos. (Código de Deontología Médica en Venezuela, 1985, pp. 2- 3)

5.5.3 La Formación del Profesional Médico. Facultad y/o Escuela de Medicina Pre Y Post-Grado.

En Venezuela existen actualmente dos Perfiles que orientan la formación académica del profesional de la Medicina, el Médico Cirujano y el Médico Integral Comunitario. Siguiendo los planteamientos de la Oficina de Planificación del Sector Universitario (OPSU), el Médico Cirujano es el profesional que

está capacitado para efectuar los actos médicos que contemplan al individuo, la familia y la comunidad, con un enfoque integral en los aspectos técnicos, científicos, clínicos y epidemiológicos de la profesión, lo que le permite dominar los procedimientos del diagnóstico, tratamiento, prevención y rehabilitación de los problemas de salud-enfermedad de la comunidad. Propicia, formula y realiza la investigación básica clínica, epidemiológica y biomédica. Participa en la planificación, coordinación y desarrollo de las políticas de salud (Libro de Oportunidades de Estudio OPSU)

Por su parte, el Médico Integral Comunitario, es un profesional

con competencias diagnósticas, terapéuticas, de investigación e innovación, capaz de brindar atención médica integral, a través de acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación del individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente, con el empleo de los métodos clínicos, epidemiológicos y socio comunitarios, un profundo enfoque social, portador de valores éticos, humanísticos, solidarios y de actitud ciudadana, llamados a transformar la situación de salud (Libro de Oportunidades de Estudio OPSU)

Estos profesionales son formados en la Facultad y/o Escuela de Medicina existentes en Universidades del país, constituyéndose así como el ambiente institucional donde se transmiten los conocimientos, destrezas, hábitos, actitudes y valores que un médico debe poseer. En Venezuela existen actualmente 8 universidades, todas públicas, donde son formados los profesionales con el perfil de Médico Cirujano:

- ✓ Universidad Central de Venezuela (U.C.V).
- ✓ Universidad de Carabobo (U.C).
- ✓ Universidad de los Andes (U.L.A).
- ✓ Universidad del Zulia (L.U.Z).
- ✓ Universidad de Oriente (U.D.O).
- ✓ Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado (U.C.L.A).
- ✓ Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (U.N-E.F.M).
- ✓ Universidad Nacional Experimental Rómulo Gallegos (U.N.E.R.G).

Asimismo los profesionales con el perfil de Médico Integral Comunitario son formados académicamente en las siguientes Universidades:

- ✓ Universidad de Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”(UCS)
- ✓ Escuela Latinoamericana de Medicina “Dr. Salvador Allende”.
- ✓ Universidad Bolivariana de Venezuela.

- ✓ Universidad Nacional Experimental de las Fuerzas Armadas (UNEFA).
- ✓ Universidad Nacional Experimental de los Llanos Ezequiel Zamora (UNELLEZ).

Específicamente la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente se encuentra ubicada actualmente en tres de los Núcleos que conforman esta Institución de Educación Universitaria: Núcleo Bolívar, Núcleo Anzoátegui y Núcleo Nueva Esparta, siendo sus objetivos los siguientes:

- ✓ Formación científica, ética y sociohumanística
- ✓ Capacitación amplia en atención primaria
- ✓ Propiciar la diversificación en la formación (asignaturas electivas)
- ✓ Desarrollar la necesidad de considerar al hombre como ente biopsicosocial (énfasis en la medicina preventiva)
- ✓ Promoción del desarrollo de investigaciones orientadas hacia problemas de salud regionales y del país

En Venezuela, una vez obtenido el título de pregrado, el profesional de la Medicina debe cumplir con lo establecido en el artículo 8 de la Ley del Ejercicio de la Medicina en el país. Posteriormente podrá optar a las diferentes opciones de Postgrado, las cuales se cumplen según los siguientes parámetros:

- ✓ Bajo convenio con Ministerio de Salud y otras instituciones rectoras de salud.
- ✓ En caso de ser especialización, se inserta al médico en un ambiente de trabajo hospitalario por un cargo de médico residente.
- ✓ Opta por concurso, credenciales y examen de admisión.
- ✓ Algunos perciben sueldo dependiendo del cargo.
- ✓ Concurso bajo sistema mixto donde los primeros lugares perciben sueldo y los de posición inferior deben financiar su formación.

Los niveles de Postgrado son: Curso De Perfeccionamiento, Especializaciones, Maestrías y Doctorados

En el Núcleo Bolívar de la Universidad de Oriente son ofertados los siguientes Postgrados para los profesionales de la Medicina:

- ✓ Anestesiología
- ✓ Cardiología
- ✓ Cirugía General
- ✓ Ginecología y Obstetricia
- ✓ Medicina Familiar
- ✓ Medicina Interna
- ✓ Psiquiatría
- ✓ Salud Pública
- ✓ Puericultura y Pediatría
- ✓ Traumatología y Ortopedia.
- ✓ Nefrología.
- ✓ Gerontología y Geriatria.

Es importante destacar que los profesionales de la Medicina también llevan a cabo acciones de Educación continua a través de la realización de Cursos de actualización, Seminarios, Congresos, Jornadas Científicas y Reuniones en Hospitales que permitan contactos profesionales directos. Asimismo se mantienen actualizados a través de revisión periódica de **Libros, Revistas** y Publicaciones científicas en el área de la Medicina y de la Literatura Farmacéutica.

5.5.4 Organización Institucional de la Profesión Médica (Organización Gremial): Federación Médica, Colegios Médicos y Asociaciones Médicas.

En Venezuela, los profesionales de la Medicina se encuentran afiliados a gremios a nivel Nacional y a nivel regional o estatal. En el ámbito nacional, los agrupa la Federación Médica Venezolana (FMV) y a nivel regional el Colegio de

Médicos de cada estado. Asimismo existen las Asociaciones Médicas o Sociedades Científicas.

- **Federación Médica Venezolana:**

La Federación Médica Venezolana está integrada por todos los médicos de la República. Tiene carácter profesional, gremial y reivindicativo; personería jurídica y patrimonio propio. Su sede estará en la capital de la República (Ley del Ejercicio de la Medicina, 2011, Art. 68)

De acuerdo al artículo 70 de la Ley del Ejercicio de la Medicina en Venezuela, las funciones de la FMV son las siguientes:

- ✓ Aprobar el Código de Deontología Médica.
- ✓ Elaborar y aprobar estatutos y los reglamentos internos de acuerdo con las disposiciones de la Ley del Ejercicio de la Medicina.
- ✓ Proteger los intereses de la sociedad en cuanto respecta al ejercicio de la medicina.
- ✓ Divulgar y hacer cumplir las normas de ética profesional y establecer medidas de disciplina que aseguren el ejercicio idóneo de la profesión.



Sede de la Federación Médica Venezolana. Caraca

- **Los Colegios Médicos:**

De acuerdo al artículo 55 de la Ley del ejercicio de la Medicina (2011), los Colegios Médicos son asociaciones profesionales de carácter público, constituidas legalmente por iniciativa de los y las profesionales médicos y médicas, registradas ante los Ministerios del Poder Popular con competencia en materia de salud y de trabajo, con personalidad jurídica, patrimonio propio y con todos los derechos y atribuciones que les señalen las leyes. Según el artículo 57 de la mencionada Ley son miembros de los Colegios Médicos los médicos y médicas cuyos títulos han sido debidamente inscritos en ellos, estén o no dedicados y dedicadas al ejercicio de la profesión.

Los Colegios Médicos se encuentran ubicados en el Distrito Capital y en cada uno de los estados de la República y en los territorios federales, los cuales tendrán su sede en la capital respectiva. La creación de seccionales dentro de la jurisdicción de un Colegio de Médicos u otra Organización Médico-Gremial, estarán sujetas a las disposiciones establecidas en el Reglamento de la Ley del Ejercicio de la Medicina en Venezuela (Ley del Ejercicio de la Medicina, 2011, Art. 54).

Siguiendo lo establecido en el artículo 56 de la Ley del Ejercicio de la Medicina (2011), las Funciones de los Colegios Médicos son las siguientes:

- ✓ Velar por el cumplimiento de las normas y principios de la ética profesional de sus miembros.
- ✓ Enaltecer los propósitos de la ciencia médica y proteger los intereses de la sociedad.
- ✓ Defender los intereses profesionales, económicos, sociales y gremiales de sus miembros.
- ✓ Procurar que sus asociados se guarden entre sí el debido respeto y consideración. Observen buena conducta de todos sus actos públicos y privados y contribuyan a dignificar la profesión médica
- ✓ Fomentar la calidad técnica, científica y humana de los servicios médicos.

- ✓ Cooperar con los organismos oficiales en la vigilancia del cumplimiento de las normas legales relacionadas con el ejercicio de la medicina.
- ✓ Evacuar las consultas que les sometan los organismos oficiales o privados sobre materias relativas a la salud y al ejercicio de la medicina.
- ✓ Conocer todo lo relativo a la inscripción de sus miembros.
- ✓ Mantener actualizado el censo de los médicos y médicas, así como de otros profesionales y técnicos que de acuerdo con el Artículo 23 tienen obligación de inscribirse en los colegios de médicos respectivos u otras organizaciones médico-gremiales.
- ✓ Las demás funciones que les señalen las leyes, los estatutos y reglamentos.



**Colegio Médico del Estado Bolívar (Fundado en 1942) Avenida
Angostura. Ciudad Bolívar**

- **Asociaciones Médicas**

Son agrupaciones civiles, sin fines de lucro, con patrimonio propio, de carácter científico, cultural y social, conformadas por médicos especializados en un área determinada, que se reúnen a nivel nacional e internacional en congresos y jornadas médicas, con el fin de perfeccionar técnicas y actualizar avances en la especialidad, así como velar por el elevado nivel en la enseñanza y la asistencia de la misma.

5.5.5 Organización de la Práctica Profesional Médica en Venezuela: Atención Médica Pública, Restringida (Mixta) y Privada.

La atención Médica se define como el conjunto de medios directos y específicos destinados a poner al alcance del mayor número de individuos y de sus familiares, los recursos del diagnóstico precoz, del tratamiento oportuno, completo, restaurador y rehabilitador de la salud (Perdomo, s.f. p. 1).

Cada país organiza su sistema de atención médica o sanitaria en función de las políticas que emprenda para garantizar el derecho a la salud de su población. En Venezuela la atención Médica se divide en tres tipos: Pública, Restringida (Mixta) y Privada.

La Atención Pública está constituida por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) y por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). El MPPS se financia con recursos del gobierno central, estados y municipios, mientras que el IVSS se financia con cotizaciones patronales, cotizaciones de los trabajadores y con aportes del gobierno. Ambas instituciones cuentan con su propia red de atención ambulatoria y hospitalaria.

La atención Médica Restringida o Mixta es aquella cuyo financiamiento proviene de Instituciones o Empresas (Empleadores y trabajadores) y a la cual sólo tienen acceso los trabajadores de dicha Institución y su carga familiar. Este tipo de atención es la que se brinda en establecimientos adscritos al Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME), PDVSA y en los Hospitales y Pabellones Militares dependientes del Instituto de Previsión Social de las Fuerzas Armada (IPSFA).

Finalmente, el sector privado está constituido por prestadores de servicios que reciben pagos por el servicio de salud prestado y por compañías aseguradoras. Este tipo de atención se lleva a cabo en consultorios privados y en Clínicas y Policlínicas.

5.5.6 La Red Institucional del Sector Salud en Venezuela.

- **Organización Geográfica-administrativa del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS)**

El Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) es el ente rector de la Política Sanitaria en Venezuela. En la estructura Geográfica del MPPS pueden identificarse 3 niveles administrativos:

1. Nivel Nacional o Central

- Jurisdicción: todo el país
- Máxima autoridad: Ministro(a) del Poder Popular para la Salud.

2. Nivel Intermedio o Regional

- Jurisdicción: Entidad Federal o estado.
- Máxima autoridad: Director Regional de Salud

3. Nivel Local o Municipal:

- Jurisdicción: Municipio Sanitario o Coordinación Municipal de Salud.
- Máxima autoridad: Jefe del Municipio Sanitario o Coordinador Municipal de Salud.

El Municipio Sanitario es una unidad técnico administrativo dependiente de la Dirección Regional de Salud, con jurisdicción territorial fijada en función de zonas geográficas, socioeconómicas u otras que contribuyen a configurar una unidad programática y fluidez administrativa, comprende Municipios o Parroquias y tiene como cabecera la sede del establecimiento de Atención Médica, de tipo hospitalario que

sirva de centro de referencia y de apoyo administrativo y epidemiológico (UCLA, s.f. p. 1).

- **Clasificación de los Establecimientos de Salud en Venezuela: Esquema Tradicional (Ambulatorios y Hospitales).**

La clasificación tradicional de los establecimientos de salud en Venezuela atiende a lo establecido en la Gaceta Oficial N° 32.650, Decreto N° 1.798 del 21 de enero de 1983, según la cual dichos establecimientos se dividen en Ambulatorios y Hospitales, estableciéndose específicamente de la siguiente manera:

- ✓ **Ambulatorios.**

- Ambulatorios Rurales: Tipo I y II.
- Ambulatorios Urbanos: Tipo I, II y III.

- ✓ **Hospitales:** Tipo I, II, III y IV.

Los Ambulatorios son Estructuras asistenciales donde se presta atención médica integral, general y familiar a nivel primario y secundario. La clasificación establecida responde a las siguientes características:

AMBULATORIOS RURALES

TIPOS	TIPO I	TIPO II
CARACTERÍSTICAS		
UBICACIÓN	Áreas de población dispersa menor de 1.000 hab.	Áreas de población dispersa o concentrada más de 1.000 hab.
ATENDIDO POR	Auxiliar de medicina simplificada bajo la supervisión médica y de enfermería	Médicos Generales
DEPENDENCIA	Dirección del Distrito Sanitario (Actualmente Municipio Sanitario)	Dirección de Distrito Sanitario (Actualmente Municipio Sanitario)

AMBULATORIOS URBANOS

TIPOS	TIPO I	TIPO II	TIPO III
CARACT.			
ATENCIÓN MÉDICA	Integral del nivel Primario	Integral del nivel Primario	Integral del nivel Primario y secundario
ATENDIDO POR	Médicos generales y familiares	Médico general con experiencia administrativa y capacitación docente	Médico con curso médico de Clínica Sanitaria.
SERVICIOS	Odontología y Psicosocial	Obstetricia, Pediatría, Básicos de: Laboratorio, Radiología, Emergencia Permanente.	Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-obstetricia y Pediatría. Servicio de Departamento de Dermato-venereología, Cardiología y Emergencia.
DEPENDENCIA	Distrito Sanitario (Actualmente Municipio Sanitario)	Hospital de su Jurisdicción	Hospital de su Jurisdicción

Por su parte, el Hospital, según la OMS se define como

parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica sanitaria completa tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médico sanitario y de investigación biopsicosocial. (O.M.S, citado por Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, s.f, p. 1)

Entre las funciones del Hospital como establecimiento sanitario pueden destacarse las siguientes:

✓ **Asistencia:**

- Prevención, curación y rehabilitación de la salud.
- Implementación o ejecución de Programas de salud pública.

✓ **Docencia:**

- Pregrado.
- Postgrado.
- Pasantías.
- Preparación y capacitación del personal técnico y administrativo.

✓ **Investigación:**

Aspectos médicos, biopsicosociales y técnico-administrativos del Hospital como organización institucional.

Los Hospitales se dividen, según la clasificación tradicional de los establecimientos de salud en Venezuela, de acuerdo a las siguientes características:

TIPOS DE HOSPITALES

TIPOS	TIPO I	TIPO II	TIPO III	TIPO IV
CARACT.				
ATENCIÓN MÉDICA	Médico odontológico, Ambulatorio nivel Primario y Secundario.	Nivel Primario, Secundario y algunos Terciarios	Integral en los tres niveles de servicio.	Tres niveles clínicos son proyección hacia un área regional.
UBICACIÓN FUNCIONAL DE LA POBLACIÓN	Pob. hasta 20.000 hab. Área de influencia 60.000 hab.	Pob. mayores de 20.000 hab. Área de influencia 100.000 hab.	Pob. Mayor de 60.000 hab. Área de influencia 400.000 hab.	Pob. < 100.000 hab. Área de influencia 1.000.000 hab.
Nº DE CAMAS	20 - 60	60 - 150	150 - 300	Más de 300 und. de larga estancia
OTRAS ACTIVIDADES	Centro de referencia de Nivel Ambulatorio	Activ. docentes, asistenciales de pre y postgrado, paramédicas y de investigación	Docencia a nivel pregrado y tecnológico, Sede de post - grado y De investigación.	Docencia de pre y postgrado a todo nivel, sede de facultad de medicina y activ. De investigación
SERVICIOS BÁSICOS	Medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría, laboratorio, anestesia, farmacia y emergencia	Medicina, cardiología, psiquiatría, dermatovenereología y neumonología, cirugía, traumatología, oftalmología y ORL, gineco-obstetricia, pediatría, enfermería, trabajo social y dietética	Tipo II Dpto. De especialidades dispone de: Nutricionistas y Lic. en Enfermería	Tipo III Serv. de Medicina: Inmunología, Endocrinología, Geriatria, med. del trabajo, Med. Nuclear y Genética Médica. Servicio de Cirugía: Neurocirugía, Ortopedia y Proctología.

Uno de los aspectos relevantes considerados para esta clasificación es el nivel de atención médica prestada en los diferentes establecimientos de salud. El nivel de atención se define como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población (Julio et al, 2011, p. 12). De esta forma se distinguen tres niveles de atención: Primario, Secundario y Terciario.

✓ **Nivel Primario (Atención Primaria en Salud).**

- Primer contacto con el sistema sanitario.
- Atención básica integral a individuos, familia y comunidades.
- Ambulatorios rurales y urbanos tipos I y II

✓ **Nivel Secundario:**

- Centro de referencia del nivel primario.
- Casos que ameriten especialidades y servicios auxiliares de diagnóstico.
- Ambulatorios urbanos tipos II y III

✓ **Nivel Terciario:**

- Centro de referencia del nivel primario y secundario.
- Casos que ameriten especialidades y subespecialidades con servicios de diagnóstico y tratamiento completos.
- Hospitales

Es importante destacar que esta clasificación fue modificada posteriormente, luego de la implementación del Programa Misión Barrio Adentro, presentándose una nueva denominación que será descrita en el siguiente punto, sin embargo en la práctica puede observarse muchos establecimientos de salud siguen considerando las características señaladas en este esquema tradicional.

- **Misión Barrio Adentro, la Red de Atención Comunal de Salud y las Nuevas Normas de Clasificación de Establecimientos Asistenciales del Sistema Público Nacional de Salud.**

La Misión Barrio Adentro tiene sus antecedentes en el año 1999, en el marco de los acontecimientos registrados como producto del deslave ocurrido en el estado Vargas, situación ante la cual llega al país un grupo de médicos cubanos a prestar su colaboración. En este contexto, el entonces Alcalde del Municipio Libertador de Caracas, Fredy Bernal, plantea el diseño e implementación de un Plan Piloto dirigido al fortalecimiento de la red ambulatoria en Venezuela, donde se hiciera énfasis en el nivel primario de atención en salud.

En base a este proyecto, en el año 2003 nace la Misión Barrio Adentro, lo cual es oficializado en la Gaceta Oficial Extraordinaria N° 37865, Decreto N° 2745 de fecha 26 de enero de 2004, estableciéndose como punto de partida para lo que posteriormente se convertiría en el programa bandera en materia de salud del gobierno presidido por el entonces presidente Hugo Chávez Frías.

La Misión Barrio Adentro se plantea como objetivo “Garantizar el acceso a los servicios de salud de la población excluida, mediante un modelo de gestión de salud integral orientado al logro de una mejor calidad de vida”. (Ministerio del Poder Popular de Planificación, S/F, p. 1).

La primera fase del programa, lo que se conoce como Barrio Adentro I, se planificó e inició, como ya fue señalado, en un conjunto de barrios del Municipio Libertador del Distrito Metropolitano. Los médicos cubanos fueron alojados en las viviendas de familias que se ofrecieron voluntariamente para recibirlos y se instalaron y equiparon consultorios en espacios diversos de la comunidad, la mayoría en casas de familia. La llegada de estos médicos, así como sus acciones en las comunidades, fueron posibles por la presencia de diferentes formas de organización existentes en las mismas (Alayón, 2005).

Posteriormente serían construidos, en el marco de esta primera etapa del programa, las estructuras hexagonales denominadas Módulos o Consultorios Populares, los cuales fueron definidos como los “ambientes físicos existentes en las comunidades acondicionados y dotados con los recursos humanos y materiales

necesarios para brindar la atención médica gratuita a toda la población” (MPPS, 2008).

Siguiendo los planteamientos de la Organización Panamericana de la Salud (2006), los objetivos de los consultorios populares están orientados a promover y cuidar la salud integral de personas, familias y comunidades; identificar y practicar el diagnóstico temprano y la consulta periódica de control de la embarazada; practicar la vigilancia nutricional y contribuir al logro de una alimentación adecuada; impulsar la organización de los comités de salud y redes sociales bajo control comunitario; y propiciar los espacios para la educación en salud y para el saneamiento ambiental (OPS, 2006, p. 54).

Además de los Consultorios Populares, fueron establecidos otros componentes en este programa tales como los Consultorios Odontológicos, las Ópticas Populares, Misión Milagro, Barrio Adentro Deportivo y los Comités de Salud. En el año 2005 se da inicio a una segunda etapa denominada Misión Barrio Adentro II, con la finalidad de continuar con los cambios que introdujo la atención médica primaria de Barrio Adentro I en los consultorios populares, a través de la construcción y dotación de unidades médicas de tamaño mediano y de atención más específica. Es así como se da inicio a la construcción y dotación tecnológica de Centros de Diagnóstico Integral (CDI), Centros de Alta Tecnología (CAT) y las Salas de Rehabilitación Integral (SRI), estas últimas con el objetivo de brindar rehabilitación a personas con discapacidad.

En este contexto surge la necesidad de una estructura organizacional pequeña que permitiera un mayor control y una mejor atención integral y es así como en el año 2006 son creadas las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC), como estructura organizacional de los servicios de salud de Barrio Adentro que permitiera ofertar una atención integral, integrada y continua. La ASIC es definida en primera instancia como

un sistema de unidades asistenciales y docentes del primer nivel de complejidad de una red de servicios de salud, que benefician a un conglomerado social de familias, ciudadanos y ciudadanas que habitan en un territorio social determinado, que comparten una

historia e intereses comunes, se conocen y relacionan entre sí, usan los mismos servicios públicos y comparten necesidades y potencialidades similares: económicas, sociales, urbanísticas, sanitarias y de otra índole. Todas disponen como denominador común de un Centro Médico de Diagnóstico Integral (Rodríguez Morales, 2008, p. 59).

En este mismo año 2006 es implementado Barrio Adentro III con la finalidad de recuperar y fortalecer la Red Hospitalaria del país y el 20 de agosto de 2006, es implementado, con la inauguración del Hospital Cardiológico Infantil "Dr. Gilberto Rodríguez Ochoa" en Caracas, lo que se conoce como Misión Barrio Adentro IV, que tiene como objetivo la construcción de hospitales especializados en distintas áreas.

Como puede observarse, la Misión Barrio Adentro se inicia como un proyecto social de desarrollo comunitario, con una fuerte participación y protagonismo ciudadano, que surge desde una iniciativa local para responder a unas necesidades geográficas e históricas muy concretas de los barrios pobres de Caracas, en el que se incluía, no sólo el acceso a los servicios sanitarios, sino también la atención en aspectos relacionados a la vivienda, medio ambiente, nutrición, recreación, educación y empleo. Sin embargo, en la actualidad, en medio de una crisis de salud que golpea con la escasez de medicamentos e insumos tanto en centros públicos como privados puede afirmarse, en líneas generales, que los objetivos propuestos en este programa no se han logrado.

La idea inicial de la implementación de Barrio Adentro fue, como ya ha sido planteado, el fortalecimiento de la red ambulatoria de salud en el país y con ello, la promoción de la Atención primaria en salud, aumentando su capacidad resolutive mediante la implementación, consolidación y extensión de la prevención y promoción de la salud. No obstante, a partir de 2005, con la puesta en marcha de Barrio Adentro II, a través del funcionamiento de los CDI, las SRI y los CAT, fueron reformulados los objetivos iniciales de este programa de salud.

El nuevo objetivo, mucho más ambicioso, se trazó la estructuración de un sistema de atención con distintos niveles de complejidad y capacidad de resolución, orientado a convertirse en el nuevo sistema de salud pública para el país (Patruyo, 2008). Al respecto, Díaz Polanco (2016), plantea que este relanzamiento de Barrio Adentro no representó más que

una nueva “propaganda oficial” de un programa que se ha caracterizado por tener un conjunto de establecimientos que eventualmente atienden a la población, con un conjunto de medidas ajenas al ideario nacional, con insumos cuyo control sanitario no existe, con una presencia eventual porque muchos módulos están cerrados o no cumplen el horario establecido, y con una cobertura que no es real. (p.1).

En tal sentido, las investigaciones del Observatorio Venezolano de Salud del Centro de Estudios del Desarrollo de la Universidad Central de Venezuela (CENDES) confirman que entre 60% y 70% de la población de escasos recursos y sin una póliza prefiere asistir a la red tradicional, en contraste con 17% que visita la red Barrio Adentro (López, 2009, p.2). Ya para mediados del 2009 se contabilizaban 2.000 módulos populares pertenecientes a la Misión Barrio Adentro I abandonados y sin personal de salud (Alcántara Moreno, 2012, p. 5) y para el año 2017, se establecía que

las metas propuestas cada año, referentes a la ampliación del sistema, así como la construcción y equipamiento de los centros no se alcanzan, no llega al 100% de cobertura a lo largo y ancho del país, ocasionándose el cierre de algunos centros de salud por falta de insumos y personal médico (Guerrero, 2017, p. 1).

Asimismo se afirmaba que la falta de planificación y la improvisación en la toma de decisiones referente a la misión Barrio Adentro, así como los cambios constantes en la comisión a cargo de la misma y el manejo inadecuado de los

recursos que se asignan contribuyeron, entre otros factores, al detrimento de lo que en principio se planteó como un programa para fortalecer el sistema de salud venezolano. (ob. Cit)

De igual forma, puede plantearse que aun cuando esta Misión se concibe y se promueve como una estrategia para fortalecer, en el marco del desarrollo de acciones de prevención y atención primaria en salud, aspectos que estaban débiles como el fortalecimiento de estrategias para el diagnóstico temprano de problemas de salud focalizados de la comunidad, la participación comunitaria a nivel de atención primaria, la necesidad de una mayor cercanía e interacción del equipo de salud con la población y sobre todo la motivación para que las personas asumieran comportamientos o hábitos preventivos y de autocuidados (por ello la modalidad del equipo de salud o del médico viviendo o proveniente de la comunidad), en la práctica se observa una realidad contraria a la esperada.

En el año 2015, como una forma de fortalecer el programa Misión Barrio Adentro, son desarrolladas acciones dirigidas a la implementación de la denominada Red de Atención Comunal de Salud (RACS), tomando como premisa para ello los planteamientos desarrollados en el Plan de la Patria 2013 – 2019 y el Plan de Salud 2014 – 2019, los cuales determinaban la necesidad de una reestructuración del Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) en el país que diera cabida a la instauración de esta red.

Específicamente, el Segundo Plan Socialista (Plan de la Patria 2013-2019), en lo relacionado con las Políticas y Programas del Sector Salud, plantea como uno de sus objetivos unificar la rectoría y los subsistemas de salud en el marco de las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) creadas en el año 2006. Se establece entonces, para tal fin, la concepción de esta nueva estructura de atención en salud, la cual tiene como base a la integralidad y las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC) como territorio social fundamental (MPPS, 2016, p. 2).

En el año 2014 el MPPS, en aras de implementar la Red Integrada de Salud del sector público, instaura las nuevas Normas de Clasificación de Establecimientos Asistenciales del Sistema Público Nacional de Salud, derogando de esta forma las que existían desde el año 1983. En esta normativa son incluidas

las Áreas de Salud Integral Comunitaria (ASIC) en las cuales funcionaría principalmente la Red de Atención Comunal, conformada, a su vez por los establecimientos de salud adscritos a Barrio Adentro.

Se implementa de esta manera la creación formal de la Red de Atención Comunitaria de Salud, mediante la Resolución N° 400, publicada en Gaceta Oficial N. 40.723, del 13 de agosto de 2.015, al establecerse la clasificación de los establecimientos que conforman el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), siendo definida de manera concreta por el Ministerio del Poder Popular para la Salud, como “el conjunto de establecimientos, servicios, acciones comunales y médicas del Sistema Público Nacional de Salud, dirigidos garantizar el derecho a la salud de las personas, la familia y la comunidad dentro del primer nivel de atención” (MPPS, 2016, p.12). Se determina asimismo la necesidad de llevar a cabo la reorganización de la estructura y funcionamiento de los establecimientos que la conforman esta red, así como la revisión la definición del modelo de atención a ofrecer en dichos establecimientos (MPPS, 2016, p. 11).

De esta forma se promueve definitivamente, por una parte, el cambio de denominación de los establecimientos de salud establecida en la gaceta oficial N° 32.650, Decreto N° 1.798 de fecha 21 de Enero de 1983, la cual determina que dichos centros de salud se clasifican en Ambulatorios (Rurales y Urbanos) y Hospitales, cada uno de ellos con una respectiva tipología, de acuerdo a características particulares en cuanto al área geográfica donde se ubican, nivel de atención en salud que prestan, recursos institucionales que poseen, entre otros parámetros administrativos considerados a este fin. Por otra parte se establece que el desarrollo de las acciones a ejecutar debe estar enmarcado en el Modelo de Atención Integral (MAI).

En este sentido, se plantea la reorganización de los establecimientos que conforman esta red de atención, de acuerdo a lo establecido en la Resolución N. 400, publicada en Gaceta Oficial N. 40.723, del 13 de agosto de 2.015, con la finalidad de determinar la clasificación de los establecimientos que conforman el Sistema Público Nacional de Salud, son planteados los criterios para la clasificación de los servicios e instauración de la RASC. Siguiendo los

planteamientos del MPPS (2016, pp. 32-38), los establecimientos de salud correspondiente a la Red de Atención Comunal de Salud administrativamente son denominados de la siguiente forma:

✓ **Consultorios Populares tipo 1 (C.P. T.1):**

- Cubre una población hasta mil (1.000) personas o doscientas (200) familias, dentro de los territorios sociales bajo su responsabilidad.
- Ofrece Servicios de promoción para la salud, inmunización y otras actividades de prevención de enfermedades, así como otras actuaciones de Salud debidamente protocolizadas por el Ente Rector en Salud.
- Disponen de un Promotor(a) de Salud debidamente certificado por el ente rector en salud, supervisado por un médico o una médica responsable del Consultorio Popular Tipo 2 más cercano.

✓ **Consultorios Populares tipo 2 (C.P. T.2):**

- Tienen un área de responsabilidad poblacional desde 1.000 y 2.500 personas o entre de 200 y 500 familias, preferiblemente 1250 personas o 250 familias, dentro de los territorios sociales bajo su responsabilidad.
- Ofrece Servicios de promoción para la salud, inmunización y otras actividades de prevención de enfermedades, atención médica general integral y comunitaria al individuo(a), familia y comunidad, cuidados básicos de enfermería y atención al medio escolar, laboral y ambiental. Todas las actuaciones de Salud deben estar debidamente protocolizadas por el Ente Rector en Salud.
- Cuentan con un Grupo Básico de Salud (GBS) conformado por un médico(a), una enfermera(o), un Promotor(a) de Salud debidamente certificados por el ente rector en salud.

✓ **Consultorios Populares tipo 3 (C.P. T.3):**

- Tienen un área de responsabilidad poblacional de más de 2.500 personas y más de 500 familias.
- Ofrecen los mismos servicios que un Consultorio Popular Tipo 2, existe una unidad o servicio de odontología comunitaria y medios diagnósticos básicos dentro del centro o en su área de influencia. Dentro de su organización pueden coexistir, de forma eventual o permanente, otros servicios de atención a la salud comunal dependiendo de las necesidades y características de la comunidad.
- Cuentan con uno a tres Grupo Básicos de Salud debidamente certificados por el ente rector en salud. Dependiendo de las necesidades de salud locales y de los servicios y dimensiones de los establecimientos, puede incorporarse otro personal de salud.

✓ **Consultorios Odontológicos Populares (C.O.P):**

Son unidades básicas de salud que forman parte del Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), ubicadas en la comunidad, que asume la responsabilidad de la atención odontológica integral de la población asignada. Pueden constar de uno hasta diez sillones o unidades odontológicas. Los servicios pueden estar ubicados en un Centro de Diagnóstico Integral (CDI), Sala de Rehabilitación Integral (SRI), Centro de Alta Tecnología (CAT), Consultorio Popular (CP), locales adaptados, casas de familias, instituciones de salud del Estado, Unidades Militares, Casas Comunales, Escuelas, Locales de Alcaldías y Gobernaciones. Sus características son las siguientes:

- Atienden una población correspondiente entre 4 y 8 Consultorios Populares Tipo 1 o 2; en caso de estar ubicado dentro de un Consultorio Popular Tipo 3 o en su área de influencia solo podrá cubrir adicionalmente hasta 3 Consultorios Populares Tipo 1 o 2.

- Ofrecen servicios integrales de salud bucal de manera ambulatoria y gratuita a la población general y al medio escolar. Funcionan en red con los Centros de Atención Odontológica Integral.
- Son atendidos por un Grupo Básico de Salud Bucal (GBSB) compuesto por un (a) Odontólogo(a) y un técnico(a) en el área de salud bucal por cada sillón odontológico. En dependencia de las necesidades del área de responsabilidad poblacional, podrán incluirse otros miembros al Grupo Básico de Salud Bucal (GBSB).

✓ **Ópticas Populares (O.P):**

Son unidades básicas de salud que forman parte del Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), ubicadas en la comunidad, que asume la responsabilidad de la atención integral a la población con trastornos visuales no complicados. Sus características son:

- Atienden una población correspondiente como mínimo a cinco Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC).
- Ofrecen servicios integrales de óptica y optometría de forma gratuita, oportuna y ajustada a las necesidades de la población atendida y funcionan en red con los Centros de Atención Oftalmológica Especializada.
- Son atendidos por un Grupo Básico de Salud Visual (GBSV) compuesto por un (a) Optometrista y un (a) técnico en corte y monta de cristales ópticos, supervisados por un oftalmólogo(a) del Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC).

✓ **Centros de Diagnóstico Integral (C.D.I):**

Son instituciones de salud que garantizan los servicios médicos, quirúrgicos y diagnósticos de durante 24 horas a usuarios(as) que requieren atención de emergencia o referidos desde los consultorios populares de un Área de Salud Integral Comunitaria. Sus características son las siguientes:

- Atienden integralmente a la población del territorio social del Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), que está bajo su responsabilidad.
- Ofrecen los servicios de Apoyo Vital (Emergencias) 24 horas, Observación hasta 72 horas, Rayos X, Ecosonografía, Endoscopía, Oftalmología, Terapia Intermedia, Enfermería y otros que formen parte de la red complementaria de diagnóstico y tratamiento para niñas, niños y adolescentes; adultos y adultas, embarazadas y atención de partos de bajo riesgo.
- Cuentan con un Grupo Multidisciplinario de Salud (GMS), compuesto por: Médicos(as), Especialistas, Enfermeras(os), Oftalmólogo(a), Técnicos(as), Farmacéutico(a), Personal de Apoyo gerencial y de mantenimiento. Dependiendo de las necesidades de salud locales y de los servicios y dimensiones de los establecimientos, puede incorporarse otro personal de salud.

✓ **Salas de Rehabilitación Integral (S.R.I):**

Son establecimientos de salud que brindan atención al usuario (a) con discapacidad referidos de diferentes centros asistenciales cercanos a su domicilio. Sus características son las siguientes:

- Atienden integralmente a la población y personas con discapacidad del territorio social del Área de Salud Integral Comunitaria (ASIC), que está bajo su responsabilidad.
- Brindan los siguientes servicios: medicina física y rehabilitación médica incluyendo electroterapia, termoterapia, gimnasio terapéutico, terapia ocupacional, masoterapia, hidroterapia, podología, medicina natural y tradicional y otras de acuerdo a las necesidades socioculturales; foniatría y logopedia.
- Son atendidas por un Grupo Multidisciplinario de Salud (GMS), en el área de rehabilitación integral compuesto por médica o médico fisiatra, médica o médico foniatra licenciado(a) o técnico(a)

superior en terapia física, licenciado(a) o técnico(a) superior en terapia ocupacional, licenciado(a) o técnico(a) superior en terapia del lenguaje, licenciado(a) o técnico(a) superior en psicología, licenciado(a) o técnico(a) superior en trabajo social, licenciado(a) o técnico(a) superior en podología.

Como puede observarse esta denominación básicamente es la utilizada en la implementación de la Misión Barrio Adentro, a la cual se incorporan los Ambulatorios Rurales Tipo I, Ambulatorios Rurales Tipo II y Ambulatorios Urbanos Tipo I de la clasificación anterior del año 1983, los cuales pasan a ser Consultorios Populares Tipo I, II o III según sean las características establecidas en el reglamento. Asimismo es establecida una clasificación referida a la denominada Red de Atención Ambulatoria Especializada, integrada por los Ambulatorios Urbanos Tipo II y Tipo III, las Clínicas Populares, Centros de Alta Tecnología (CAT), Centros de Atención Odontológica Integral, Clínicas Populares Especializadas y las Clínicas Odontológicas Integrales, las cuales a su vez son Centros de Misión Sonrisa (MPPS, 2017, p. 70).

Esta transición en el cambio de denominación quedó establecida de la siguiente manera:



Nota: Tomado de *Modelo de Atención Integral y Criterios para su Gestión Dentro de la Red de Atención Comunal de Salud.* (p. 31). Por MPPS. 2016

En cuanto a la Red de Atención Hospitalaria, los centros asistenciales que la conforman son clasificados de acuerdo al criterio territorial y de acuerdo a su nivel de complejidad. Según el Territorio que atienden se establecen los Hospitales Comunales y/o Municipales, Hospitales Estadales, Hospitales Regionales y Hospitales Nacionales. De acuerdo a la complejidad de la asistencia que se presta los centros hospitalarios son clasificados como Hospitales Generales y Hospitales Especializados (MPPS, 2017, p.74). Se observa así un cambio de denominación con respecto al esquema tradicional instaurado en el año 1983.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1.- Realizar un Tríptico donde sean desarrollados los siguientes aspectos inherentes a la carrera que está cursando en la Universidad de Oriente (Medicina, Bioanálisis o Enfermería:

- Definición de la Profesión, de acuerdo a la respectiva Ley de Ejercicio Profesional en Venezuela.
- Perfil Profesional (OPSU).
- Características.
- Valores y Normas que rigen la Profesión
- Personajes Destacados en Venezuela.
- Juramento.
- Día Nacional, destacando el motivo.
- Organización Gremial a nivel Nacional y Regional.
- Campo Laboral

2. Representar Sociodramas sobre las carreras de Enfermería, Medicina y Bioanálisis, donde sean destacados los aspectos presentados en la actividad 1.

3.- Elaborar una Infografía sobre la Atención en Salud y Establecimientos de Salud Pública en Venezuela (Clasificación Tradicional), destacando los siguientes aspectos:

- ✓ Definición de Atención Médica o Atención en Salud.
- ✓ Tipos de Atención en Salud: Pública, Privada, Restringida o Mixta.
- ✓ Niveles de Atención en Salud: Primaria, Secundaria y Terciaria.
- ✓ Clasificación Tradicional de los Establecimientos de Atención en Salud Pública en Venezuela:
 - Definición de Ambulatorio.

- Tipos de Ambulatorios Rurales, Características de cada uno de ellos.
- Tipos de Ambulatorios Urbanos, Características de cada uno de ellos.
- Definición de Hospital según la OMS.
- Tipos de Hospitales en Venezuela. Características de cada uno de ellos.
- Reclasificación y cambio de denominación de los establecimientos de salud en Venezuela.

4.- Realizar una Línea de Tiempo sobre la evolución de la Misión Barrio Adentro, resaltando los siguientes aspectos:

- ✓ Antecedentes
- ✓ Barrio Adentro I (Fecha de inicio, Objetivos, Establecimientos de Salud que lo conforman)
- ✓ Barrio Adentro II (Fecha de inicio, Objetivos, Establecimientos de Salud que lo conforman)
- ✓ Barrio Adentro III (Fecha de inicio, Objetivos, Establecimientos de Salud que lo conforman)
- ✓ Barrio Adentro IV (Fecha de inicio, Objetivos, Establecimientos de Salud que lo conforman)

5.- Elaborar un Mapa Conceptual sobre la Red de Atención Comunitaria (RACS), destacando los siguientes puntos:

- ✓ Qué es la Red de Atención Comunal de Salud (RACS)?
- ✓ Características de la Red de Atención Comunal de Salud.
- ✓ Qué son las Áreas de Salud Integral Comunitarias (ASIC)?
- ✓ Establecimientos de la Red de Atención Comunal de Salud que conforman las ASIC.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

Alayón, R. (2005). Barrio Adentro: Combatir la Exclusión Profundizando la Democracia. *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*. Vol. 11, Nº. 3. Caracas.

Alcántara Moreno, G. (2012). *La Mision Barrio Adentro en Venezuela y la Globalizacion. Debilidades institucionales*.
<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/4534/1/La-Mision-Barrio-Adentro-en-Venezuelay-la-globalizacion-Debilidadesinstitucionales.html>

Castellano Arroyo, M. (2020). *La Medicina Ciencia y Arte, Siempre Junto al Enfermo, También al Final de la Vida*. https://analesranm.es/wp-content/uploads/2020/numero_137_03/pdfs/rev07.pdf

Código de Deontología Médica (1985). Federación Médica Venezolana.
<https://docs.venezuela.justia.com/federales/codigos/codigo-de-deontologia-medica.pdf>

Código Deontológico de los Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela. (2008). Federación de Colegio de Profesionales de la Enfermería de la República Bolivariana de Venezuela.
<https://licdojesusurbina.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/05/codigo-deontologico.pdf>

Díaz Polanco, J. (2016) *Barrio Adentro no puede considerarse un sistema de salud.* <https://informe21.com/actualidad/barrio-adentro-no-puede-considerarse-un-sistema-de-salud>.

Guerrero, K. (2017). *Barrio Adentro ¿Fortaleza o Debilidad para el Sistema de Salud Venezolano?* <http://actualidadygente.com/noticias-de-merida-venezuela/noticias-merida-informacion-general-merida/78859-barrio-adentro-fortaleza-o-d>

Julio, V.; Vacarezza, M.; Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). *Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud.* (<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>)

Ley de Ejercicio del Bioanálisis. (1973). Gaceta Oficial de la República de Venezuela N° 30.160. 23 de julio de 1973.

Ley del Ejercicio Profesional de la Enfermería. (2005). Gaceta Oficial de la República Bolivariana de Venezuela N° 38.263. 01 de septiembre de 2005. Caracas.

Ley de Ejercicio del Trabajo Social. (2008). Gaceta Oficial N° 39.020 de la República Bolivariana de Venezuela. 19 de Septiembre de 2008. Caracas.

Ley de Reforma de la Ley del Ejercicio de la Medicina (2011). Gaceta Oficial N° 39.823 de la República Bolivariana de Venezuela. 19 de diciembre de 2011. Caracas.

López, L. (9-08-2009). *La agonía del sistema de salud.* *El Nacional*, Siete días, pág. 1-3.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2017). *Lineamientos Rectores para la Gestión de la Red de Atención Comunal de Salud (RACS) en el Área de Salud Integral Comunitaria*. Caracas: Universidad de las Ciencias de la Salud “Hugo Chávez Frías”.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2016). *Modelo de Atención Integral y Criterios para su Gestión dentro de la Red de Atención Comunal de Salud*. Caracas.

Ministerio del Poder Popular para la Salud (2014). *Plan Nacional de Salud 2014-2019*. (2e). Caracas.

Ministerio del Poder Popular de Planificación (S/F). *Base de Datos sobre Programas Sociales. Misión Barrio Adentro*. www.gerenciasocial.gob.ve/wwwroot/bases.../RMISION_BARRIO_ADENTRO_I.html

Ministerio del Poder Popular para la Salud. (2008). *Barrio Adentro*. www.mmpps.gob.ve

Oicina para la Planificación del Sector Universitario (OPSU). (s.f). *Libro de las Oportunidades de Estudio*. <https://loeu.opsu.gob.ve/>

OPS. (2006). *Barrio Adentro: Derecho a la Salud e Inclusión Social en Venezuela*. Caracas: OPS/OMS para Venezuela.

Patruyo, T. (2008). *El estado actual de las misiones sociales: balance sobre su proceso de implementación y estructuración*. Caracas: ILDIS.

Perdomo, R. (s.f). *La atención Médica*. Mimeografiado. UDO

Rodríguez Morales, J. (2008). *Modelo de Salud Integral Comunitaria*.

http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/domingo_20130122.pdf

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. (s.f). El Entorno Hospitalario.

<https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/auxiliares/area1.pdf>

UCLA. (s.f). *Estructura Sanitaria y Niveles Administrativos*.

<http://www.ucla.edu.ve/dmedicin/departamentos/medicinapreventivasocial/comunitaria/salud%20comunitaria/unidadv.htm>

CAPÍTULO VI
RELACION EQUIPO DE SALUD-PACIENTE

CAPÍTULO VI

RELACION EQUIPO DE SALUD- PACIENTE

6.1 OBJETIVO TERMINAL.

Destacar la importancia de la relación Equipo de Salud - Paciente en el ejercicio de la práctica profesional de la Salud.

.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Definir la Relación Equipo de Salud- Paciente.
- Identificar los diferentes aspectos socio – culturales y psicológicos que estarán presentes en la relación integrantes del equipo de salud - pacientes.
- Explicar las expectativas y motivaciones que envuelven la relación equipo de salud - paciente.
- Caracterizar modelos sociológicos de la relación equipo de salud - paciente.
- Describir estrategias para mejorar la relación equipo de salud- paciente y explicar su importancia.

.3 ESTRATEGIAS.

- **Docente:**
 - Exposición Oral.
 - Organización de equipos de Trabajo.
 - Asignación de Lecturas.
 - Proyección de materiales audiovisuales.
 - Asignaciones Escritas Individuales y Grupales (Informes, Mapas Conceptuales, Análisis de material audiovisual).

- **Estudiante:**

- Lectura de materiales bibliográficos asignados.
- Análisis de Lecturas Asignadas.
- Análisis de Material Audiovisual
- Preparación de material de apoyo.
- Elaboración de trabajos escritos.
- Interacción grupal.

6.4 EVALUACIÓN.

- Pruebas escritas.
- Asignaciones escritas individuales y Grupales (Informes, Mapas Conceptuales, Análisis de material audiovisual)
- Interacción en clase (individual).
- Interacción grupal.

6.5 CONTENIDO.

6.5.1 La Relación Equipo de Salud-Paciente: Definición.

El equipo de salud puede definirse como el conjunto multidisciplinario de personas que trabajan conjuntamente para asegurar los cuidados sanitarios a individuos, familias y comunidades. Por otra parte se plantea que el paciente es el individuo receptor de un servicio de salud pero esta definición se observa como sustentada en la percepción de que el paciente es un objeto de intervención, la cual debe ser superada por cuanto el paciente es un sujeto activo que etimológicamente sufre y padece por la presencia de una alteración en su organismo.

Partiendo de estas definiciones, correspondiente a los actores existentes en la Relación Equipo de Salud – Paciente, ésta puede definirse, según Llor *et al* (1995), como “aquella que se establece cuando los profesionales de la salud aplican sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico, cuidado y tratamiento de un enfermo” (p. 219). La finalidad es devolver la salud al paciente, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad.

Debe asimismo considerarse que esta relación es un proceso multidireccional que se lleva a cabo entre el paciente, el equipo de salud y la familia del paciente (sobre todo en las enfermedades crónicas) por cuanto el individuo no es un ente aislado o que se aísla para enfermarse sino que es un ente biopsicosocial, razón por la cual pueden entenderse mejor si se ubican dentro del marco del contexto inmediato de la persona (la familia), de su cultura, de su sociedad.

6.5.2 Aspectos Psico Sociológicos y Culturales de la Relación Equipo de Salud - Paciente.

La relación equipo de salud paciente y está determinada por una serie de factores psicosociológicos y culturales que, de alguna u otra manera, influyen en el desarrollo de la misma ya que el hombre enferma y reacciona a la enfermedad dentro de su entorno societario, es decir, es en este contexto donde adquiere

sentido la explicación etiológica, en base a las creencias y concepciones que se tenga sobre la enfermedad y la conducta o respuesta que se asume ante la misma.

Desde el punto psicológico puede plantearse, en líneas generales, que las enfermedades han sido históricamente consideradas un elemento perturbador que, al presentarse, crea en el individuo un estado de ansiedad ante el temor que provoca el sufrimiento y la muerte. En tal sentido debe considerarse que la relación Equipo de Salud – Paciente es, ante todo, una relación humana que lleva implícita una petición de ayuda por parte del paciente ante este temor que provoca la enfermedad. Esta solicitud difícilmente será entendida si no existe una disposición de servicio por parte del equipo de salud que vaya más allá del interés científico hacia la enfermedad, que incluya conductas asociadas a la empatía, respeto, cordialidad, consideración y ética, desencadenando una relación interpersonal cuyo fin concreto sea alcanzar el mayor grado de salud posible y no sólo una relación médico – enfermedad.

Por otra parte, desde el punto de vista sociocultural, es importante considerar que en sociedades como la nuestra, la relación Equipo de salud – Paciente, o más específicamente la relación Médico – Paciente, es una relación desigual, determinada a su vez por las relaciones sociales imperantes en la sociedad, dándose así una relación de asimetría y verticalidad (superior – inferior) donde el médico tiene el poder que le otorga el conocimiento o el código del saber médico, además de la autoridad legitimada socialmente y donde el paciente solo debe seguir las instrucciones de este. Toda esta situación puede derivar en un proceso de medicalización donde, en algunas ocasiones, sólo importa el punto de vista del médico, patrón este propio de la medicina tecnocrática, basado en la corriente biologicista que privilegia el enfoque curativo en detrimento del carácter preventivo del control de la salud por parte del propio sujeto.

6.5.3 Expectativas y Motivaciones Presentes en la Relación Paciente e Integrantes del Equipo de Salud.

Puede definirse expectativas como las manifestaciones, obras, acciones, actitudes que se desean o se esperan en un momento determinado. De esta forma,

las expectativas que se presentan en la relación Equipo de Salud – Paciente son interrogantes que se hacen ambas partes y que originan que la relación se inicie incluso antes del primer contacto personal ya que, generalmente, cuando el paciente asiste a la consulta ya tiene ciertas nociones y prejuicios acerca del médico las cuales dependen de circunstancias entre las que pueden señalarse el hecho de que haya sido obligado a asistir a la consulta médica, experiencias anteriores, que el médico le haya sido recomendado, las opiniones de sus pacientes, entre otras, lo cual se traduce en la espera de ciertas acciones por parte del médico y una imagen previa de este. Es así como algunas de las expectativas del paciente respecto al médico son las siguientes:

- Competencia Profesional.
- Que muestre interés y atención.
- Que escuche y observe.
- Que se esfuerce por identificar las necesidades del paciente.
- Que tenga disponibilidad para atender al paciente.

De la misma forma es posible que el médico tenga ciertas expectativas respecto al paciente derivados de factores como: personalidad, experiencia, valores y prejuicios personales. Las expectativas de los médicos respecto a los pacientes generalmente están asociadas a la aceptación del diagnóstico y el cumplimiento de indicaciones.

En cuanto a la motivación, esta puede definirse como la causa, razón adecuada y estímulo suficiente para inducir una acción encaminada a satisfacer una necesidad individual o social. También se define como el interés, voluntad, entusiasmo e incentivo que hace reaccionar a una persona ante una determinada situación.

En la relación profesional salud – paciente pueden desarrollarse una vez que se produce la misma un intercambio circular de mensajes denominados interacción – comunicación lo cual puede traducirse en satisfacción de tipo personal que origina que el paciente se sienta motivado a continuar con la

relación, es por ello que los aspectos comunicacionales son los importantes, incluso considerados la clave del éxito en la relación equipo de salud – paciente.

6.5.4 Aspectos Comunicacionales en la Relación Equipo de Salud-Paciente (Verbal y No Verbal).

Como se planteó anteriormente, en tanto la relación profesional de la salud-paciente es una relación interpersonal, es muy importante la existencia de una buena comunicación como clave para el éxito en la misma. Según el Dr. Amílcar Ríos (2003), aprender a comunicarse con el paciente es tan importante para un médico como saber medicina ya que se ha demostrado que la mayoría de los juicios por “negligencia médica” son producto de la existencia de problemas de comunicación más que por error en el manejo de la enfermedad.

La comunicación es el proceso de transmisión de un mensaje, de un emisor a un receptor a través de un canal. En la relación profesional de la salud-paciente, los canales de comunicación más utilizados son la palabra, el silencio, la mirada y el tacto, los cuatro son complementarios en el proceso completo de la expresión-impresión. Dependiendo del canal utilizado la comunicación puede ser verbal o no verbal.

- **La Comunicación Verbal:** La comunicación verbal, se define como la transmisión de ideas, sentimientos y pensamientos a través de la palabra hablada o escrita. Este tipo de comunicación es la base para la elaboración de la Anamnesis médica, la cual constituye la parte de la historia clínica donde se recopilan los datos médicos de un paciente incluidos sus antecedentes, su familia, su entorno, sus experiencias pasadas y especialmente sus recuerdos, los cuales se utilizan para analizar su situación. Los aspectos básicos en la comunicación verbal en la Relación Profesional de la Salud- Paciente son los siguientes:

- ✓ **Transferencia:** tendencia inconsciente del paciente a utilizar en sus relaciones con el médico, actitudes, comportamientos y

sentimientos desarrollados durante su infancia en sus vínculos familiares especialmente con los padres u otras figuras de autoridad, traducándose en sentimientos positivos (afecto) o negativos (hostilidad) hacia el médico. Igualmente puede experimentar una regresión (status y sentimientos infantiles) y situación de dependencia que limita la posibilidad de desarrollar una relación de participación mutua recíproca (adulto-adulto) durante el proceso terapéutico.

- ✓ **Contratransferencia:** suma de actitudes negativas (ira, impaciencia, resentimiento, agresividad) del médico hacia el paciente cuando el médico desconoce cómo manejar estas respuestas se afecta en gran medida su relación con el paciente. El origen de la contratransferencia es similar al de la transferencia en el paciente resultado de sentimientos inconscientes producto de proyecciones e identificaciones irracionales. La contratransferencia obstaculiza y limita la acción terapéutica.
- ✓ **La empatía:** comprensión de los sentimientos del paciente y sus emociones haciéndole saber que se ha internalizado su situación. Es una forma sana, limitada y temporal de identificación. Esto quiere decir que una persona se coloca en el lugar de otra (el médico en el del paciente) lo que le permite comprender mejor sus expresiones y sentimientos.
- ✓ **El rapport:** se refiere al clima de confianza, de comprensión o agrado que debe existir entre el emisor y el receptor, a fin de que haya una comunicación efectiva. En la Relación Equipo de Salud Paciente, se trata del establecimiento de una relación armoniosa entre el profesional de la salud y el paciente.
- ✓ **La resistencia:** reacciones del paciente en contra de la relación con el médico.

- ✓ **Congruencia:** La actitud de la Congruencia se refiere a la autenticidad, sinceridad y transparencia que permita una comunicación eficaz.
- ✓ **Interés Positivo:** definido como la demostración activa a los pacientes de que se tienen sentimientos humanos, considerándolo personas valiosas, cuyos problemas le importan al profesional de la salud.

Es importante señalar que, ante las dificultades que puedan presentarse en la comunicación verbal dentro de la relación profesional de salud – paciente se sugiere:

- Reducción de la dificultad de mensajes transmitidos.
- Presentar la información ordenada.
- Formulación escrita de las instrucciones.

- **La Comunicación No Verbal:**

Es el tipo de comunicación donde los mensajes transmitidos sin palabras. Cada vez son más reconocidas las formas de comunicación no verbal en la relación Equipo de Salud – Paciente, destacándose así la importancia de ésta a dos niveles: La sensibilidad del paciente para captar señales no verbales de los profesionales de la salud y la expresividad no verbal de los pacientes que pueden serle muy útiles a los profesionales de la salud.

Entre las formas de comunicación no verbal que pueden presentarse en la relación Equipo de Salud-Paciente pueden destacarse las siguientes:

- Expresión facial (muecas, guiños, expresiones de dolor, enfado, alegría, agresividad).
- Posturas del cuerpo (grado de horizontalidad y verticalidad del emisor respecto al receptor).
- Comunicación Paraverbal (inflexiones de la voz, la intensidad, el sonido, el énfasis, las pausas, el silencio).

- Señales No verbales de engaño y ocultamiento tanto por parte del paciente como de los profesionales de la salud.

Es importante señalar que la sensibilidad y la expresividad son aspectos importantes de la comunicación no verbal entre el profesional de la salud y el paciente, pues suelen ser más espontáneos que las palabras y matizan el mensaje que se quiere transmitir.

6.5.5 Factores que Influyen Negativamente en la Comunicación Profesional de la Salud - Paciente.

Entre los aspectos que pueden influir, de forma negativa, en el proceso de comunicación entre el profesional de la salud y el paciente, pueden destacarse los siguientes:

- ✓ Palabras y gestos directamente traumatizante para el paciente, las cuales, al debilitar su seguridad, pueden provocar sentimientos de humillación o ridículo, estimular la hipocondría, atentar contra su autoestima y crear (o aumentar) desconfianza.
- ✓ Frases que niegan la existencia de enfermedad que encierran una injusticia valorativa del paciente, el cual puede sentirse acusado de simulador.
- ✓ Expresiones de autoritarismo, que puedan aumentar la dependencia hasta convertirla en subordinación o que puedan afectar a la necesaria autonomía o disminuirla.
- ✓ Cualquier manifestación de inseguridad que fácilmente puede incrementar la angustia del paciente.
- ✓ Diagnósticos precipitados no suficientemente confirmados pueden quedar fijos en el paciente y puede resultar muy difícil rectificarlos posteriormente.

- ✓ El Exceso de tecnicismos, que si bien son precisos en el lenguaje científico, tienen muchos matices en el lenguaje cotidiano y pueden desorientar.

6.5.6 Modelos Sociológicos de Relación Equipo de Salud-Paciente

La forma en la que se presenta la relación del Profesional de la Salud – Paciente puede ser variada, en función de diversos factores:

- ✓ Tipo de enfermedad (aguda – crónica).
- ✓ Grado de participación del enfermo.
- ✓ Tipo de ejercicio profesional (generalista – especialista familiar)
- ✓ Tipo de asistencia (pública – privada – ambulatoria – hospitalaria).
- ✓ Personalidad de los participantes.

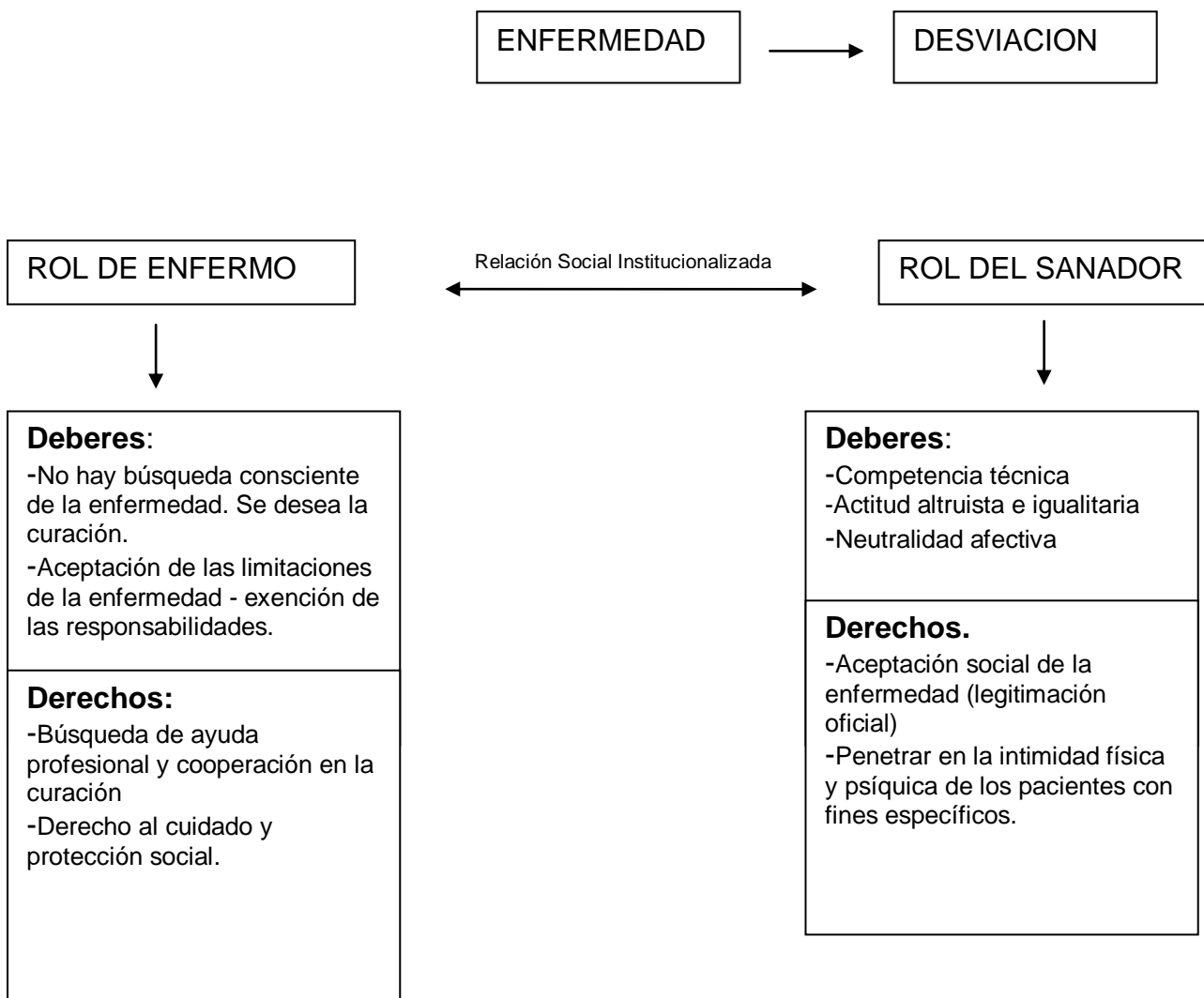
Entre los modelos sociológicos que permiten representar la relación del Profesional de la Salud-Paciente pueden destacarse los siguientes:

- **Modelo de Talcott Parsons.**

Según Talcott Parsons la sociedad constituye un sistema porque sus partes interactúan conjuntamente generando situaciones que pueden provocar cambiar dentro de los límites de la integridad del sistema social. De esta forma existen elementos funcionales, los que contribuyen a la integración del sistema y de elementos disfuncionales, aquellos que amenazan su integridad. Desde este punto de vista la salud es un elemento funcional para el sistema social por cuanto el funcionamiento normal de una sociedad requiere determinados niveles de salud.

La enfermedad, a su vez, es considerada un hecho disfuncional en cuanto incapacita a los individuos para el desempeño de su roles habituales y la práctica médica se ubica como un importante mecanismo de integración que tiende a mantener la sociedad (en tanto permite la recuperación de la salud).

El modelo de la Relación Profesional de la Salud-Paciente, según Parsons, puede ilustrarse de la siguiente manera:



- **Modelo de Szaz y Hollender.**

Estos autores toman en cuenta el grado de actividad y participación del Profesional de la Salud y el Paciente durante la interacción o proceso terapéutico, describiendo así tres niveles o modalidades de relación:

Nivel 1. Actividad de Medico Pasividad del paciente

Corresponde a situaciones de urgencias médicas quirúrgicas, estados de coma, intoxicaciones graves y cualquier otra donde el estado del enfermo obliga a su pasividad y a la máxima actividad, protagonismo del profesional de la salud.. La dependencia es completa y el prototipo de este nivel de relación es el de una madre y su hijo, donde si esta no actúa el niño muere.

Nivel 2. Dirección del Profesional de la Salud – Cooperación del Paciente.

Se caracteriza porque la dependencia no es total. Corresponde a enfermedades agudas, ciertos accidentes y todos los casos donde el paciente puede colaborar pero necesita de la ayuda y dirección del profesional. Corresponde al prototipo padre-niño en la que el niño progresa en autodominio pero debe obedecer cuando es dirigido de manera racional y adecuada al momento.

Nivel 3. Participación recíproca y mutua.

Es característica en las enfermedades crónicas, sin una gran afectación del desenvolvimiento del paciente, convalecencias y rehabilitación. En este nivel la actividad se reparte, el paciente puede asumir una participación activa e incluso la iniciativa. Por ejemplo, en pacientes diabéticos, cardiovasculares, enfermedades de la vejez, el medico valora las necesidades, instruye y supervisa al paciente, que a su vez lleva a cabo el tratamiento y con la posibilidad de sugerir alternativas o decidir la necesidad y prioridad de una nueva consulta. El prototipo de este nivel es el de adulto – adulto.

Es posible que en una misma relación se produzca una de las tres relaciones pero lo frecuente es que en el curso de una enfermedad se sucedan dos y hasta tres situaciones distintas y por eso dos o tres modelos. Por ejemplo, en una intoxicación aguda intensa, si solo se actúa el medico el enfermo puede pasar sucesivamente por los tres modelos en el orden expuesto. En enfermedades crónicas, las complicaciones y recorridas también obligan a un cambio de modelo aunque la secuencia no sea la misma como es el caso de la diabetes o el asma bronquial. En estos casos el paciente conducirá su actividad a la medida que su

estado se lo permita pero se modificará su actividad para que la relación pueda contribuir posiblemente a la evolución de la enfermedad individualizada.

- **Modelo de Von Gebattel.**

Según Von Gebattel (citado por Sibori, 2010, p. 11) en toda relación Profesional de la Salud - Paciente se presentan tres fases:

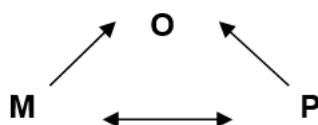
- ✓ **Fase de llamada:** Esencialmente humanitaria y se inicia por la necesidad que mueve al paciente hacia el profesional por ser este la persona que lo puede ayudar. Es una fase de acercamiento por parte del enfermo y de acogida por parte del profesional. En el paciente la llamada es “le necesite como experto” y en el profesional de la salud la respuesta es “un hombre que sufre” y “aquí estoy” que implica disposición a servir.
- ✓ **Fase de objetivación:** Se caracteriza por la objetivación del paciente por parte del profesional, que exige un distanciamiento de este para observar con más imparcialidad el caso, el cual acepta confiado en el saber del profesional de la salud.
- ✓ **Fase de personalización:** Se inicia cuando el momento cognoscitivo de reconocimiento de síntomas y signos para realizar un diagnóstico ha sido alcanzado por el profesional. El paciente adquiere confianza en forma de convicción acerca de que el profesional de la salud le comprende y va a ayudarlo y el profesional tiene la razonable seguridad de que así será de que puede hacerlo.

- **Modelo de Tatossian.**

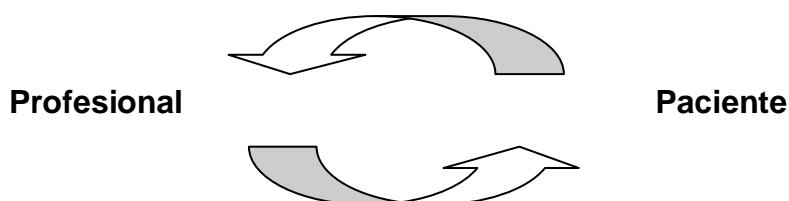
Tatossian (citado por Sibori, 2010, pp. 11 y 12) describe dos tipos de relación determinado por el objetivo de la relación:

- ✓ **Modelo Técnico de servicio:** La atención se centra en el órgano enfermo y se inscribe sociológicamente en las relaciones humanas de servicio. El paciente se dirige al profesional de la salud para que repare el objeto estropeado que se oculta bajo los síntomas que padece. De manera tal que esta relación se centra más en el objeto (órgano enfermo) y no en la

persona que padece la enfermedad. Este modelo, según su autor es propio de las especialidades y subespecialidades y si se exagera puede correrse el riesgo de ignorar la personalidad del paciente, parcelando su cuerpo y tratándolo como un simple objeto de intervención. Puede representarse de la siguiente manera:



- ✓ **Modelo Interpersonal:** La relación se establece entre dos personas, es decir el profesional no solo ve el órgano enfermo sino la totalidad del paciente. Este modelo es más utilizado en medicina familiar y psiquiatría, aunque se plantea que ambos modelos se relacionan según el momento de que se trate. El medico puede prestar atención en los síntomas y exámenes clínicos pero sin desatender la relación con el paciente que es la que va a proporcionar la comprensión tanto de los síntomas como la del paciente en general. El modelo interpersonal puede ilustrarse de la siguiente forma:



6.5.7. Estrategias para mejorar la Relación Equipo de Salud - Paciente.

Para lograr mejorar la relación con el paciente, es necesario que el profesional de la salud comprenda la necesidad de introducir cambios dicha relación. En este sentido, lo primero que se ha de conseguir es que no se de una regresión por parte del paciente, con el objeto de conseguir un comportamiento adulto frente a su problema de salud, lo cual no será posible en el seno de una relación autoritaria. Esto debe ir acompañado de la transformación de la estructura y organización del sistema sanitario (Fomento del sistema de A.P.S.) y en la insistencia de caminar hacia un modelo de relación profesional que corrija la asimetría y propicie una mayor participación del paciente.

Entre las estrategias dirigidas a mejorar la Relación Equipo de Salud-Paciente pueden destacarse las siguientes.

- Promover una relación más horizontal en el equipo de salud.
- Escuchar al paciente, permitirle una libre expresión, que exista respeto mutuo.
- Considerar siempre que el enfermo nunca es objeto “es sujeto” activo.
- Elaborar una detallada historia médica (adecuada Anamnesis Medica).
- Ver al hombre en la enfermedad y no solo a la enfermedad en el hombre. Prestar una asistencia más humana.
- Que exista Empatía Rapport, Interés Positivo, Congruencia y ausencia de Contratransferencia.
- Llamar al paciente por su nombre.
- Respeto al secreto médico y al principio de la confidencialidad.
- No mentir.
- Exploración y elección de alternativas en conjunto.
- Informar sin prisas sobre el tratamiento a seguir.
- Evitar actitudes de juez o de petulancia.
- Reconocer los límites.
- Hacer sentir a los familiares colaboradores.

- Utilización de recursos tecnológicos que faciliten la comunicación con el medico (teléfono – correo electrónico).
- Cobrar lo justo.

6.5.8 Importancia de la Relación Profesional de la Salud – Paciente.

Por todo lo antes expuesto puede señalarse que el establecimiento de una adecuada relación Equipo de Salud- Paciente es muy importante ya que:

- Permite llegar a un diagnóstico más preciso de una enfermedad.
- Motiva al paciente.
- El paciente y su familia valoran más el trabajo del profesional de la salud.
- Permite la elaboración de una buena historia clínica, documento imprescindible en aspecto científico legal.

ACTIVIDADES PRÁCTICAS

1.- Elaborar un Mapa Conceptual, donde sean desarrollados los siguientes puntos:

- Definición de Equipo de Salud
- Definición de Paciente.
- Definición de Relación Equipo de Salud Paciente.
- Expectativas presentes en la relación Integrantes del Equipo de Salud-Paciente.
- Características de la Relación Equipo de Salud-Paciente (definir cada una de ellas).

2.- Ver la Película Patch Adams y realizar un análisis reflexivo de la misma, desde el punto de vista de la Relación Equipo de Salud-Paciente, considerando los aspectos teóricos desarrollados en clase.

REFERENCIAS DOCUMENTALES

Canónico, R. (s.f). *Relación Médico-Paciente*. UDO Bolívar: Miografiado.

Guzman Toro, F. (2007). *Ética, Bioética y Medicina. Los desafíos éticos en la contemporaneidad*. Maracaibo: Ediciones del Vicerectorado Académico LUZ.

Llor Esteban, B.; Nieto, J.; Abad, M. y García, M. (1995). *Ciencias Psicosociales Aplicadas a la Salud*. Editorial McGraw-Hill.

Parsons, T. (1999). *El Sistema Social*. Alianza Editorial.

Ríos, A. (2003). *La Relación Médico Paciente*.

https://www.oocities.org/es/amirhali/R_M_P.htm

Sibori, J. (2010). *Eje Temático 2. Escenarios de la Salud*.

https://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/apas_EJE-TEMATICO-2-ESCENARIOS-DE-LA-SALUD-2011..pdf

ANEXOS

}

ANEXO 1
PROGRAMA DE LA ASIGNATURA



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
UNIDAD DE ESTUDIOS BÁSICOS
DEPARTAMENTO SOCIO-HUMANÍSTICO
ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES
NÚCLEO BOLÍVAR

PROGRAMA
SOCIOLOGÍA DE LA SALUD

PRE-REQUISITOS: NINGUNO

CODIGO: 011 – 1722

HORAS SEMANALES: 04

TEORÍA: Una (01)

PRÁCTICAS: Tres (03)

CRÉDITOS: Dos (02)

PARA: Curso Básico Ciencias de la Salud.

SEMESTRE: II

CARACTERÍSTICAS DE LA ASIGNATURA TEÓRICO – PRÁCTICA

La asignatura se desarrolla en dos niveles:

1.- PARTE TEÓRICA: Se dictará durante una hora semanal y comprende aquellos contenidos programáticos que, a criterio del docente, se desarrollan a partir de estrategias instruccionales, tales como: Clases magistrales, exposición oral, conferencias, etc.

2.- PARTE PRÁCTICA: Se dictará durante tres horas semanales y comprende aquellos contenidos programáticos que, a criterio del docente, se desarrollan a partir de estrategias instruccionales socializadas, tales como dinámica de grupos (talleres, seminarios, foros, discusión de grupos, cine – foro, rol – playing).

Es de hacer notar que por cuanto la asignatura tiene un programa de actividades prácticas, deben dedicarse a éstas, por lo menos, dos horas a la semana y durante la otra hora se desarrollan actividades del programa teórico que ameriten la participación grupal de los alumnos.

JUSTIFICACIÓN

La concepción actual de la salud, considera a ésta como el resultado de la interacción entre factores bio – psico – sociales, de aquí que el fenómeno salud – enfermedad haya sido incorporado como objeto de estudio por algunas de las ciencias sociales, tales como la Sociología, Antropología, Psicología, Educación, etc.

Estas ciencias van a centrar su atención en:

a) El análisis y estudio de la influencia que ejercen las variables psicológicas y socio – culturales en el estado de salud de las sociedades humanas.

b) En la manera como estas definen la noción de salud y desarrollan diferentes respuestas culturales y sistemas organizacionales para cumplir con el imperativo bio – psico – social de promover, mantener y restituir la salud, así como para prevenir la enfermedad.

El reconocimiento del hecho de que la salud es una condición presente en todos los grupos humanos, ya que por lo tanto ella conforma instituciones sociales propias (pautas, normas, valores, status, roles y organizaciones orientadas a la satisfacción de las necesidades de salud), fue lo que condujo a la Sociología al desarrollo de una rama específica orientada al estudio de los hechos y procesos sociales que se originan en torno a la Salud de los individuos, comunidades y sociedades. Esta rama denominada Sociología Médica o de la Salud (o en su sentido más amplio) cubre una amplia gama de tópicos que van desde los estudios de distribución social de la enfermedad y los servicios de salud, etiología social de enfermedades crónicas, relación médico – paciente y diferencias culturales ante el dolor, hasta los análisis muy concretos de la Sociología del hospital, la organización de la práctica médica, el estudio de las profesiones de la salud y los problemas ético – legales asociados al surgimiento los avances tecnológicos de la medicina (trasplantes, concepción científica, experimentación humana, etc.)

Algunas de las áreas cubiertas por esta importante rama de la disciplina sociológica han servido de base para la elaboración de una asignatura que le permita al estudiante de medicina desarrollar una visión integral de la salud y le suministre los conocimientos necesarios para el ejercicio de una práctica profesional humanística que reconcilie los valores de la medicina como arte y ciencia.

En tal sentido la inclusión de esta asignatura en el pensum de Medicina, se enmarca dentro de los objetivos de nuestra Universidad, de formar profesionales de salud de atención primaria, con una sólida preparación científico – humanística orientados a la atención y solución de la problemática de salud de nuestra región en particular y del país en general, que se orienten a la consideración de los problemas reales que presentan nuestras comunidades en su entorno ecológico y socio – cultural.

OBJETIVOS GENERALES DE LA ASIGNATURA

Al finalizar el curso el alumno estará en capacidad de:

- Reconocer y valorar la importancia de las contribuciones de las Ciencias Sociales al Área de la Salud.
- Comprender y valorar el fenómeno salud – enfermedad como producto de la interacción de factores bio – psico – sociales.

- Explicar el comportamiento de salud y enfermedad, así como las instituciones que de el servicio se derivan como resultado de la interacción, individuo – grupo – sociedad – cultura y ambiente.
- Describir la tipología y el marco institucional de las diferentes profesiones de salud.
- Determinar y valorar la importancia de la institución familiar en los programas de salud.

TEMA 1

EL INDIVIDUO, LA SOCIEDAD Y LA SALUD.

CONTENIDO:

- 1.- Evolución de los conceptos salud y enfermedad a través de diferentes etapas históricas.
- 2.- Conceptos básicos: Salud, Enfermedad, Ciencias, Ciencias Sociales, Sociedad, Comunidad, Cultura.
- 3.- Las Ciencias Sociales, objeto de estudio de cada una de ellas y su relación con la salud: Sociología Médica, Antropología Médica, Psicología, Educación, Política, Economía.
- 4.- La salud como derecho social en la sociedad. Enfoque de la Organización Mundial de la Salud. Medición de la salud. Indicadores de salud.

OBJETIVOS:

- Objetivo Terminal:

Al finalizar el tema y a partir de situaciones específicas sobre salud y enfermedad, el alumno determinará la importancia de los factores socio culturales presentes en dicha situación.

- Objetivos Específicos:

- 1.- El alumno explicará la evaluación de los conceptos salud – enfermedad en diferentes etapas históricas.
- 2.- El alumno definirá los conceptos básicos de: Salud, Enfermedad, Ciencias, Ciencias Sociales, Sociedad, Comunidad y Cultura.
- 3.- El alumno describirá el objeto de estudio de cada una de las diversas Ciencias Sociales.

4.- A partir del conocimiento sobre las Ciencias Sociales y su relación con la salud, el alumno dará ejemplos de las contribuciones de las Ciencias Sociales al área de la salud.

5.- El alumno explicará la concepción de la salud como derecho social en la sociedad contemporánea.

6.- El alumno suministrará ejemplos de cinco indicadores de salud.

7.- A través de ejemplos, el alumno demostrará la importancia de los factores socio culturales en situaciones de salud – enfermedad.

ESTRATEGIAS:

ALUMNOS:

- Lecturas Asignadas.
- Revisión Bibliográfica.
- Discusión de grupos.
- Elaboración de trabajos escritos (Resúmenes, fichas).

DOCENTE:

- Preparación material de apoyo.
- Exposición oral.
- Facilitador en discusiones de Grupos
- Organización de equipos de Trabajos.

EVALUACIÓN:

- Pruebas escritas.
- Trabajos asignados (individual).
- Participación en clase (individual).
- Trabajos de grupos (escrito).
- Participación de grupos (oral, discusión).

VALOR: 35 del total del %. 1 parcial.

BIBLIOGRAFÍA:

-Ferrara, Acebal Paganini. *Medicina de la Comunidad*. Edit. Intermédica, 1976.

-San Martín, Hernán. *Salud y enfermedad*. La Prensa Mexicana.

-Mc Coe, Rodney. *Sociología de la Medicina*. Alianza Universidad. 1973.

- Mechanic, David. *Medical Sociology the Free Press*. New York. 1978.
- Armijo, Rojas. *Epidemiología Básica*. Edit. Intermédica. 1974.
- Dubós René. *El Hombre en Adaptación*. Fondo de Cultura Económica. México. 1975.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. *Indicadores de la Salud Mundial*. Vol. 83 Pág. 163-168. 1977.
- Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. Volúmenes 3-1.
- Fernández, Mariano. *Los Problemas de la Salud en las áreas Rurales*.
- Indicadores de atención a la Salud*. Boletín de Salud Pública. Nro. 51 Enero 1983.
- Otra Bibliografía de interés para todos los tópicos cubiertos por la asignatura son:
- Organización Mundial de la Salud: Informes Técnicos.
- Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.
- Revista Salud Mundial O.M.S.
- Foro Mundial de la Salud. OMS
- Mc Keuwn. *La Enfermedad desde la perspectiva de Desarrollo Humano*. Foro Mundial de la Salud. Vol. 6. 1985.
- Ceitlin Julio. *Medicina de la Comunidad*. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades de Medicina. Caracas, Venezuela. 1978.
- World Health Organization Promoting health in The human enviroment. 1975.
- Fundación Milbank. *Memoria Ciencias de la Conducta y Enseñanza Médica en América Latina*. Badley Robín (Editor) 1966.

TEMA 2

SALUD Y FAMILIA

CONTENIDO:

1.- Conceptos básicos:

-Familia.

-Tipos de Familia.

-Funciones de la Familia.

-Cambios.

2.- El rol de la Familia en el proceso salud enfermedad.

-Aspectos Biológicos, Socioculturales y Psicológicos.

3.- La familia como mecanismo de soporte social en el proceso de prevención, curación y rehabilitación de enfermedades:

a.- Mentales.

b.- Crónicas e incapacitantes.

C.-Agudas.

4.- La familia como recurso del sector salud en programas de promoción, curación y rehabilitación de la salud y prevención de enfermedades.

5.- Los problemas sociales y su relación con la familia y la salud.

OBJETIVOS:

– **Objetivo Terminal:**

Al finalizar el tema el alumno determinara el rol de la familia como institución social y su importancia en acciones de salud preventivas, curativas y de rehabilitación.

– **Objetivos Específicos:**

1.- El alumno describirá con sus palabras, los conceptos de familia sus tipos, características y funciones.

2.- A partir del estudio de los cambios y transformaciones que han experimentado la familia, el alumno caracterizará la familia actual.

3.- A partir del conocimiento de la dinámica bio – psicosocial de la familia, el alumno analizará el papel que cumple ésta en el proceso salud enfermedad.

4.- A partir de las lecturas sugeridas, charlas, conferencias, foros, etc. El alumno justificará la importancia de la familia como mecanismo de apoyo social en la prevención, curación y rehabilitación de enfermedades mentales, crónicas y agudas.

5.- A partir del conocimiento de un conjunto de programas de salud, el alumno describirá la importancia de la acción de la familia como un recurso del sector salud.

6.-El alumno explicará el concepto de problemas sociales.

7.- El alumno señalará por lo menos seis problemas sociales destacando la relación de cada uno de ellos con la salud.

ESTRATEGIAS:

ALUMNOS:

- Elaboración de trabajos escritos.
- Exposición oral.
- Investigación bibliográfica.
- Actividades de dinámica de grupos: Seminarios, foros y talleres.
- Discusión de grupos.
- Lectura de material asignado.

PROFESOR:

- Preparación de material de apoyo escrito (guías, lectura).
- Exposición oral.
- Facilitador de la discusión de grupos.
- Asesoría de grupos.
- Consultas.

EVALUACIÓN:

- Pruebas escritas.
- Trabajos escritos. Individuales y grupales.
- Investigación bibliográfica.
- Participación en clases (individual/grupal).
- Evaluación de las actividades dinámicas de grupos.

VALOR 35 del total % 1 parcial.

BIBLIOGRAFÍA:

-Andre, Michel: *Sociología de la Familia y del Matrimonio*. Edic. Península. Barcelona.1974.

-Susser y Watson. *Sociología y Medicina*. Edit. Atlante Madrid 1967.

-Goode. *La familia*. Edit. Consejo Venezolano del Niño.

-Estudio sobre la Familia y el Abandono de Menores. Caracas 1978.

-PUBLICACIONES:

-Niños. Revista de Neuropsiquiatría Infantil y Ciencias afines.

-Journal of Social Science on Medicine.

-Journal of Health and Social Behavior.

-New England Journal of medicine.

-Journal of Chronic Diseases.

-Cuadernos de la Escuela de Salud Pública.

-International Journal of Psychiaty.

-Journal of Marriage and Family.

-Julián Joseph: *Social Problems*. Prentice Hall New Jersey, 1980.

NOTA: La Bibliografía actualizada de este tema está en proceso de elaboración.

TEMA 3

RESPUESTAS SOCIO – CULTURALES A LA SALUD Y ENFERMEDAD.

CONTENIDO:

- 1.- Los conceptos de enfermedad y dolencia y su definición socio – cultural.
- 2.- La enfermedad como desviación social: El rol del enfermo.
- 3.- Características del rol del enfermo. Aplicación del rol del enfermo a diferentes tipos de enfermedades crónicas, agudas y mentales.
- 4.- Diferencias socio – culturales en el comportamiento ante la enfermedad.
- 5.- Etapas del comportamiento ante la enfermedad.
- 6.- Comportamiento de salud. Su importancia para las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

OBJETIVOS.

– Objetivo Terminal:

El alumno identificará los diferentes comportamientos socio – culturales que pueden surgir en situaciones de enfermedad, sus etapas y la influencia de este comportamiento en las prácticas de promoción, preservación, curación y rehabilitación de la salud.

– Objetivos Específicos:

A partir de las lecturas recomendadas, las explicaciones del docente y las discusiones en clase, el alumno:

- Explicará los conceptos de enfermedad y dolencia.
- Establecerá las diferencias entre ambos conceptos.
- Explicará el modelo sociológico del rol del enfermo y sus características.
- A partir de lecturas recomendadas, suministrará ejemplos de comportamientos habituales para promover la salud.
- Explicará la influencia de los comportamientos socioculturales en las actividades de promoción, curación y rehabilitación de la salud.

ESTRATEGIAS:

ALUMNOS:

- Lecturas asignadas.

- Participación en clases.
- Elaboración de fichas.
- Trabajos escritos.
- Discusión de grupos.
- Trabajo de campo.

PROFESOR:

- Exposición oral.
- Asesoría de grupos.
- Elaboración de material de apoyo (guías, traducción, orientación y dirección en trabajo de campo).
- Consultas individuales/grupales.

EVALUACIÓN:

- Pruebas escritas.
- Participación individual.
- Participación grupal.
- Trabajos escritos, individuales
- Trabajos escritos de grupo.
- Informe de investigación (entrevistas, observación etc.).

VALOR 30% del total. 1 parcial.

BIBLIOGRAFÍA:

-Mc. Coe, Rodney: *Sociología de la Medicina*. Edit. Alianza Universidad 1973.

-Parsons, Talcott: *El Sistema Social*.

-Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales.

-Goffman, Erwin: *Asilos*.

-Wood – Clive: *Cultura, estilo de vida y Enfermedades Crónicas*. Foro Mundial de la Salud Vol. 3. N 4

TEMA 4

ENFOQUE ANTROPOLÓGICO DE LA SALUD ENFERMEDAD.

CONTENIDO:

1.- Conceptos básicos:

- Cultura y sus características.
- Normas, valores, creencias, símbolos. Aculturación, subcultura, etnocentrismo, relativismo cultural, cultura material.

2.- Concepto de Etnomedicina:

- Referencia Histórica.
- Medicina China.
- Medicina Ayurvedica (India).

3.- Clasificación de la Etnomedicina:

- Medicina Tradicional.
- Medicina Primitiva.
- Folk Medicina (Medicina casera).

4.- Sistemas de explicación de la Etnomedicina:

- Naturalístico.
- Personalístico.

5.- Los Sanadores etnomédicos:

- Curanderos.
- Yerbateros.
- Brujos.
- Espiritistas.
- Parteras tradicionales.

6.- Función social de la etnomedicina, y su rol en los sistemas modernos de salud.

- Posición de la Organización Mundial de la Salud en relación a la etnomedicina.
- La Etnomedicina en Venezuela, características, Regiones donde se practica, Tipos de sanadores que prevalecen, sistemas de explicación predominante.

OBJETIVOS

- **Objetivo Terminal:**

Al finalizar el tema, el alumno explicará el enfoque antropológico de la etnomedicina y su relación, con los enfoques modernos de salud.

- Objetivos Específicos:

- El alumno definirá los conceptos básicos de la cultura.
- Describirá el concepto Etnomedicina.
- Explicará la evolución histórica de la Etnomedicina.
- Caracterizará los diversos sistemas etnomédicos y sus sistemas de explicación.
- Diferenciará los diferentes sanadores de la Etnomedicina.
- A partir de las lecturas recomendadas (Publicaciones de la O.M.S.) explicará la función social que cumple la etnomedicina, así como el rol que ésta cumple en los sistemas modernos de salud
- A partir del análisis de la literatura sobre Etnomedicina Venezolana, el alumno caracterizará el sistema etnomédico existente en el país, destacando la influencia que estos puedan tener en las actividades de salud preventiva, curativa y de rehabilitación realizada por el sistema de medicina moderna del país.

ESTRATEGIAS:**ALUMNOS:**

- Elaboración de trabajos, escritos, fichas, resúmenes, monografías, esquemas, etc.
- Investigación bibliográfica sobre tópicos concretos.
- Trabajos de campo, entrevistas, guías de observación, administración de cuestionario, etc.
- Actividades de dinámica de grupo:
 - Talleres
 - Seminarios
 - Discusión de grupos
 - Foros

PROFESOR:

- Exposición oral.
- Elaboración y/o búsqueda de material de apoyo bibliográfico y audiovisual.
- Asesoría de grupos de trabajo, coordinación y supervisión de trabajos de campo.
- Organización y coordinación de foros
- Talleres, seminarios, charlas, películas, etc.

EVALUACIÓN:

- Presentación y exposición de trabajos.

- Trabajos de campos.
 - Participación individual.
 - Participación grupal.
 - Pruebas escritas.
 - Elaboración de monografías.
- VALOR: 40% del valor total del II parcial.

BIBLIOGRAFÍA:

Foster G, Anderson. *Medical Anthropology*. New York, 1978.

Las Culturas y los Cambios Técnicos. Edit. Fondo de cultura económica.

Mc Coe, Rodney. *Sociología de la Medicina* Cap. 5.

Kelly, Isabel. *La antropología, la Cultura y la Salud Publica*.

Susser y Watson. *Sociología y Medicina*. Cap. 2

Clarac C. de Briceño Jacqueline. *Medicina Empírica, Magia y Religión*. Mérida Venezuela 1972.

Guerra, Francisco. *Las Medicinas Marginales y los Sistemas de Cura prohibidos*.

Farrera Aceval. *Médicos*. Alianza. Edit. Madrid. 1976.

Suarez María, Dipolo Mario. *Enfermedades populares en los Andes*. Edit. Monte Avila.

Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales. Vol. 1. Cap. Sobre Etnomedicina Social.

Science and Medicine. Vol. 16. (1982). Vol. 15 – A (1981). Vol. 17 (1983). Vol. B – B. Foro Mundial de la Salud.

Revista de Salud Mundial: Journal of Health and Social Behavior.

Moore, Van Arsdale. *The Biocultural Basis of Health* the C.U. Losby Company. St. Luis 1980.

NOTA: La bibliografía actualizada para este tema está en proceso de elaboración.

TEMA 5

LA SOCIEDAD Y LA ATENCIÓN.

CONTENIDO:

- 1.- Las profesiones de salud:
 - Enfermería.
 - Radiología.
 - Bioanálisis.
 - Trabajador social.
 - Odontología.
- 2.- La Profesión Médica:
 - Características.
 - Valores.
 - Normas que rigen la profesión médica.
- 3.- Organización institucional de la profesión médica:
 - Federación Médica Venezolana.
 - Colegios de Médicos.
 - Asociaciones Médicas.
- 4.- Organización de la práctica profesional médica:
 - Pública.
 - Privada.
- 5.- La Red Institucional de salud:
 - Hospitales.
 - Módulos.
- 6.- La Formación del profesional médico:
 - La Facultad y/o Escuela de Medicina.
 - Pre – grado.
 - Postgrado.
 - Educación continua.

OBJETIVOS:

- **Objetivo Terminal:**

Al finalizar el tema el alumno describirá las características de la profesión médica, su organización en asociaciones profesionales y la organización y características de la red institucional de los servicios de la salud del país.

- Objetivos Específicos:

- El alumno describirá el concepto y características de las diferentes profesiones de salud.
- Definirá las características de la profesión médica.
- Identificará los valores y normas que rigen la profesión médica.
- Establecerá la relación que existe entre la profesión médica y el resto de las profesiones de salud.
- Explicará:
 - a).- La manera como se organiza la profesión médica.
 - b).- La práctica profesional.
 - c).- Como se forma el profesional médico.

ESTRATEGIAS:**ALUMNOS:**

- Lecturas asignadas.
- Revisión bibliográfica.
- Elaboración de monografías, fichas, resúmenes.
- Dinámica de grupos.
- Exposición de trabajos de campo.
- Visita a instituciones de salud.
- Entrevistas – Cuestionarios.
- Guías, observación.

PROFESOR:

- Elaboración de material de apoyo (guías).
- Exposición oral.
- Organización y coordinación de conferencias (talleres, charlas, etc.).
- Coordinación de visitas institucionales.
- Elaboración de guías.
- Observación.

EVALUACIÓN:

- Trabajos escritos.
- Pruebas escritas.
- Actividades grupales, e individuales.
- Informes.

VALOR: 35% del total del II parcial.

BIBLIOGRAFÍA:

Farrera, Acebal: *Medicina de la Comunidad*.

San Martín, Hernán: *Salud y enfermedad*.

Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales.

Mechanic David: *Medical Sociology*. Cap. 14.

Mc. Coe, Rodney: *Sociología de las Medicinas*.

Freidson Eliot: *Profession of Medicine*. New York 1970.

Revista Educación Médica y Salud.

Ley del ejercicio de la Medicina.

Código de Deontología Médica.

TEMA 6

LA RELACIÓN PACIENTE EQUIPO DE SALUD.

CONTENIDO:

- 1.- Aspectos psico – sociológicos culturales de la relación paciente equipo de salud.
- 2.- Expectativas y motivaciones presentes en la relación paciente – integrantes del equipo de salud.
- 3.- Aspectos comunicacionales en la relación (verbal y no verbales).
- 4.- Algunos modelos sociológicos en la relación médico – paciente. Aplicación a enfermedades crónicas y agudas (Modelos de Szaz y Hollender. Talcott Parsons).
- 5.- Estrategias para mejorar la relación médico – paciente – equipo de salud.

OBJETIVOS

- **Objetivo Terminal:**

Que el alumno reconozca la importancia de la relación paciente – equipo en ejercicio de la práctica profesional médica.

- **Objetivos Específicos:**

- El alumno identificará los diferentes aspectos socio – culturales y psicológicos que están presentes en la relación paciente – integrantes del equipo de salud.
- El alumno explicará las expectativas y motivaciones que envuelven la relación paciente – equipo de salud.
- El alumno caracterizará tres modelos de la relación médico - paciente.
- El alumno explicará la importancia de las estrategias para mejorar la relación médico- paciente –l equipo de salud.

ESTRATEGIAS:

ALUMNOS:

- Lecturas asignadas.
- Trabajos escritos (monografía).
- Dinámica de grupos.
- Rol Playing.
- Foros.
- Talleres.
- Discusión de grupo.

- Trabajos de campo.
- Guías de observación.
- Encuestas.

PROFESOR:

- Preparación de material de apoyo.
- Escritos.
- Solicitud y/o elaboración de recursos audiovisuales.
- Coordinación de dinámica de grupos.

EVALUACIÓN:

- Pruebas escritas.
- Participación individual y grupal.
- Trabajos escritos.
- Trabajos de campo.

VALOR: 35% del total del II parcial.

BIBLIOGRAFÍA:

Bronfermjer, Samuel: *Yo no creo en los Médicos*. Caracas Ávila. Edit. 1972.

Pinto, Benain E.: *Significación de la queja en la relación del Médico con el Paciente*.

Roberson León, Hergaty M.: *The Physician – patient Relationship in Medical Socio Chicago*.

Nelson – Hall – Publis hers 1973, (Material traducido mimeografiado). *The Doctor – Patient relationship. Communication with Patients. Verbal and non verbal* (Material traducido mimeografiado).

Delgado H. (comp.): *Lecturas Selectas de Medicina Antropológica*. Universidad de los Andes 1970.

CONTENIDO:

- 1.- Alcoholismo.
- 2.- Marginalidad y pobreza.
- 3.- Desnutrición.
- 4.- Delincuencia.
- 5.- Prostitución.
- 6.- Desorganización familiar:
 - Divorcio – abandono.
 - Violencia marital.
 - Maltratos niños – esposa.
 - Desempleo.
 - Problemas con adolescentes.
- 7.- Problemas socio – psicológicos del envejecimiento.
- 8.- Crisis ambiental: Contaminación.

Objetivo Terminal:

El estudiante establecerá la relación existente entre los problemas sociales y la salud física, mental y social de grupos y comunidades.

Objetivos Específicos:

- El alumno explicará los conceptos básicos, características, causas y consecuencias de cada una de los diversos problemas sociales propuestos por el docente.
- El alumno explicará los diversos aspectos del problema social que esté directo o indirectamente relacionado con la salud.
- El alumno realizará una evaluación crítica de algunos programas.
- El alumno ofrecerá algunas soluciones previstas en los programas para solucionar el o los problemas sociales analizados.

ESTRATEGIAS:**ALUMNOS:**

- Dinámica de grupos.
- Foros.
- Discusión de grupos.
- Mesa redonda.

PROFESOR:

- Elaboración de Bibliografía.

- Coordinación y asesoría en actividades de dinámica de grupos.
- Coordinación y Organización de eventos complementarios.
- Charlas y Conferencias.

EVALUACIÓN:

- Participación individual.
- Participación grupal.
- Trabajos escritos.

Las actividades desarrolladas en este programa constituyen el 20% de la evaluación total de la asignatura.

BIBLIOGRAFÍA:

NOTA: Por cuanto la bibliografía es especial para cada tema, y estos pueden ser tratados en forma amplia o disgregados en tópicos específicos, es responsabilidad del docente elaborar la bibliografía de los temas a desarrollar en función del número de grupos, es decir si tiene tres grupos trabajará la misma cantidad de temas. En todo caso se dará una bibliografía base.

COMISION CONTRA EL USO INDEBIDO DE LAS DROGAS EN VENEZUELA.
INFORME DE LA SITUACION ACTUAL DE LA PROBLEMÁTICA DE LAS DROGAS EN EL PAIS.

GONZALEZ CARRERO, Alfredo: *Drogas que producen dependencia*. Edit. Monte Ávila.

MACIAS SAID, GONZALEZ Rosalía: *Epidemiológico del Alcoholismo en Venezuela*. Boletín de Salud Pública Nro. 35. Enero 1979.

GÓMEZ TRILLO, Elio: *La delincuencia y el Delincuente*. Edit. Monte Ávila. Los Delincuentes que yo he conocido.

BOURGRONE, Flor: *La luna se desangra por el otro costado. Testimonio sobre la prostitución de Caracas*. Edit. Ateneo 1980.

BORJAS, María A: *Delincuencia Femenina en Venezuela. Análisis de la Población reclusa del Instituto Nacional de Orientación Femenina*. Caracas 1972.

Boletín Oficina Sanitaria Panamericana Vol. 86 1979. *El Problema Nutricional en América Latina*.

CABRERA DAMAS, Felipe: *El hambre en el Mundo*. Edit. Monte Ávila.

CHWSSOUDOWLKY, Michael: *La Miseria en Venezuela*.

GONZALEZ, Giovana: *En Defensa del Aborto en Venezuela*.

SGAMBARTI, Sonia: *El Aborto*, U.C.V. Edic. de la Biblioteca de Caracas 1986.

ANEXO 2

MIRAD A LOS GANSOS

Autora: Maritza Crespo

Mientras estudiaba uno de los últimos cursos de mi doctorado en los Estados Unidos, uno de mis profesores nos leyó un ensayo de un autor desconocido. Este escrito cambió por completo el espíritu de nuestro grupo y lo traduje. Dice así:

"El próximo otoño, cuando veas los gansos dirigiéndose hacia el sur para el invierno, fíjate que vuelan formando una V. Tal vez te interese saber lo que la ciencia ha descubierto acerca del por qué vuela en esa forma. Se ha comprobado que cuando cada pájaro bate sus alas, produce un movimiento en el aire que ayuda al pájaro que va detrás de él. Volando en V la bandada completa aumenta por lo menos un 71 por ciento más de su poder que si cada pájaro volara solo".

"Cada vez que un ganso se sale de la formación siente inmediatamente la resistencia del aire, se da cuenta de la dificultad de hacerlo solo y rápidamente regresa a su formación para beneficiarse del poder de compañero que va adelante".

"Cuando el líder de los gansos se cansa, se pasa a uno de los puestos de atrás y otro ganso toma su lugar. Los gansos que van detrás graznan (producen el sonido propio de ellos) para alentar a los que van delante a mantener la velocidad".

"Finalmente cuando un ganso se enferma, o cae herido por un disparo, otros dos gansos se salen de la formación y lo siguen para ayudarlo y protegerlo. Se quedan acompañándolo hasta que está nuevamente en condiciones de volar o hasta que muere, y sólo entonces los dos acompañantes vuelven a su bandada o se unen a otro grupo".

Al leer una y otra vez este ensayo siento la tentación de parafrasear las palabras de Jesús. "Mirad los gansos: no van a la universidad ni pretenden ser cristianos, pero ni aún Salomón con toda su sabiduría se portó como uno de ellos". (Mateo 6:29)



ANEXO 3

CAPITULO I**LA MEDICINA PREVENTIVA EN EL CAMPO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL**

- a).- Antecedentes de la Medicina Preventiva.
- b).- Situación actual de la Medicina Preventiva.

INTRODUCCION

Es bien sabido que uno de los aspectos más importantes en los seres humanos es la salud integral de los individuos, tanto en su organismo biológico como en su área psíquica y en la importante relación con sus semejantes como ente social.

En el pasado la medicina ha tenido un papel excesivamente curativo, pensando que su función se limitaba al cuidado de los enfermos y no de los sanos. Se ignoraba o se olvidó que cuando la población vive en un ambiente pobre y peligroso, la sola extensión y mejoramiento de la atención médica curativa es incapaz de elevar el nivel de salud de la población. Sin embargo, la medicina está actualmente en condiciones de variar esta situación y actualmente la medicina preventiva puede ayudar eficazmente en la elevación del nivel de vida de la población y particularmente de los niveles de salud.

Para lograr este estado de salud, se requiere la participación de diversas disciplinas, dentro de ellas, la actividad del Trabajador Social es vital, pues su conocimiento en los aspectos sociales del individuo facilita la acción para poder lograrlo.

En México una de las Instituciones de Seguridad Social mejor dotadas en cuanto a equipo de salud es el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuya meta es lograr la salud integral de su población.

El presente trabajo muestra un programa general de la participación del Trabajador Social en el área de Medicina Preventiva y la actividad a futuro de la misma.

La segunda zona es la que llamamos zona de la ideación instintiva por estar basado en lo instintivo, porque no logra establecer la causa etiológica de la enfermedad; es decir, es el momento en que se intenta explicar la aparición de enfermedades que no están relacionadas con la llamada zona externa, aquí comienzan a aparecer las explicaciones sobrenaturales, inspiradas por fuerzas extraterrestres, de las cuales era necesario combatirlas con armas y medidas higiénicas distintas de las empleadas contra las enfermedades de la primera zona.

PERIODO SACERDOTAL.— La creencia en lo mágico e invisible del hombre primitivo, que no podía resolver por instintos todos los problemas de su salud, dió lugar a la formación de este período llamado sacerdotal, hechicero o religioso, lo que pone de relieve la relación que existía con el pensamiento mágico a la individualización del depositario de los conocimientos de ese período, vale decir, el Sacerdote, o el hechicero de la tribu.

Este período incluye un largo proceso evolutivo de la civilización, en el que se insertan dos líneas distintas de concepción médica.

La primera estrictamente incorporada a la idea de las creencias religiosas, y la segunda involucrada en el comienzo dentro de lo exterior, alcanza luego jerarquías y constituye ella misma una religión dentro de la medicina sacerdotal estableciendo la religión popular de la medicina sacerdotal.

Ninguno de los dos deja de pensar en la inclusión de la enfermedad como enemigo sobrenatural, de hechizo místico o mágico, que se incorpora al organismo del hombre.

Pero mientras la estrictamente sacerdotal, utiliza el conjuro de danzas, ritos y creencias y también cánticos muy especiales que constituyen la sabiduría del Sacerdote.

La medicina popular llamada "casera" actúa contra la enfermedad como enemigo sobrenatural, de hechizo místico o mágico, que se incorpora al organismo del hombre.

La trepanación de cráneos, los masajes, baños, las dietas, la anestesia con mezcla soporífera extraída de hierbas, la inclusión de éstas para el tratamiento de las infecciones entonces conocidas, hablan elocuentemente de esta línea popular de la medicina sacerdotal, la cual tiene una base firme para la medicina actual.

Pero la simbiosis de las dos regiones en que dividimos el período sacerdotal está especialmente expresada en el hecho de que el hombre que utilizaba la medicina o la higiene popular, siempre consultaba al hechicero de la tribu para los problemas de la vida o de la muerte.

Por otra parte el hechicero manejó siempre el mito, la magia la hechicería, y además comprendió rápidamente la necesidad de adquirir los conocimientos de la medicina popular para acrecentar así su poderío y su mitología.

La medicina sacerdotal, va adquiriendo lentamente el carácter de medicina e higiene oficial y después con la organización de las clases dentro de la tribu, obligó a crear una clase médica sacerdotal, con secreto profesional inviolable, cuyo máximo era "el conocimiento de las fuerzas superiores o malélicas.

PERIODO HIPOCRATICO.— La etapa sacerdotal o hechiceril de la medicina termina con la Gracia de Hipócrates, alrededor de 400 años AC. y comienza entonces la época de lo razonado, que fue posible justamente por la cooperación de un pueblo de gran desarrollo en el que crecieron fértilmente las ideas filosóficas naturales que impusieron el ritmo experimental y observador de la medicina.

Hipócrates es el resultado de todo un acontecer popular que, recogido fundamentalmente por los Sofistas, lleva su influencia bien adentro de la obra Hipocrática, lo que puede advertirse con claridad en la colección Hipocrática.

Los Sofistas como Educadores llevaron al pueblo las doctrinas filosóficas, políticas y sociales en boga en el mundo intelectual de Grecia, y recogieron del pueblo las experiencias y conocimientos popular que pasaban así a las corrientes intelectuales de las clases dirigentes.

La esencia del pensamiento Hipocrático puede expresarse en una fórmula en que la medicina oficial del Sacerdote, o medicina hechiceril va a ser reemplazada por la medicina de la observación y el estudio de todos los fenómenos de la naturaleza, suprimiendo los preconceptos y dogmas prejuiciados que confunden el origen de los acontecimientos.

Para conocer la enfermedad es necesario conocer al hombre en su estado normal y en relación con el medio en que viven investigar al mismo tiempo la causa que ha perturbado el equilibrio entre el hombre y el medio, que son los agentes exteriores tales como el aire, el clima, el agua y los alimentos. Este pensamiento podrá ser considerado en cierto sentido como piedra fundamental del estudio científico de la medicina.

Se señala que la etapa Hipocrática comienza a dejar paso a la cuarta y última etapa de la evolución histórica de la medicina, cuando la ciencia puede disponer de un instrumento tan importante como el microscopio. Ello posibilita la incorporación de pensamientos importantísimos en este aspecto del desarrollo de la humanidad.

PERIODO CONTEMPORANEO.— Las condiciones socio-económicas están dadas para que el hombre de su gran salto científico y desarrolle ya, definitivamente, la etapa contemporánea científica de la medicina.

En torno al desarrollo histórico hay tres aspectos importantes a tratar, la era del saneamiento que tiene su primera conferencia internacional de higiene en París en 1851, donde se toman en cuenta el saneamiento para el control de enfermedades como la peste, cólera y fiebre amarilla y el otro es la era de las enfermedades transmisibles con los descubrimientos de Kister, Pasteur y Koch, entre otras, y por último la era de la medicina de la comunidad, después de la Segunda Guerra Mundial.

b).- SITUACION ACTUAL DE LA MEDICINA PREVENTIVA

Entendemos como Medicina Preventiva, que es una parte de la Medicina Integral, que se ocupa de los medios para evitar enfermedades, en otros términos su poder fundamental es la profilaxis de ellos. Tomando en cuenta que la salud se basa en el funcionamiento normal de los tejidos y órganos del cuerpo, en la comprensión práctica de los principios básicos de la manera saludable de vivir en el ajuste armónico del ambiente físico, psíquico y social, todo ello aunado a una actividad que no considera a la salud como un fin sino como un medio para vivir una vida más rica y rendir mejores servicios a la humanidad.

En los países desarrollados, el recurso clave para resolver los problemas de salud de una comunidad consiste en un personal profesional capacitado en una cifra proporcional al número de habitantes de una comunidad.

De hecho desde que se inició la organización mundial de la salud (OMS) ha dado atención especial a la Medicina Preventiva, ya reconocido la importancia fundamental de la prevención en cada aspecto de la atención médica. En consecuencia, la Organización Mundial de la Salud, ha destacado la necesidad de enseñar Medicina Preventiva a estudiantes de Medicina y graduados, de manera que la prevención se convierta en parte indispensable de la práctica diaria. El informe Técnico de la Organización Mundial de la Salud sobre fomento del interés de los profesionistas médicos en la Medicina Preventiva, brinda una noción amplia del asunto desde el punto del Médico General y del estudiante de Medicina.

También deben existir suficientes centros de educación médica básica y para graduados y adiestramiento de Técnicos Auxiliares. Igualmente importante es disponer de un número adecuado de Profesores que estén bien entrenados. El personal de salud necesita sitios propios donde trabajar, como son: Hospitales, Centros de Salud, Clínicas, Laboratorios, casas de asistencia, Centros de Rehabilitación y consultorios para prácticas individuales o en grupos.

Se necesita Profesores aptos en Medicina Preventiva en las Escuelas de Medicina, para dar a esta especialidad la categoría y la atención que se merece. Los Profesores de Medicina Preventiva deben destacar entre los Estudiantes la importancia social y económica de las enfermedades e incapacidades para el individuo, la familia y la comunidad.

En todas las áreas de la Medicina, para que todo tipo de especialista médico, tanto el de creencias básicas como el dedicado al campo clínico, puede desarrollarla dentro de su campo específico.

Es importante que se cuente con Profesores de Medicina Preventiva, no podemos desconocer la gran importancia que tienen las aportancias estadísticas sobre epidemiología a los adelantos de las ciencias sociales y del comportamiento que brinden a otras especialidades, pero así se necesita este tipo de profesores para que se trabaje en contactos íntimos con los departamentos de salud y las asociaciones médicas en programas de educación de graduados para los que ejercen la medicina especialmente en zonas sub-urbanas y rurales.

Para resolver los problemas fundamentales de salud en lo futuro, es necesario ayudar a los Médicos del mañana a comprender y aplicar los amplios conceptos preventivos.

Por este motivo, sería muy conveniente que los estudiantes de Medicina Preventiva en las actividades de salud de la comunidad bajo la supervisión competente de los médicos generales, se introduzcan, ya que es en el hogar donde los problemas psicológicos evolucionan y complican el tratamiento prescrito por el Médico o por algún Hospital o Clínica distantes. Es aquí donde el estudiante puede aprender a apreciar y aprovechar los servicios de las Enfermeras en salud pública y los Trabajadores Sociales.

Esto se basa en el principio de que el mejor sitio para practicar la prevención es la fuente del problema, donde vive la gente.

De hecho cada estudiante antes de terminar su carrera, debe haber recibido la responsabilidad de una casa familiar, ahí puede observar la evolución de la enfermedad y sus efectos nocivos sobre el bienestar mental, físico y social de todos los miembros de la familia; puede aplicar las medidas preventivas con la ayuda de los demás profesionistas antes de que ocurra el daño y emplear la terapéutica para las alteraciones inevitables, cuya aparición no se ha aprendido a evitar.

Esta clase de enseñanza y experiencias de aprendizaje domiciliario, debe ser bajo la supervisión de especialistas que practican la prevención asistidos por los especialistas locales de salud.

En países desarrollados, los gobiernos y las sociedades médicas están proporcionando cada vez más recursos de graduados sobre medicina general y sus aspectos preventivos para los médicos generales en sus propias comunidades.

Los grupos de enseñanza salen de los hospitales y centros médicos para reunirse con los médicos generales en sitios agradables, se presentan casos estudiados y se hacen consultas reales con fines de enseñanza. Se añaden expertos del Departamento de Salud y escuelas de Salud Pública, en la que Salud Pública encamina grupos de acciones encaminadas a conservar el estado de salud, ya no del individuo en sí sino del individuo como parte de una comunidad, tomando en cuenta tanto los factores propios como los externos, es decir la relación que existe entre los seres humanos y además en otros seres y los diferentes factores del medio ambiente.

En Países sub-desarrollados el cuadro es muy distinto; hay escasés de Médicos, escuela de medicina, departamentos de salud y hospitales. El profesional está aislado muchas veces de sus colegas, reciben poca retribución, trata cualquier padecimiento, desde dermatitis amoniacal hasta fractura de cráneo, y compite con curanderos ignorantes y sin licencia, tiene poco tiempo para atender los aspectos sociales y psicológicos de la medicina. Estos obstáculos importantes para practicar la Medicina Preventiva continuarán a menos que las agencias centrales de gobierno se asocien con los Médicos de las localidades, para superar las dificultades. Los médicos generales tienen un papel en las campañas nacionales de dominio de enfermedades por ejemplo: paludismo, tuberculosis, deben participar en la planeación de estas campañas y no deben intervenir al final, como idea de último momento.

La miseria evita que muchas personas de los países sub-desarrollados tengan nutrición adecuada y conserven buena salud. En realidad esta misma gente vive para reproducirse en número abrumador. La sobrepoblación amenaza el bienestar futuro de muchas naciones, la planificación familiar es una de las soluciones posibles. Este es uno de los ejemplos de prevención de salud y bienestar en su fuente. La gran variedad de métodos de planificación de la familia, aunque ninguno perfecto o aceptable del todo, están contribuyendo a controlar en cierta medida el problema.

Se dice que las decisiones en cuanto a planes de población y su aplicación en otros países y las familias que lo habitan. Según sus propias necesidades y valores, y de acuerdo a sus condiciones económicas, sociales y políticas y creencias religiosas determinan las medidas de control para el problema de sobrepoblación. Este es el problema de prevención que exige ataque en masa para que beneficie a generaciones presentes y futuras.

En los países sub-desarrollados, los dirigentes de salud gubernamental pueden mejorar los servicios de medicina preventiva al proporcionar métodos y

recursos para ampliar a sus médicos, sin importar cuan aislados estén. No obstante, se cubrirán las necesidades terapéuticas de la gente. Solamente combinando la Medicina Preventiva y la terapéutica hay esperanza de resolver el problema de la atención adecuada.

Uno de los valores más importantes para el ser humano es la salud, entendiéndose por salud la integridad biológica, psíquica y social y se entiende por esto el bienestar total en el aspecto orgánico como en el mental y en la importante relación interexistente con sus semejantes, como ente social.

Para poder lograr este equilibrio se requiere de múltiples aspectos mucho de los cuales la medicina actual maneja adecuadamente.

Antiguamente la medicina daba más importancia al factor curación y aún cuando tomaba en cuenta los aspectos de prevención, no les daba el énfasis que hoy en día tienen.

Para poder entender la participación de esta ciencia, debemos dividirla en:

- Promoción de salud
- Prevención de enfermedad
- Curación
- Rehabilitación

PROMOCION DE SALUD.— Es como su nombre lo indica, conservar en el individuo sano la salud mediante información sobre la manera de evitar la adquisición de enfermedades o estados patológicos.

PREVENCION DE ENFERMEDAD.— Son aquellas acciones encaminadas a evitar enfermedades sobre todo cuando existe el riesgo de padecerlas, por ejemplo las inmunizaciones, etc.

CURACION.— Cuando la enfermedad está presente, es esta etapa de la medicina en la que se impide el avance de la enfermedad y la desaparición de la misma, en muchos de los casos.

REHABILITACION.— La rehabilitación se lleva a cabo la enfermedad ha dejado secuelas que impiden al individuo la actividad normal a la que estaba acostumbrado. Puede haber rehabilitación física cuando un órgano esté afectado, pero también la puede haber psíquica cuando el ámbito mental y el social estén alterados.

ANEXO 4

CAPÍTULO UNO HISTORIA DE LA MEDICINA (RESUMEN)

Como ocurre con la flor en una planta, es en la cultura donde reside la capacidad (o la responsabilidad) de elaboración y fecundación del germen que asegura la continuidad de la historia configurando o delineando al mismo tiempo las perspectivas de la evolución y del progreso de la sociedad en cuestión.

Amílcar Cabral

Introducción

Antes de abordar los temas filosóficos propiamente dichos, consideraremos necesario entenderlos haciendo un breve recorrido histórico, ya que los diversos pensamientos y corrientes filosóficas de todos los tiempos siempre han precedido, guiado, y sustentado el curso de los acontecimientos humanos, en el orden político, económico, cultural o social. La medicina, como producto de la cultura, también ha ido por dichas corrientes, desde el pensamiento animista más remoto, hasta el idealista, materialista y existencialista de nuestros días.

El resumen que presentamos a continuación de la historia de la medicina, ha sido elaborado de acuerdo con el escrito por el doctor. Alberto García Valdéz, catedrático de la Universidad Complutense de Madrid. Es un excelente documento para quien desee profundizar en esta materia. Describe la historia en forma clara y amena, pero la razón fundamental por la cual elegimos a este autor entre

otros es por el énfasis que pone al vincular el quehacer médico y la filosofía a lo largo de la historia de la humanidad y su preocupación por revalorar los principios de la medicina hipocrática. García Valdez insiste que para Hipócrates y sus seguidores, el hombre era naturaleza no solo en sentido físico, sino también psíquico, y esto se encargaron Sócrates y otros filósofos de recordarlo, porque la salud humana no consistía sólo para ellos en una buena alimentación, dormir el tiempo suficiente o vivir en un ambiente natural y agradable, sino además en estar de acuerdo con uno mismo, realizando aquellas cosas que corresponden a cada uno y no otras que no están de acuerdo con su naturaleza. Por eso, la buena salud se refiere tanto a los valores del alma como del cuerpo.

La medicina en la antigüedad

Las explicaciones en torno a los procesos patológicos han sido formuladas a lo largo de la historia en función de diferentes causas: sobrenaturales, divinas, humanas, científicas y naturales. En consecuencia, el tratamiento de las mismas se ha efectuado en relación directa con el agente causal supuesto, y ha sido aplicado por individuos con aptitudes e inclinaciones de carácter curativo.

En los primeros tiempos de la humanidad, la medicina surge como respuesta instintiva y de sentido común aunque también mágica, a los procesos morbosos. La creación y la existencia del cosmos, así como de todos los fenómenos y acontecimientos que rodean al hombre, al igual que los de su interior son atribuidos a causas o poderes sobrenaturales que al ser tan poderosos frente a la pequeñez humana, son temidos y venerados mediante cultos expiatorios y propiciatorios para ganarse su protección. El ser humano está obligado a guardar sumisión y a rendir tributo a los seres sobrenaturales; el disgusto o la ofensa pueden ser castigados duramente con la pérdida del alma, de la salud, o con la introducción en

el cuerpo de espíritus malignos y hasta con la muerte. Se tratará, pues, de evitar o resolver estas situaciones con la ejecución de prácticas especiales.

Estas formas primitivas de pensamiento y de comportamiento prevalecieron durante milenios, en una evolución tal vez imperceptible pero siempre dinámica, como sucede en la cultura.

Las antiguas culturas, como la egipcia, las semíticas y las mesoamericanas, mezclaban aspectos mágico-religiosos con conocimientos empíricos bien establecidos, para explicar la enfermedad, conservar y restablecer la salud.

En la India y en China el conocimiento llegó a separarse casi completamente de la religión, y la salud y la enfermedad fueron entendidas desde un punto de vista filosófico muy peculiar, dentro de una concepción racional difícil de comprender por los occidentales. En la India se buscaba la liberación de la vida terrestre mediante un ejercicio apropiado del cuerpo y del espíritu. Los hindúes, a diferencia de los griegos, no apreciaban la existencia en la tierra, que sólo proporcionaba sufrimientos y dolor. Esta filosofía imperó en la India, alrededor de los 3000 a los 2500 años a C.

A diferencia del pensamiento indio, Confucio (551 ? a C.) y los demás pensadores chinos, no parten de la premisa de la miserable condición del hombre ni de una consideración deleznable de la vida en la tierra. Para Confucio, la vida en la tierra no es buena ni mala originalmente. Sólo se le podrá calificar de una de estas dos maneras de acuerdo con el comportamiento moral, que exige seguir la vía del perfeccionamiento que es el Tao, la doctrina que conduce a la virtud. Como puede verse, la idea central de todo pensamiento confuciano es el hombre y su conducta moral.

El texto clásico de la doctrina médica china, el NEI-KING, expresa un sentido completo de medicina preventiva. Los conceptos del YIN-YANG, dos modalidades fundamentales de un principio único que es el Tao, y de los cinco elementos (madera, fuego, tierra, metal, agua), permitirán explicar la constitución física y mental del hombre y de su interacción con el ambiente en el que se

desenvuelve. Por lo tanto, la salud es el resultado de un *equilibrio* entre los elementos corporales y los universales según un adecuado discurrir de la energía de la vida.

La medicina en la Grecia clásica

La Grecia clásica abarca una nueva era en la historia y pensamiento universal al descubrir en la RAZÓN el factor distintivo entre el hombre y el animal, e intentar explicar, por primera vez en la historia, los fenómenos de la naturaleza y las leyes que los regulan desde un punto de vista dirigido por el razonamiento crítico, alejado de las construcciones teológicas.

A partir de entonces, la medicina se entenderá, como las demás ciencias y a la cabeza de todas ellas, como un saber natural, dentro de la idea de *PHYSIS*, de naturaleza. El precursor de esta nueva corriente de pensamiento fue Tales de Mileto. Quien la llevó a su máxima expresión fue el gran maestro Hipócrates (460-377 ? a.C.) y, posteriormente, Galeno (130 dC.).

CORPUS HIPPOCRATICUM es el nombre elegido por Galeno para designar la colección de escritos médicos del maestro por su digno sucesor, cuyas tres aportaciones centrales son:

a) *Desmitificación de la naturaleza*. En el sentido de que no es una potencia divina sino un fenómeno sujeto a comportamiento explicable a la luz de la razón, pero de gran significado para el cuidado de la vida. La salud y sus alteraciones serán comprendidas como el bien o mal orden existente entre los elementos del cuerpo y los humores, refiriendo todo a una buena armonía con la naturaleza. El desorden da lugar a la injusticia, conocida como enfermedad, que atenta contra el sabio equilibrio natural del cuerpo.

b) *Teoría humoral*. La idea de Galeno de los cuatro elementos fue tomada seguramente de Empédocles, quien consideraba a la naturaleza como una mezcla proporcional de aire, agua, fuego y

tierra. Cada uno de estos elementos posee su cualidad particular: sequedad, humedad, calor o frío. También cada parte del cuerpo tendrá una de esas cualidades esenciales. Con anterioridad, Alcmeón de Crotona había dicho que la salud era el resultado del buen equilibrio entre el frío y el calor junto con las demás fuerzas.

Siguiendo su creencia entre las relaciones macrocósmicas y microcósmicas, los hipocráticos creyeron que los cuatro elementos originales de la naturaleza universal debían tener su correspondencia en otros cuatro principios en la concreta y particular naturaleza del cuerpo humano, y los llamaron humores: la sangre, la pituita o flema, la bilis amarilla y la bilis negra. La sangre procedía del corazón, la pituita del cerebro, la bilis amarilla del cerebro y la negra del bazo. Además, la sangre era caliente y húmeda; la pituita, fría y húmeda; la bilis amarilla caliente y seca, y la bilis negra: fría y seca. Confirmando lo dicho en el punto anterior, habrá salud cuando estos cuatro elementos se encuentren en una justa relación de mezcla, de fuerza y de cantidad.

c) *Concepción unitaria del hombre*. Los médicos hipocráticos contemplaban al cuerpo humano no como un conjunto de partes sino como un todo unitario, formado por el alma y el cuerpo. A éste último se le otorgaba un valor sagrado, por lo cual no eran partícipes de la disección.

En el *CORPUS HIPPOCRATICUM* se habla en diversas ocasiones del alma, la *PSYKHE*, como algo distinto y más sutil que el cuerpo al que da vida. Este concepto se identifica en gran parte con el *pneuma* o aliento vital. Las relaciones mutuas entre cuerpo y alma son varias veces señaladas dentro de una visión unitaria de la naturaleza humana.

Apoyados en la filosofía socrática, los hipocráticos reconocían que la enfermedad puede aparecer por la perturbación dañina de cualquiera de sus equilibrios, tanto el físico como el espiritual.

* La teoría humoral y sus repercusiones o no en las culturas del altiplano central de México-Tenochtitlán da lugar a una extraordinaria polidivica entre dos prestigiosos antropólogos: G. M. Foster y A. López Austin.

La escuela hipocrática no sólo era lógica, sino también ética (recordemos su valioso juramento) y humanística.

La filosofía griega clásica sería incomprensible sin sus desarrollos y sus reflexiones en el campo de la moral. Por ello se deben recordar, aunque sea brevemente, las aportaciones de los grandes filósofos griegos Sócrates, Platón y Aristóteles, para quienes la ética no se reducía a una discusión teórica sobre los valores morales, sino que tenía una finalidad práctica. La labor que estos grandes pensadores emprendieron se centró en conocer y definir lo que era bueno, o no, para el hombre, con el fin de llevar una vida justa, armoniosa y responsable.

La filosofía socrática es, sobre todo, "una forma de educación, de acuerdo con una nueva jerarquía de valores que coloca en primer lugar los bienes del alma, en segundo los del cuerpo y en último término los bienes materiales como riqueza y poder." (Jaeger)

Entre las notas esenciales de la medicina hipocrática destaca, por encima de todas, su carácter de ciencia hecha a escala humana, por y para los hombres y, a pesar de sus escasos conocimientos anatómicos y su casi nulo recurso en la investigación experimental, es notable en ella el aprecio por la observación sensorial y, sobre todo, por el sentido común. Todo esto, dentro de una gran veneración por la naturaleza y por esa mínima expresión de ella que es el hombre.

Con Hipócrates, el médico no es ya un hechicero, ni un sacerdote, ni un profeta. El verdadero médico es, en Grecia, un filósofo que ha empleado su razonamiento para conocer las causas que, en la vida del hombre, le mantienen en buen estado de salud o lo conducen a la enfermedad. Por un lado, el amor a la naturaleza y, por otro, el posterior amor al hombre reunidos en la conocida frase socrática "Conócete a ti mismo". Se llega a concluir que en esta época que el médico filósofo es semejante a los dioses.

Siguiendo fielmente las enseñanzas del maestro, el ilustre Galeno, griego helenístico, además de recopilarlas y difundirlas, les imprime su particular sello, caracterizado por el pragmatismo romano, la escuela aristotélica y su propia personalidad, de estilo dogmático y arrogante.

Con sus grandes aciertos y errores, la obra hipocrático-galenica, marca las directrices médicas que prevalecen por más de un milenio, hasta el siglo XVI, cuando Vesalio y Paracelso se atrevieron a poner en tela de juicio sus criterios.

Después del esplendor griego, la caída del Imperio Romano y el nacimiento del cristianismo, la otrora floreciente medicina vivió periodos de estancamiento. De hecho, debido a interpretaciones equivocadas de la imagen y doctrina de Jesucristo, la medicina sufrió un cierto retroceso hacia las etapas primitivas donde la salud y la enfermedad son producto de la buena o mala relación con la divinidad; las enfermedades corporales no se diferenciaban de las espirituales y todas eran atendidas de manera teúrgica, recurriendo a procedimientos mágicos y sobrenaturales, a los exorcismos y milagros.

En la historia de la medicina no puede dejar de hacerse mención de los destacados médicos árabes: Al-Farabi, Avicena y Averroes, entre otros. Pare ellos el médico era el sabio y el maestro por excelencia, además de filósofo.

La salud de los hombre se lograba por medio de una vida adecuada a la naturaleza, dentro de la relación armónica micro-macrocosmica.

De hecho los médicos árabes desarrollaron inteligentemente las ideas hipocrático-galenicas y las de otros filósofos griegos, para quienes la salud del hombre dependía tanto del cuerpo como del alma, todo visto a la luz de la razón. Incluyeron conceptos tan importantes como el de profilaxis, a la que daban más relevancia incluso que a la curación; practicaron la dietética y la cirugía. Esta última alcanzó su máxima expresión con el médico Abulcasim.

La medicina en el medievo

El largo y tortuoso periodo medieval se inicia en la baja edad media del siglo V con el franco dominio de las bárbaros en Roma

y en Europa Central. La etapa de esplendor ocurre en la llamada alta edad media: es el período que transcurre desde la disolución del imperio carolingio hasta la crisis del orden medieval, que se anuncia en pleno siglo XIII.

La medicina, durante este período, se enclaustra en los monasterios especialmente benedictinos, donde es practicada por los monjes-médicos, retomando las concepciones del cristianismo primitivo. Es ejercida con un poco de sentido común y un mucho de superstición; lo sobrenatural desempeñó una función de máximo relieve y gran parte de la labor de tales monjes consistía en recitar plegarias, imponer las manos, pronunciar exorcismos y utilizar amuletos como imágenes y reliquias de los más diversos santos. La atención a enfermos y desvalidos se practica dentro del sentir cristiano como una obra de misericordia.

La hegemonía de la Iglesia con respecto a la cultura y el saber, empieza a declinar por el siglo XII cuando ya emergen, a la vez, a reclamar su participación, exige nuevos conocimientos, que le son necesarios para desarrollar sus oficios y por la necesidad personal de enriquecimiento. Así la enseñanza va cayendo progresivamente en los laicos, pasando de los monasterios a las escuelas catedrales, y después, a las universidades. Se inicia con escuela de corporaciones religiosas que dependían de la Iglesia y de los reyes, y en alguno caso de los mismos municipios. Posteriormente, su personal docente y sus alumnos, así como su gobierno, se alejan del ámbito estrictamente religioso.

La obra de Tomás de Aquino fue determinante para hacer llegar a los intelectuales de su época la filosofía aristotélica. El filósofo por excelencia del siglo XIII logró la integración, en una síntesis sorprendente, de la ontología y de la teoría del conocimiento aristotélico con la fe cristiana. Decidió llegar a las causas últimas de los fenómenos al afirmar: "Cuando se estudia filosofía, no es para saber lo que algunos hombres han pensado, sino para saber cuál es la verdad de las cosas." Tomás de Aquino parte de la liberalidad o generosidad divina, que deja una gran independencia

a la naturaleza, lo cual da margen a que en las postrimerías de la edad media se recobre el amor a las ciencias naturales que pregonan los futuros humanistas.

La filosofía tomista, junto con la asimilación del saber greco-árabe en Salerno, Toledo, y otros lugares, en la fase final del medievo, impulsó una nueva vida intelectual en los estudios generales y en las universidades. Aunque no había llegado el tiempo del humanismo, ya se forjaba un nuevo ambiente. Fue precisamente con la medicina, por su propio carácter tan relacionado con la naturaleza, como se empezaría a introducir la nueva ciencia basada en la razón y en conocimiento de la physis, desechando las concepciones teológicas como soluciones exclusivas.

El renacimiento y la medicina

Solamente a partir de la mitad del siglo XIII se empieza a dar a la medicina la categoría de saber independiente, se enseña dentro del conjunto de las artes liberales y el médico comienza a ser considerado un físico y su saber como un conocimiento general de la naturaleza, superior al simple oficio manual de los vulgares prácticos. Pero la medicina tardó mucho en independizarse de las demás artes, porque participaba un poco de todas ellas, al constituir, como ya sabían los primeros escolásticos, una segunda filosofía.

En el siglo XV se inicia el renacimiento caracterizado por su fuerte tendencia humanista. Italia es pionera de esta corriente. En ella había una burguesía floreciente que habitaba en las ciudades, dedicada a la actividad mercantil que necesitaba una ideología diferente de la rigidez del decadente feudalismo, para dar razón de ser a su modo de vivir más activo, y al aumento de la riqueza consiguiente. Fue la época de los grandes mecenas que se afanaban por rodearse de artistas y sabios, a los que protegían y trataban como seres excepcionales, dándoles toda clase de facilidades y lujos.

Naturalmente, el humanismo no sólo se concentra en Italia, sino que se extiende a todos los países europeos.

La ebullición intelectual característica de este período conduce a la formación de dos corrientes de pensamiento de gran impacto y repercusión: la filosofía de la naturaleza y el mecanicismo. La primera es un tanto especulativa; dejando atrás el movimiento filosófico-humanista, se centra en el estudio de la cosmología natural, intenta dar explicaciones generales sobre los fenómenos del universo y de cada hombre, entendiéndolos como un todo orgánico en el que cada parte se relaciona con el resto.

Representantes de esta corriente son los célebres médicos Paracelso y Vesalio, quienes se atrevieron a dudar de la teoría hipocrático-galénica. Paracelso afirmaba que el verdadero médico era el que estructuraba a la naturaleza, administrando así la voluntad divina. El universo era el libro que se debía estudiar, y al enfermo había que analizarlo así, como "el minero escruta detenidamente las propiedades vivas del mineral". Criticó a los médicos impios que con todos sus métodos intentaban dominar a la naturaleza y que no sabían que ella cura por sí misma.

La doctrina paracélsica es una original mezcla de magia, alquimia y astrología, precedida por un personal panvitalismo. Considera que todo proviene de una misma fuente y que cada una de las cosas existentes representa diferentes grados de evolución, y que se transforman unas en otras. Dios es el principio único del que se deriva la multitud de formas individuales.

A partir de la diversificación de la unidad primitiva, aparecen en su cosmología cuatro elementos tradicionales, que se relacionan con los tres principios o sustancias: la sal, el azufre y el mercurio.

Confusa, bella y pienamente adecuada a los tiempos renacentistas es la doctrina paracélsica; concluye en una mística llena de amor hacia el hombre y la naturaleza. Su teoría es apoyo de los médicos y yatroquímicos en el siglo XVII.

Andrea Vesalio fue un genial renovador de la anatomía. Dio un

paso decisivo en su tratado anatómico *De Humani Corporis Fabrica*, donde expresa su modo de entender el cuerpo humano comentando por la descripción del esqueleto, ya que para él, los huesos son los que sustentan y dan estabilidad a la *fábrica* o edificio anatómico que es el cuerpo. Revoluciona el campo de la disección al insistir en que los estudiantes de medicina no sólo deben ser espectadores y receptores de la técnica galénica, sino que deben participar con su maestro en el estudio del cadáver.

La segunda corriente o vía es el mecanicismo, que consideraba al universo desde un punto de vista materialista y al mundo como un gigantesco mecanismo, cuyo conocimiento sólo se podría obtener a través de las leyes matemáticas.

Entre los representantes de esta nueva forma de entender la realidad figura Nicolás de Cusa, para quien la razón humana procedía según métodos cuantitativos, identificando las cosas por comparaciones y mediciones. Sin embargo, nunca se podía llegar al conocimiento de las realidades, sino a sus aproximaciones, pues el conocimiento pleno estaba reservado a Dios. Sólo la intuición y no la razón podía abarcar todo lo creado.

A la par con las grandes corrientes filosóficas del renacimiento suceden grandes acontecimientos e inventos, tales como los descubrimientos de las Indias Orientales, el nuevo continente América, y antes la invención de la brújula, el papel, la imprenta, la pólvora, etcétera que conllevan intensos cambios políticos, sociales y religiosos.

El revolucionario método científico

En el siglo XVII la experiencia se convierte en la forma idónea de explorar el mundo. Impera el criterio puramente empírico para dar vida al método científico, impulsado por Francis Bacon de Verulam.

portamiento del organismo sano o enfermo, si se prescindía de los estudios anatómicos y fisiológicos y de la utilización de las ciencias positivas como la química, la física y la biología.

Entre los médicos distinguidos de esa época está Boerhaave, médico holandés, gran ecléctico, que consideraba, como Hipócrates, que el papel principal del médico era ayudar a la naturaleza a recobrar el equilibrio alterado por la enfermedad. También aceptaba la validez de las ideas mecanicistas de Descartes. Pero quien llevó hasta su máxima expresión dichas ideas fue J. Offroy de la Métrie. Apasionado por las doctrinas yatomecánicas las lleva al radicalismo extremo en su obra *El Hombre Máquina*, donde se propone explicar la naturaleza como una gran máquina, un todo mecánico e indivisible. De la Métrie eliminó de su filosofía todas las referencias al alma o a las fuerzas divinas. El hombre es la pura máquina. Para ilustrar sus argumentos, este filósofo francés afirma que no encuentra diferencia entre las actividades primarias del organismo, como correr, respirar o reproducirse, y las de un instrumento mecánico. De La Métrie niega la existencia de un alma diferente del instinto. No se explica cómo Descartes la consideraba y localizaba en la glándula pineal. Para él, el instinto, y no el alma, ejerce su función en forma igualmente adecuada en los hombre y en los animales.

Las reacciones no se hicieron esperar y por ejemplo, Georg Ernest Stahl, médico-filósofo alemán muerto en 1734, hace destacar la importancia del alma como principio supremo de la vida. Por eso ha sido calificado como animista o vitalista, orientación que perduró por más de un siglo que influyó en grandes intelectuales, entre ellos al antropólogo Tylor, que a finales del siglo XIX resucitó el animismo para explicar la vida de los hombre primitivos.

Para Stahl las dolencias no podían ser explicadas acudiendo a simples teorías mecanicistas, sino que dependían de formas inadecuadas en el modo de vivir o de no estar conformes consigo mismo; se le considera como una especie de fundador de la psicología médica.

Durante esta época se desarrollan nuevos sistemas y tendencias médicas como la homeopatía y el magnetismo animal, la atención a enfermos mentales y a las clases populares con espíritu humanitario. En la medicina alópata se registraron grandes avances, en cirugía e higiene.

Como resultado de la Revolución Industrial, iniciada en la última década del siglo XVIII y en gran escala hasta el siglo XIX, emerge lo que podríamos llamar una cultura de masas, es decir, un trabajo colectivo, producción en serie, crecimiento de la población, explotación intensa de los recursos naturales. En el campo de la medicina surge un cambio de gran trascendencia hasta nuestros días; de la atención médica particular se pasa a la salud pública para beneficiar a la población mayoritaria. Dignos representantes de esta corriente son Peter Frank y Edward Jenner, que inaugura también la era de la medicina preventiva en forma de vacuna o inoculaciones, como es el famoso caso de la vacuna contra la viruela que ideó el citado Jenner.

Románticos y positivistas

Los grandes cambios ocurridos en el siglo XIX, siglo en que la técnica y la industrialización avanzaron poderosamente sobre una civilización agrícola, se vieron reflejados en las ideas de los hombres más destacados de la época. La centuria empezó su desarrollo imbuida por el espíritu del romanticismo, iniciado en el último tercio del siglo anterior como un rechazo al frío razonamiento mecanicista del racionalismo ilustrado. Pero, antes de comentar el pensamiento de los románticos, se debe citar a Friedrich Hegel, quien se propuso el tan difícil proyecto de unificar la ciencia y la filosofía en un sistema metafísico, de indudable interés.

Como hemos señalado, el romanticismo fue una rebelión contra las insuficientes verdades de la ciencia rudimentaria, que se preten-

dian hacer infalibles y con la rigidez de las formas artificiales. Los poetas buscaron un escape en la imaginación y, en la naturaleza, las pocas gratas realidades que les rodeaban.

Una figura puede considerarse intermedia entre el pensamiento romántico y las crecientes tendencias positivistas: Arthur Schopenhauer. Este hombre conoció el halago y la gloria muy tarde, en la vejez, por ello atesoró mucha amargura y pesimismo, a pesar de que su pensamiento consistía en afirmar que se encuentra más felicidad con lo que la persona es que con lo que tiene.

El nuevo mundo industrial que estaba surgiendo, basado en el hacinamiento de las fábricas y en el progreso de las máquinas, empieza a producir rápidamente una deshumanización que provoca grandes crisis de conciencia. Uno de los mejores exponentes de la situación es Sören Kierkegaard, el creador de la noción de angustia, muy alejado también de las tendencias filosóficas pragmáticas aparecidas al calor del crecimiento de las ciencias exactas.

Con Saint-Simon, Fourier y Proudhon aparece el pensamiento social, aun tíbiamente, pero ya anuncia lo que vendría después. Los tres conocieron los aires del liberalismo que corrían por Europa, y fueron muy influidos por ellos, por lo que no se puede decir que fueron socialistas, mejor calificarlos de utopistas.

Pero las crecientes clases obreras no habían encontrado todavía su auténtico cauce. Para ello fue necesario esperar a que Karl Marx (1818-1883) elaborara su doctrina del capital, en la que atacaba frontalmente al sistema de producción burguesa, con enormes y significativas consecuencias.

El positivismo propiamente dicho es desarrollado por el francés Augusto Comte (1798-1857) en su curso de filosofía positiva, caracterizado por un totalitarismo científico que lo convierte en la religión de la humanidad, edificado sobre el dogmatismo de la ciencia y en la que el individuo desaparece en favor de la masa para, según él, asegurar el orden social.

Este enfoque limita el hombre a lo que "se da inmediatamente",

a "lo positivo". Sólo esto es realidad y no fantasía. La instrucción para lo sucesivo destaca de los fenómenos lo que siempre es igual (formación científica del concepto) y estudia luego el curso regular (formación científica de la ley). Tal es el proyecto de la ciencia positiva.

El dogmatismo de Comte estuvo vigente hasta la segunda mitad del siglo XIX. Ciertos intelectuales continuán con dicha corriente. También hubo opositores a la misma como el célebre fisiólogo francés Claude Bernard, considerado el padre de la fisiología experimental. Bernard afirmaba que si el estado positivo tal y como lo comprendía Comte, sería el reino del racionalismo puro, el reino de la cabeza y de la muerte del corazón. Pero para Bernard el estado positivo no destruirá el estado teológico, simplemente estarán separados como maneras diversas de abarcar la realidad en todo tiempo.

Contemporáneo de Comte y positivista también fue Carlos Darwin, con su tratado de la evolución de las especies.

La exclusividad del método anatomoclínico, muy en boga en el siglo XIX, llega a ser cuestionado por Martin Charcot (1825-1893), cuando señala que este proceder no es suficiente y mucho menos el único, para entender el hecho de la enfermedad, reconociendo a su vez la naturaleza psíquica determinante de algunos males.

Por su parte, los miembros de la denominada Nueva Escuela de Viena, Rokitsansky y Skoda, consideraban, como su predecesor Morgagni, que la anatomía patológica era la única base de la medicina y el verdadero procedimiento en que debía apoyarse la clínica. Skoda se convirtió en el representante más típico de este modo de entender la medicina propio del positivismo, la medicina diagnóstica, que llevada a sus extremos se definió como excepticismo terapéutico. Una vez conocido el origen de la enfermedad, con arreglo al método citado, se terminaba la tarea del clínico, que a menudo abandonaba el caso, sin ocuparse más de él. A finales del siglo XIX, surge una corriente de renacentismo hipocrático en oposición al positivismo, se rechaza ver al paciente como un objeto.

En este sentir, el médico español José Letamendi decía lo siguiente en la introducción de su *Patología General*: que los hechos suplen al razonamiento contruyendo por sí solos toda la ciencia.

El auge del neo-hipocratismo condujo a la construcción de los primeros sanatorios antituberculosos en lugares donde las bondades climáticas, junto con una adecuada dietética, permitían la recuperación de los enfermos que en su medio ambiente habitual habrían sucumbido irremediablemente. Uno de los pioneros en esta orientación fue Leopold Schröter, que se convirtió en el principal promotor de los balnearios austriacos, además de emprender una intensa labor médica social realizando actividades para divulgar en el pueblo la importancia de la higiene. Por su influjo se llevaron al cabo trabajos de saneamiento en Viena, como el alcantarillado, la creación de espacios verdes, y la instalación de casas de socorro.

Por el año de 1847, Luis Pasteur, guiado por su pensamiento etiopatológico, descubre el origen bacteriano de la enfermedad, y establece así el verdadero origen y desarrollo de la microbiología médica. Este distinguido personaje muere en 1895 con los mayores honores que hayan sido tributados a ningún hombre de ciencia en su país natal, Francia, reconociéndosele como iniciador de una etapa en la que se iba a plantear una dura batalla contra las enfermedades infecciosas.

En esta línea es necesario destacar también los grandes avances logrados por el alemán Robert Koch, especialmente en el descubrimiento del bacilo que ahora lleva su nombre, y que es causante de la tuberculosis.

La época a que me refiero se caracteriza también por la introducción de técnicas novedosas y efectivas, como la anestesia, la asepsia y la antisepsia.

Los avances registrados en la era industrial no sólo fueron de índole técnico (aluminado eléctrico, náutica, dinamita, petróleo, teléfono, telégrafo, etcétera) sino de carácter médico, como el establecimiento de leyes sanitarias en 1875, los seguros contra la enfermedad, la medicina preventiva y, a veces, en farmacopea,

beneficiando así a un considerable número de seres en las cada vez más crecientes ciudades industriales.

Al mismo tiempo, en la primera mitad del siglo XX, tuvieron lugar las más grandes catástrofes bélicas de la historia de la humanidad. También en estos años se produjo un despliegue de la ciencia y de la técnica hasta entonces desconocido, que en una parte no desdeñable fue debido a la acción estimulante de las situaciones de guerra.

La medicina en el siglo XX

Durante las centurias anteriores, incluyendo el siglo XIX y a pesar de la indudable fecundidad de los procesos científicos, éstos partieron de un sistema de principios rígidos basados en una orientación materialista y de acuerdo a las leyes newtonianas, que giraban en torno a masa y fuerzas de naturaleza mecánica. El siglo XX, en cambio, inicia su despertar demoliendo la inquebrantable fe mecanicista, siendo el más caracterizado protagonista de esta actuación Albert Einstein, quien supo traducir en realizaciones prácticas para la ciencia el ambiente que se percibía en su época, incitando hacia la elección de un nuevo mundo.

Las ideas de Einstein no podían ser más revolucionarias. Decir que las nociones hasta entonces aparentemente bien establecidas, como las de espacio y tiempo, no tenían un valor absoluto, y que la masa de los cuerpos depende de la velocidad en que estos se muevan, permitió desplomar de un golpe multitud de conceptos sobre los que se erigía la física. Enormes posibilidades abrieron las nuevas teorías, al anularse del estrecho y convencional marco del materialismo, de gran utilidad en muchos aspectos.

En los primeros 50 años del siglo XX, los enormes adelantos en el estudio del microcosmos atómico se vieron acompañados por grandes descubrimientos microcósmicos, que sirvieron para am-

pliar la idea del universo, gracias a los formidables aparatos de comprobación espacial.

Otras de las consecuencias del progreso científico ocurrido en el siglo XX es que, tanto en el estudio del hombre, como del universo, es que existen corrientes que han llegado a conclusiones parecidas a las suscitadas por el pensamiento mitológico primero, y luego por la filosofía, hace miles de años. Esto es lo ocurrido al intentar explicar el origen del universo producido, según los científicos como consecuencia de una explosión inicial, con arreglo de una teoría no muy diferentes de las filosóficas que hablaban de un caos original. Lo mismo se puede decir en el caso del átomo, para cuya comprensión se rechaza el determinismo y, desde luego, el caso del hombre, cuyo entendimiento resulta imposible sin un acercamiento entre ciencia y filosofía.

Este siglo no sólo se distingue por grandes avances en las ciencias exactas, sino también en las médicas y humanísticas; en las segundas, se han producido en genética, investigación bioquímica, endocrinología, por ejemplo. Y dentro de las humanísticas citaré a las corrientes filosóficas como el nihilismo, el vitalismo, el existencialismo. No puede pasarse por alto el avance revolucionario de la antes considerada ciencia del alma, la psicología, que llegó a tenerse como un saber inútil por los positivistas del siglo XIX, pues es difícil ajustar su contenido a un conjunto de leyes y conocimientos exactos. El mérito de este progreso trascendental para el conocimiento del hombre se debe a Sigmund Freud.

La doctrina freudiana, perfectamente sistematizada por su autor, sigue teniendo vigencia hasta nuestros días, aunque algunos de sus planteamientos son severamente cuestionados. Al principio utilizó la técnica de dividir la mente en inconsciente, preconciente y consciente, pero luego encontró una mejor forma de expresar sus ideas, al imaginar el sistema dividido en tres partes: el ello, el yo y el super yo, situado entre ambas el yo, una especie de mediador o de apaciguador, de sus diferencias. Grandes aportaciones logró tam-

bién respecto a la interpretación de los sueños, la conducta sexual, la neurosis y la cultura. Freud es animador de personalidades como Adler, Jung, Reich, que a veces lo refutan y a veces lo apoyan, que han contribuido también al adelanto de la psicología y del psicoanálisis.

La aportación de Reich es de importancia porque contempla los aspectos sociales de la enfermedad, incrimina a la sociedad capitalista y la hace responsable de la aparición de la neurosis por las malas condiciones de vida que ha establecido. Hay que advertir que Reich elaboró también teorías demenciales.

Muy vinculada al psicoanálisis estuvo durante mucho tiempo la antropología cultural, que ha ido extendiendo cada vez más su campo de trabajo, pero en un principio sólo estuvo vinculada al estudio de las sociedades primitivas. Fueron destacados maestros en esta disciplina, por citar a algunos, Franz Boas, Bronislaw Malinowsky, Ruth Benedict y Margaret Mead. Esta última puso de manifiesto la importancia de las expectativas sociales como fuerzas modeladoras del comportamiento, hasta poder llegar a la modificación de impulsos de carácter biológico.

Y mientras Freud y sus seguidores realizaban una nueva interpretación de la salud y de la enfermedad, la medicina seguía otras vías, acordes con la línea técnico-científica que tan excelentes resultados había dado en la lucha contra las infecciones. Uno de sus principales propósitos continuó siendo la búsqueda, según el método del positivista, de las causas de las enfermedades. El método anatomoclínico y psicopatológico, desarrollados en el siglo pasado, no han perdido su vigencia y han permitido avances y descubrimientos espectaculares, gracias a la atención exclusiva de las causas objetivas, verificables mediante la investigación científico-natural de la enfermedad.

El pensamiento localista, basado preferentemente en el estudio de los órganos ha impregnado toda la medicina clínica de 1914 hasta hoy y, ayudado por las nuevas técnicas, ha demostrado su

eficacia en el diagnóstico de las enfermedades y también, pero en menor medida, en su tratamiento.

Los conocimientos sobre la patología celular han sufrido decisivas variaciones con el uso del microscopio electrónico y de las nuevas técnicas empleadas con el microscopio óptico, como la inmunofluorescencia, el contraste de fases o los métodos de coloración citro-químicos. Junto con el microtomo, con el que pueden obtenerse láminas de espesores mínimos, las técnicas de tinción y la ultracentrifugación permiten conocer con detalle las diferentes partes celulares.

Todos estos adelantos han convertido a la biología molecular en una de las ciencias claves para explicar las causas de las enfermedades. La lesión tisular es interpretada desde diferentes puntos de vista para entender los mecanismos que la han originado. La bioquímica, la fisiología, la farmacología, la microbiología y la parasitología se han asociado para lograr una interpretación molecular del daño celular.

La búsqueda de la causa inmediata de la enfermedad se ha visto facilitada enormemente por el uso de los más variados métodos instrumentales, que han permitido una mayor obtención del diagnóstico médico, convirtiéndose la investigación de los datos en una tarea esencialmente técnica, ayudada por los hoy rutinarios análisis cromatográficos y espectrográficos, además de los estudios isotópicos, las determinaciones enzimáticas y las averiguaciones bioquímicos.

A la par de los avances descritos, también se han modificado los aspectos administrativos y de atención al enfermo. Sobre todo, en la segunda mitad del siglo XX, el hospital, altamente tecnificado, se ha convertido en el elemento central de los servicios de atención médica. Da cabida a una gran cantidad de enfermos hospitalizados o de consulta externa y provoca así la inminente necesidad de políticas médicas preventivas, tan en boga en nuestros días, aunque todavía no con los resultados deseados.

Por su parte, los aspectos derivados del mal uso de la técnica no deben hacer olvidar su importancia para recoger los más diversos datos. Las técnicas médicas se han debido tanto a los ingenieros y biólogos como a los propios médicos, a quienes se han sometido, en los últimos tiempos, a una educación marcadamente científica, en detrimento de la necesaria y hoy relegada cultura humanística, abandonada progresivamente desde el siglo pasado, a medida que iba dando frutos el mecanicismo científico.

Sin negar, lo cual sería necio y absurdo, el uso de la imponente infraestructura y avances médicos, de que se disponen en la actualidad, la medicina de hoy y la del futuro deben seguir apoyando las políticas preventivas y han de tener como eje principal de toda actividad la asistencia primaria. Además, debe recuperarse el sentido de los escritos hipocráticos, que consideraban a la salud como el principal bien que poseen los humanos, de acuerdo con una concepción integral del hombre y de la vida, que entiende a la salud como un *equilibrio* del hombre consigo mismo y con su medio ambiente y a la enfermedad como una ruptura de dicho equilibrio, por razones personales o ambientales.*

* No incluimos un apartado especial sobre historia de la medicina en México por considerarla un área muy especializada que requiere ser tratada en un curso específico, además porque consideramos que el resumen presentado es suficiente para nuestros fines. Únicamente en un apartado específico se tratarán algunos aspectos de la medicina tradicional.

Rosa María Lara y Mateos

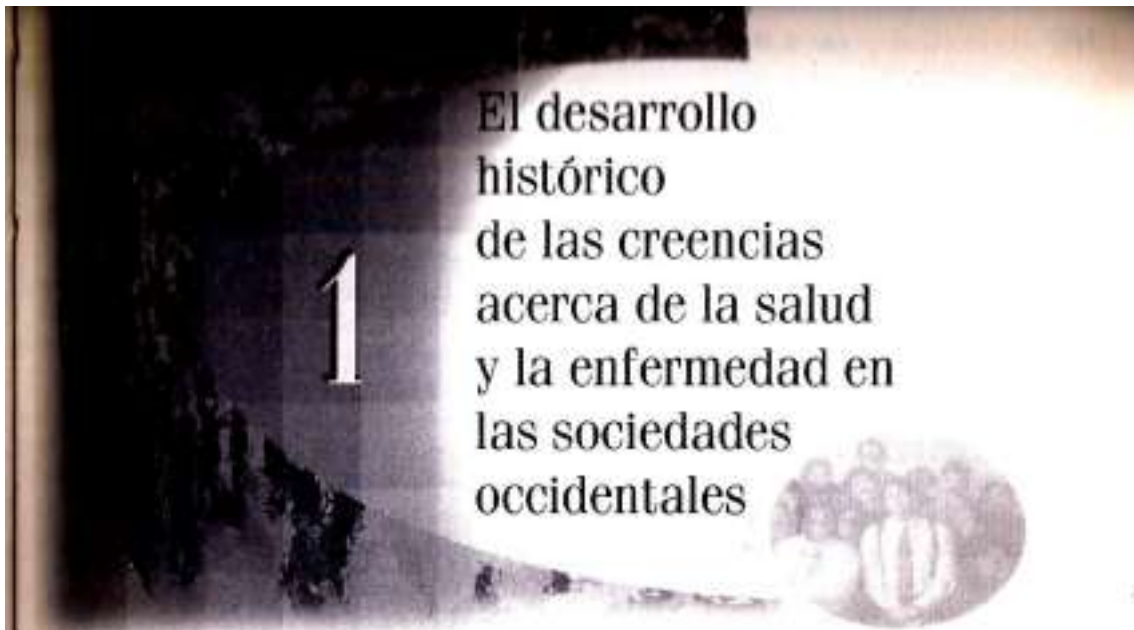
HISTORIA DE LA MEDICINA (RESUMEN)			
EPOCA	CORRIENTE FILOSOFICA	REPRESENTANTES	CONCEPCION MEDICA
ORIGEN DE LA HUMANIDAD	EXPLICACIONES SOBRE-NATURALES ANIMISTAS	CULTURA PRIMITIVA	TEMOR A LA NATURALEZA, NO INTERVENCION DIRECTA
CIVILIZACIONES ANTIGUAS (3.000-500 A.C.)	RELIGIOSAS FILOSOFICAS (VIDA-HOMBRE)	INDIA, CHINA, MESOAMERICA, CONFUCIO	MEDICINA MAGICO RELIGIOSA. PERFECCIONAMIENTO HUMANO
GRECIA CLASICA (400-200 A.C.)	RAZONAMIENTO CRITICO	HIPOCRATES, SOCRATES, PLATON, ARISTOTELES	DESMITIFICACION DE LA NATURALEZA, EQUILIBRIO DESIGUAL MICRO-MACROCOSMOS, CUERPO-ALMA.
CRISTIANISMO INICIAL (0-500 D.C.)	RELIGION	ROMA - EUROPA	ENFERMEDAD COMO CASTIGO DIVINO
EDAD MEDIA (500-1.500 D.C.)	FANATISMO RELIGIOSO, SUPERSTICION	EUROPA SANTO TOMAS DE AQUINO	CURACIONES MAGICO-RELIGIOSAS, ATENCION MONACAL.
RENACIMIENTO (1.500)	HUMANISMO, PANVITALISMO	NICOLAS DE CUSA, BURGUESIA-MECENAS, BENEDICTINOS, PARACELSO, VESALIO	EQUILIBRIO DE LA NATURALEZA, NEOHIPOCRATICO, MECANICISMO, DISECCION.
SIGLO XVII	RACIONALISMO (MET. CIENTIFICO)	RENE DESCARTES, GALILEO GALILEI	MECANICISTA, DIVISION ALMA-CUERPO, DUALISMO
SIGLO XVIII DEPOSITISMO ILUSTRADO	EMPIRISMO, FILOSOFIA DE LA NATURALEZA, IDEALISMO CRITICO	VOLTAIRE-MONTESQUIEU, ROUSSEAU, LOCKE, KANT, HEGEL	ESTUDIO ANATOMOFISIOLOGICO. AVANCES: QUIMICA-FISICA-BIOLOGIA
ROMANTICISMO Y POSITIVISTAS	MECANICISTA, VITALISMO, HUMANISMO, POSITIVISMO	M. BOERHAAVE, J. OFFAY DE LA METRIE, E. STAHL, SCHOPENHAUER, KIERKEGARD, COMTE.	NATURALISMO MECANICISTA, CIRUGIA-HIGIENE, ORIGEN MENTAL DE CERTAS ENFERMEDADES
SIGLO XIX	HUMANISMO, POSITIVISMO, MATERIALISMO	PETER FRANK, E. JENNER, MARX, DARWIN, MORGA DI, SKODA, KOCH, LEOPOLD SCHROTLER L. PAUSTER	SALUD PUBLICA. MICROBIOLOGIA, NECHIPOCRATISMO, MEDICINA PREVENTIVA, MET. ETIOPATOLOGICO-ASEPSIA-ANTISEPSIA
SIGLO XX	VITALISMO, NEOMECANICISMO, EXISTENCIALISMO, POSITIVISMO	NEWTON, BERGSON, EINSTEIN, J.P. SARTRE, FREUD, REICH	BIOQUIMICA, ENDOCRINOLOGIA, GENETICA, BIOLOGIA MOLECULAR, PSICOLOGIA, PENSAMIENTO LOCALISTA ANATOMOCLINICO, FISIOPATOLOGICO. ASPECTO SOCIAL DE LA ENFERMEDAD, HOSPITALIZACION

NOTA: ESTE CONCENTRADO NO ESTA INCLUIDO EN EL LIBRO DE GARCIA VALDEZ, ES RESPONSABILIDAD DE LA AUTORA.

FUENTE:

Lara y Mateos, R. (1999). *Medicina y Cultura: Hacia una Formación Integral del Profesional de la Salud*. Editorial Plaza y Valdés.

ANEXO 5



En este apartado intentaremos rastrear algunas de las creencias características en determinados estadios de la historia. Debemos aclarar, anticipando críticas, que efectivamente éste será un recorrido a través de las creencias occidentales; también, que no se niegan los conocimientos y las prácticas de determinados sujetos de las sociedades, llámese chamanes, brujos, curanderos, sanadores o médicos, sino que simplemente nos remitimos a las creencias. Por otra parte, lo que llamamos estadios es una división arbitraria que hemos utilizado para indicar periodos en los que aparecen determinados pensamientos referidos a nuestro objeto de estudio, que ahora ya históricamente les son característicos.

Aquí no nos interesa hacer una revisión histórica acerca de la definición de la salud y/o de la enfermedad, para eso puede remitirse a la extensa bibliografía al respecto (Roemer, 1987; Gol, 1978; Rodríguez, 1991; Salleras, 1991; Basaglia, 1978; Navarro, 1984, De Martín, 1984, Páez, 1985, sólo por mencionar algunos estudiosos de diferentes tendencias interpretativas). El interés por hacer una breve revisión histórica de las creencias es con el fin de ver el recorrido y evolución de las creencias acerca de las enfermedades, y las consecuencias que éstas han tenido en las prácticas de salud. Habrá que añadir que las diversas creencias acerca de la salud y la enfermedad se integran en la vasta red de creencias y valores culturales de toda sociedad, dado que desde que las sociedades son tales –y mucho antes– han estado asociadas a las enfermedades, puesto que éstas se derivan de las condiciones sociales y las relaciones que los individuos establecen entre sí.

El investigador social que se aboca al estudio del fenómeno de la enfermedad, necesariamente debe conocer la historia de la interpretación que han dado los pueblos a este fenómeno por dos motivos: primero, para conocer al des-

arrollo de la ciencia y tecnología médica, y segundo, para conocer el sentido social de las creencias en torno a las enfermedades y cómo estas creencias afectan la forma de hacerles frente. Estos dos aspectos, como ya lo hemos señalado, dependen de elementos que les son ajenos pero que forman parte de la cultura misma, tales como los factores económicos y políticos, que como sabemos, se interrelacionan entre sí y con los diversos elementos constitutivos de la estructura de la sociedad. Estos elementos no siguen un desarrollo paralelo, sino que se ven afectados e influyen en diferente grado dependiendo del momento histórico determinado, además, no podemos entender las creencias acerca de la salud y la enfermedad sin la comprensión de los factores económicos y políticos en los cuales se sustentan. Por tanto, una interpretación correcta en términos históricos pasa necesariamente por el análisis de la estructura política y de las circunstancias económicas y políticas de la sociedad estudiada, debido a que las personas interpretan las causas de enfermedad desde las perspectivas de su propia cultura y de sus instituciones.

LAS EXPLICACIONES MÁGICO-RELIGIOSAS DE LA ANTIGÜEDAD

La actitud de las sociedades hacia las enfermedades y hacia quien las padecía, los enfermos, ha ido cambiando en el transcurso de la historia. La enfermedad siempre ha sido el enemigo silencioso que aparta de sus actividades cotidianas a las personas y las aísla de su medio social, las vuelve indefensas y obligadas a depender de los otros, esto es, la enfermedad afecta la vida social de los individuos. En presencia de la enfermedad y de la muerte, el hombre sintió y vivió la idea de lo irremediable, y elaboró con un sentido de prolongación de la vida, algo más allá de lo que veía. La muerte fue uno de los primeros grandes misterios del hombre, a quien puso en el camino de conocer y descifrar las diferentes formas que conducen a ella: las enfermedades y las desgracias. Podemos decir que las creencias son ideas y prácticas generalizadas que se basan en la tradición y se aceptan regularmente en forma acrítica por los miembros de un grupo, comunidad o sociedad, debido a que se interpretan como correctas, así mismo las prácticas derivadas de las mismas son vistas como adecuadas para hacer frente al fenómeno de la enfermedad. Además, son conocimientos comunes a los cuales todos los miembros de una sociedad tienen acceso en menor o mayor medida. Desde la perspectiva actual, se entiende que las creencias acerca de la enfermedad en épocas remotas estaban impregnadas de elementos mágico-religiosos, donde en una fase politeísta, las diferentes enfermedades se atribuían a la ira de determinados dioses, y su cura, a la bondad de los mismos. Como se ha comprobado, las explicaciones mágico-religiosas suplen a las objetivas en aquellas áreas del conocimiento o de la vida donde los acontecimientos son imprevisibles e incontrolados, y donde además por más voluntad que ponga el hombre no logra escapar a los efectos del fenómeno.

Por los escritos de la antigua Grecia se sabe que el ideal de los griegos era la perfección y la hermosura. Consideraban su sociedad como el ideal de la persona culta, buena y sana, precursora de la raza perfecta, armoniosa, noble y hermosa. Ideas que se sintetizan en su dicho "mente sana en cuerpo sano" (Struve, 1981). Esta forma de concebir a la persona y a su sociedad trajo como resultado que las personas que enfermaban fueran consideradas como seres inferiores, y la enfermedad como una maldición de los dioses. Al enfermo se le despreciaba por su imperfección, por su inferioridad. Se decía que antes de que se abriera la caja de Pandora se vivía plácidamente, sin preocupaciones exageradas, pero al abrirse ésta escaparon las Ceres (espíritus malignos, las almas de los muertos) y desde ese momento asolaron a los pueblos con infinidad de males y enfermedades (Lecluyse, 1964). En un estadio inicial las Ceres eran poco diferenciadas, pero poco a poco se fueron distinguiendo y se les atribuyeron males concretos. Así, había Ceres de la pobreza, de las enfermedades contagiosas, del suicidio, de la muerte, de los naufragos, de la vejez, del alcoholismo. Se cuenta que había épocas del año en que los espíritus volvían para asolar al pueblo, se señala la Antesteria, las fiestas a Dionisio en el mes de febrero, como una de éstas (Gernet, 1981). Se decía que en esa época las personas eran más sensibles a estos espíritus, por lo que podían caer enfermos o inclusive morir. Se explicaba la conducta de los espíritus malignos en función de la envidia y su deseo de vida, por tanto, al ver disfrutar y regocijarse a los vivos durante las fiestas, más envidia sentían y más activos se mostraban (Crouzet, 1979).

Respecto a sus divinidades, a éstas también se les atribuían diferentes desgracias y enfermedades cuando se les ofendía. La respuesta de los dioses ante la ofensa que desataba su ira era la manifestación maléfica de sus poderes en forma de enfermedad, de manera que a cada dios se le adscribe una respuesta concreta, una enfermedad precisa. Por tanto, si se manifestaba locura con la característica de dar gritos agudos como caballo, se decía que se había ofendido a Poseidón (Rosen, 1974), por lo que se invocaba a Zeus para que los protegiera de los malos espíritus y de las malas influencias, aunque también se dice que cumplían esa función Herketo y Hestia (Petit, 1982). A Atenea se le atribuían todos los bienes y males relacionados con el embarazo. Los que enfermaban de los ojos pedían perdón e invocaban a la bondad de Atenea Oftalmitis para que los curara. El malestar de Apolo se traducía en la peste para el pueblo. Quien osaba mirar a Medusa era castigado con la parálisis. A Bacchos se le atribuían las manías, aunque a Hera también se le atribuía el poder de provocar la demencia (De Coulanges, 1983). Cada dios y su ira desencadenaba una enfermedad y sólo el era capaz de aliviarla (Sigerist, 1987). Encontramos en estos dioses la dualidad de ira-enfermedad, bondad-cura. Posteriormente, el interjuego de lo mágico y lo religioso de esta civilización cristalizó en la figura de Esculapio, el dios con el don de curar la ira de los demás dioses y por tanto las enfermedades que sus iras provocaban.

EXPLICACIONES MÁGICO-RELIGIOSAS Y CULTURA PRECOLOMBINA

En una de las culturas más conocida del México antiguo, la azteca, sucedía un tanto de lo mismo, las creencias acerca de las *cocolli* (enfermedades) estaban impregnadas de elementos mágico-religiosos. Al igual que en la cultura griega, cada enfermedad estaba relacionada con un dios específico o determinado evento mágico. Por ejemplo, el dios Xipe castigaba con males oculares; la ira de la diosa Macuilxochitl provocaba problemas en el embarazo; a Tlaloc se le pedía fertilidad; el enojo de Quetzalcóatl provocaba reumatismos; Tlaltecuhin enfermaba a los niños; Amimitl provocaba enfermedades digestivas; Xolotl provocaba deformaciones; Nanahuatl producía la lepra; Xoaltecutli inquietaba los sueños (De Gortari, 1980). Por su parte, Tezcatlipoca era el dios de las desgracias y de los maleficios, a la vez, era el dios que adoraban los hechiceros; Huitzilopóchtli era el dios de la guerra y a él se le atribuían los daños que se sufrían en las batallas; Mictlantecuhli y Mictecacihuatl eran los dioses del paraíso de Mictlán (la muerte) y la ira de ellos se atribuía la muerte; a la diosa Tlazolteotl se le atribuían las transgresiones sexuales y la vida lujuriosa (Cottrell, 1984).

Al igual que en los dioses del pueblo griego, en los dioses aztecas encontramos la dualidad de ira-enfermedad, bondad-cura, pero además encontramos que podía haber enfermedades provocadas por un nahual (alguien transformado en animal), o bien por un tonalli (un alma errante), o haber sido atacado por Tlacolotl (el demonio invocador de enfermedades), o cuando un niño estaba hechizado esto se atribuía a las Chihuapipiltin (mujeres que habían muerto durante el primer parto y que se convertían en deidades que vagaban por el aire eternamente y hechizaban a los niños). También se encontraba que cuando las personas habían sido víctimas de signos de mal agüero como el graznido del tecolote o el aullido nocturno del itzcuintli (perro), se invocaba a Quetzalcóatl, amo de la vida y del aire (Ortiz, 1982). Se conocen algunas de las formas en que los aztecas trataban de calmar las iras de los dioses, una de ellas era el autosacrificio a través de la introducción de espinas de maguey (cacto común en México) o de puero espín. Otras eran las ofrendas florales, de metales, en especial (estano) y yulli amuchitl (mercurio). Asimismo, se utilizaban sacrificios de animales como el guajolote (pavo) y la coatl (serpiente); también sacrificios humanos de esclavos y prisioneros (Gutiérrez, 1988). Cuando no se podía curar la persona, o no sabía qué dios, mal o espíritu estaba castigándolo, se acudía a los tonalpohqui (adivinos), para que le orientaran sobre su enfermedad y al dios al que se debía recurrir para sanar, y se hacía un neyomelahuilizli (ritual de limpieza) ante un tonalpohqui (el que declara los destinos).

CRISTIANISMO Y EDAD MEDIA: LA ENFERMEDAD-PECADO

Podemos considerar otro estadio diferenciado de las creencias acerca de la salud y la enfermedad desde la formación e implantación del cristianismo. La aparición de Cristo vino acompañada por los relatos de sus milagros de curación, a él se le atribuían sanaciones de todo tipo: sanaba a los ciegos, a los inválidos, a los poseídos, transformaba en buenas las almas corrompidas. Todo esto se interpretaba como una señal de que Él era el Mesías, el hijo de Dios. Esos dones se transmitieron a sus discípulos y éstos también realizaban curas como muestra fehaciente para convencer y convertir a los escépticos, e integrarlos en sus doctrinas. Así, uno de los principios del cristianismo era la cura por la fe, lo que constituyó una de las más fuertes creencias respecto a las enfermedades en ese periodo. Cuando alguien enfermaba los sacerdotes oraban por él, e invocaban a Dios y a su hijo Jesús; poco a poco la extensión de esas creencias dieron a los cristianos una gran influencia sobre la función de curar (Sigerist, 1987), que con la leyenda de la resurrección se hizo prácticamente dominante. La evolución del cristianismo y su difusión trajo consigo una división en la especialización de los milagros de la curación por sus apóstoles o santos. Así, cada santo era invocado en determinadas enfermedades: San Sebastián protegía de las plagas; San Lázaro de la lepra; San Vito de la epilepsia (llamada también "el mal de San Vito"); San Antonio del ergotismo (llamado también "el fuego de San Antonio"); San Blas de la garganta, etcétera.

El cristianismo se autonombró la religión de curar, dirigida a los pobres, los enfermos, los afligidos y los desarraigados. Estos, aunque despreciados, debían ser considerados hijos de Dios, la mejor imagen de Cristo en la Tierra, se les debía ayudar por ser un instrumento de santificación para todos y de salvación a través del altruismo y la limosna. Se pregona que la humildad era un impulso hacia Dios. El cristianismo condenaba la abundancia de bienes con el argumento de que contribuían a la degradación de la vida moral y espiritual. Fe, esperanza y caridad fueron los valores básicos que profesaba esta doctrina. Los cristianos, guiados por estos principios, consideraban que ayudar al prójimo en desgracia era un deber, y por tal motivo era proclamado y practicado por obispos y monjes. Podemos encontrar en el Nuevo Testamento los conceptos de misericordia y de pobreza profundamente arraigados. El concilio de Orléans en el año 511 decretaba que los obispos deberían asignar una cuarta parte de sus rentas a las necesidades de los pobres (Mollat, 1988). En él se institucionalizaba la ayuda a los pobres, se decía que el padre de los pobres, y su casa, de los mismos. Se implanta la *matricularii*, que era el listado de los pobres a los que se ayudaría o las casas en que se les acogería. Debemos aclarar que si hemos tomado el apartado de la pobreza, es porque en aquel entonces la designación de pobre iba acompañada regularmente de desvalido y enfermo. Se alentaba a los pudientes a que fueran benevolentes y buenos cristianos ayudando a los débiles, y que además debían dar lo superfluo para lograr

su redención. De ahí que entre las primeras obras de los cristianos se encuentran la creación de la limosna, los albergues y los hospitales (Sigerist, 1987; Rosen, 1985), que acogían pobres, debilitados, enfermos y peregrinos.

A diferencia de las creencias griegas o aztecas, el cristianismo no atribuía las enfermedades y las calamidades a la ira de los dioses o a las imperfecciones, sino a castigos por los pecados cometidos por las personas y por los pueblos. Consideraba que las enfermedades y las epidemias eran una limpieza que hacía Dios, dado que sólo atacaba a los impuros, y por tanto el sufrimiento era purificación y desarrollo espiritual.

Durante la Edad Media una de las creencias más sustentada por el cristianismo era aquella que consideraba a los enfermos mentales como poseídos por el demonio, y como tales debía tratarse, aislandolos de la población y sometiéndolos a flagelación y a exorcización (Rosen, 1974). En cuestiones de posesión demoníaca también se veían afectados un considerable número de religiosos y religiosas. Se decía que nadie podía escapar a la influencia del demonio, y se involucraba a fieles, monjes, sacerdotes y monjas a los que se les daba el mismo tratamiento que a los herejes. Otra creencia era aquella que atribuía las epidemias a la ira de Dios debido a los pecados cometidos por los pueblos que las padecían, y se instaba por medio de los sacerdotes locales instalados en las calles y en las plazas, a orar pidiendo perdón y a confesar todos los pecados. Probablemente las consecuencias tan devastadoras de las epidemias que asolaron Europa, y de las cuales se desconocían sus causas, influyeron en acentuar el dominio de esas creencias (Sigerist, 1987). Esto provocó que proliferaran grupos de hombres y mujeres que iban de un lugar a otro, vestidos en harapos, avanzando como en procesión, azotándose entre sí y entonando cánticos lúgubres a los que se les llamó flagelantes. Otras prácticas que provocaron estas creencias fueron los "via crucis", que eran aquellos que imitaban a Cristo en el camino a la crucifixión. También los "danzantes de la muerte", que como su nombre lo indica bailaban fuera de las iglesias hasta desfallecer (Riu, 1985), o los peregrinos que hacían grandes recorridos hasta llegar (regularmente muy maltratados, debido a la exposición a la intemperie, desnutridos y exhaustos) al lugar donde estaba determinado santo para pedirle ayuda para curar su mal (en España se conservan aún el monasterio de Silos que guardaba los restos de San Millán de la Cogolla, y la catedral en honor del apóstol Santiago, en la cual se dice que se encuentran sus restos; en Francia podemos mencionar la catedral de Notre Dame en París, y los más conocidos santuarios de Roma y Jerusalén). La institución religiosa aprovechaba estas situaciones para desprestigiar a médicos y sanadores en general, acusándolos de charlatanes que nunca podrían hacer nada contra el poder de Dios (Resina, 1991). Las enfermedades venéreas se consideraban como signo de pecadores y se decía que se manifestaban precisamente ahí, en los órganos que eran utilizados en la lujuria y la degradación. La lepra también se consideraba como signo de castigo, pero a la vez como forma de salvación del alma. Se seleccionaba al leproso a saber llevar su castigo y consagrarse a la veneración de Dios. Los estragos físicos que las enfermedades

causaban a las personas, tales como las supuraciones en la peste, las malformaciones faciales en los casos de la lepra y en los estados avanzados de la sífilis, la invalidez que provocaban y en última instancia la muerte, influyeron en la aceptación del "poder" de Dios y de las teorías cristianas.

Con el dominio del cristianismo en el mundo occidental, se impuso su sistema de creencias respecto a las enfermedades. Esto derivó en que a la solicitud de ayuda médica se le considerara como falta de confianza en las bondades y acciones de Dios. La enfermedad era considerada no como algo natural, sino como algo sobrenatural, más allá de los hombres y de los pueblos, algo del dominio único de Dios. Por tanto, la asistencia de los clérigos a los enfermos era de naturaleza espiritual, no médica, dado que el dominio de la salud era otra de las formas de mantener el orden social existente y crear un reino de santos en la Tierra. Pero como era de esperarse, los castigos y penas espirituales eran más severos para los desposeídos. Así, a los hombres y a los pueblos sanos se les consideraba libres de pecado, de virtudes y acciones acreedoras de las gracias de Dios. Por lo contrario, a los hombres y pueblos que eran afectados por las enfermedades se les consideraba como impuros de pensamiento y de acción. Otra característica de esta creencia era que el enfermo tenía la obligación de confesar todos sus pecados, para que el sacerdote dedujera e impusiera la penitencia que aplacaría la molestia de Dios, lo que se traduciría en salud para el pecador. Prácticamente común conjunta a la confesión de los pecados era la de los azotes, como castigo por las conductas escandalosas o sacrílegas. Las ideas del cristianismo fueron cambiando con el tiempo, si en los primeros ocho siglos se hablaba de que los bienes de la Iglesia servirían para corregir las desigualdades sociales, a partir del siglo VIII y confirmado en el concilio de París en el siglo IX, donde se discutió sobre las diferencias entre el pobre y el holgazán, se impuso la idea de que la Iglesia tenía la misión de no suprimirlas, preservando el orden social establecido como la mejor fórmula para mantener la paz. Esto era seguir manteniendo los privilegios de los que ya los poseían, dado que se argumentaba que Dios pudo haber hecho a todos los hombres ricos, pero hizo a los pobres para que los ricos tuvieran esa vía para redimir sus pecados. Los ricos alentaban esas ideas, manifestando que ni todo el oro del mundo haría a un pobre igual que un rico. Se estableció así, por llamarlo de alguna manera, la idea de la inmutabilidad de la pobreza y la riqueza. Estas ideas, más el acrecentamiento de la economía de intercambio y las desgracias debidas a los rigores de la naturaleza, provocaron que hubiera muchas personas mediante las cuales los ricos podían redimirse. Por otra parte, los pobres podían redimirse sirviendo a Dios a través de la lucha contra los herejes, formando parte de los ejércitos que combatían contra los herejes—las cruzadas—, denunciando a los malos cristianos, etc. Se unían así "nuevamente" los ricos y la Iglesia. Estos actos, más los estragos de la miseria y las calamidades, empujaron a sembrar la desconfianza en la idea de que Dios era justo con los pobres.

El ambiente creado por la Iglesia fue cada vez más sofocante debido al absoluto control de la vida social, su filosofía de la inmutabilidad de las condicio-

nes de pobre y de rico, su asiduo control de la vida doméstica e íntima, y sobre todo porque a aquel que negara esa intromisión era acusado de desacato a las leyes de Dios y por tanto castigado (Hale, 1986). Todos estos hechos, junto con los temores a la ira de Dios; el ambiente emocional e intelectual de la época, provocado por las ideas religiosas que señalaban próximo el fin de mundo; la descomposición del orden debido sobre todo a la miseria y el reclamo de uno nuevo, desataban grados de irracionalidad en torno a las explicaciones de las causas de las enfermedades. Los grupos del poder, como se sabe, tienden a exaltar los cataclismos y fanatismos como defensa y forma de fortalecer su pérdida de dominio. Así se tienen elementos como los conflictos entre los mismos cristianos, por un lado, cardenales, obispos y abades que llevaban una vida lujosa y de ostentación, y por otro, los monjes y laicos que vivían en la pobreza (Kamen, 1982); los horrores de las cruzadas que se decía tenían como "objetivo moral" liberar el "Santo Sepulcro" del dominio de los árabes, pero que en el nombre del mismo objetivo se estaban realizando matanzas sangrientas; el aliento a los flagelantes; a los "danzantes de la muerte"; a los "via crucis"; a los peregrinos; aunado al abuso del papado del sistema fiscal a través de la décima y el derecho de reserva (Riu, 1985). Además, circunstancias como el crecimiento demográfico, las malas cosechas, el alza de los precios, la invasión de la ciudad por gente del campo, el aumento considerable de la pobreza, el constante aumento del poder ideológico y material de la burguesía con el control del comercio de intercambio -ideológico en el sentido de señalar que de que servía el trabajo constante y las virtudes si no se podía disfrutar ni siquiera de una buena alimentación-, y por otra parte, los descubrimientos científicos terminaron por provocar el descontento de una parte del Clero, y sobre todo en el pueblo, y minaron la credibilidad de las bondades de la fe cristiana con esas características.

Por otra parte, el descubrimiento de los cuadros, esculturas y libros de griegos, romanos y otras culturas ocultos en las bodegas de las iglesias de Roma, que habían sido secuestrados por "paganos", descubrieron un humanismo y ciencia que habían estado ocultos por aproximadamente ocho siglos. Se descubrió que muchos pensadores ateos, herejes o heterodoxos religiosos, concordaban con pensadores y científicos griegos de 800 años atrás; ése, se decía, había sido el legado del cristianismo (Mann, 1989), siglos de oscurantismo.

RENACIMIENTO Y SECULARIZACIÓN

Con la llegada del Renacimiento las creencias cristianas fueron perdiendo fuerza y fueron apareciendo otras. Poco a poco la estructura de una nueva organización social tomaba forma a través de los valores de la burguesía. Las creencias acerca de las enfermedades también se transformaban. Los nuevos descubrimientos empezaron a destruir la gran barrera del poder eclesiástico medieval, debido a que dieron nuevos motivos para la discusión de los fundamentos de los científicos de la antigüedad. A medida que el sistema feudal iba per-

diendo fuerza y el cristianismo se debilitaba, nuevas corrientes religiosas cobraban fuerza con base en golpear, literalmente, a sus adversarios religiosos. Una de estas corrientes era el protestantismo, corriente ideológica dentro del cristianismo que había iniciado Martín Lutero en 1517 con sus 95 tesis de reforma, y que inauguraba un proceso nada cordial de discusión cristiana. Calvino continuó ese proceso de reforma con su libro *Institución de la religión cristiana*, publicado en 1536, un año después de la muerte de Lutero. Entre los años 1562 y finales de siglo, debido a las guerras internas entre la Iglesia católica, la hegemonía de la Iglesia se había dividido en dos bandos, católicos y protestantes, y dentro de estos últimos en luteranos, reformadores y anglicanos (Gomis, 1993). La corriente religiosa del protestantismo tuvo la flexibilidad de adaptarse a los nuevos tiempos y a las nuevas ideas. Su ética fomentaba y alentaba el ahorro y el trabajo, ya que argumentaba que quien trabajaba podía tener bienes, sin que por ello se ofendieran los principios divinos como argumentaban los cristianos. Los seguidores del protestantismo hacían una justificación de la obtención de riqueza asociándola a altos principios morales (Weber, 1905). En ese sentido los capitalistas habían encontrado sus ideólogos religiosos: los calvinistas (Kamen, 1982). El protestantismo desechaba la forma de salvación institucional del cristianismo y rewertió en hacer responsable a las propias personas de su conducta ante Dios y en buscar ellas mismas la forma de justificarse ante él.

En cuanto a la ciencia médica, los textos *De Medicina* de Cornelio Celso (descubierto por Guarino y que sirvió para muchas de las disertaciones de Leonardo da Vinci, que fue gran divulgador), el *Corpus* de Hipócrates, y los textos de Galeno, avivaron enormemente las críticas al abordaje de la enfermedad por parte de la Iglesia católica. Otros textos importantes fueron *De Humanis Corporis Fabrica* de Andrea Vesalio, en el que se alienta a los científicos a experimentar con el cuerpo humano, obviamente, pasando por alto los tabúes religiosos de no diseccionar el cuerpo humano y de no tocarlo, y *Quaerendi d' Anatomia* de Leonardo da Vinci, que ya había iniciado esa relación entre experimentación, observación y teorización (Mann, 1989). En general, grandes cambios acontecieron a raíz del descubrimiento de los trabajos de los antiguos para culminar, por decirlo de alguna manera, en el tratado *De Revolutionibus Orbium Coelestium* de Nicolás Copérnico, y el descubrimiento del Nuevo Mundo por Cristóbal Colón, que terminaron por poner en entredicho todos los cimientos ideológicos del cristianismo.

Estos acontecimientos fueron minando las creencias religiosas y afirmando las de carácter científico u objetivo. Aunque coexistían, estas últimas se iban imponiendo como guía de los actos de los hombres y de las sociedades. Las explicaciones de las enfermedades pasaron de lo religioso a lo terrenal, se rompieron tabúes como el de la disección, el de tocar el cuerpo del enfermo, el de la cirugía (Foucault, 1988, 1991), por nombrar algunos, que trajo como consecuencia un acercamiento cualitativamente diferente tanto de la enfermedad como del enfermo. Se pasó de lo sobrenatural a lo terrenal, de la oración a la observación y experimentación, del escapulario y el crucifijo a la auscultación. En

la incipiente formación de las sociedades capitalistas en los tiempos previos a la Revolución Industrial, las creencias religiosas imperantes fueron perdiendo fuerza a favor de las curas "mágicas", "maravillosas", como resultado de "grandes descubrimientos científicos". Por tanto, a la par de nuevos descubrimientos acerca de las causas de enfermedades, los charlatanes "médicos" hicieron su aparición —aunque ya existían desde tiempos inmemoriales, los llamados brujos(as), hechiceros(as), magos, adivinos(as), curanderos(as), etc.—, pero se aprovechaba la coyuntura de los cambios en las creencias—, ofreciendo sus productos medicinales. Entre esos "productos médicos milagrosos", que hicieron su aparición en ese primer periodo del Renacimiento, y que fomentaron nuevas creencias, podemos mencionar el *chateau* (café) que había sido traído de Medio Oriente y que se decía era una bebida habitual entre turcos y árabes, que curaba las flatulencias, fortalecía el hígado, estimulaba el intelecto y servía para quitar la embriaguez, y se contaba que había servido para curar a Mahoma de somnolencia. Otro producto que había sido traído desde China era el té, que se decía calmaba los dolores de cabeza, mejoraba la digestión y también servía para mantener a la gente despierta. Otro era el *xocolatl* (chocolate), que había sido traído desde el Nuevo Mundo y que era una bebida habitual entre los aztecas, se decía que servía para aumentar la potencia sexual; un producto más, también habitual entre los aztecas, el *yerfi* (tabaco) se vendía en Europa como un producto que servía para combatir la flema, la hidropesía, las sofocaciones y las dificultades de la respiración. Otro más era el opio, también traído desde China, que se decía servía para eliminar los dolores y que en forma de jarabe ayudaba a dormir a los niños (Schivelbusch, 1995). Y algunos otros productos o curas "milagrosas" como el juego de ajedrez, la cauterización del cráneo, la mandrágora, la influencia de los signos del zodiaco, cura por la música, "nuevos" filtros, polvos, pocimas, ungentos, brebajes, etc., descubiertos por "grandes científicos" o traídos desde "tierras muy lejanas" fueron la norma. Aunque esto no significó que no existieran anteriormente y tuviesen otros usos o los mismos (González, 1994), pero que el dominio eclesiástico había mantenido ocultos o prohibidos, y que al ceder ese poder, su uso se hizo extensivo.

DESARROLLO DEL CAPITALISMO Y MEDICINA SOCIAL

Con el advenimiento de las revoluciones políticas e industriales en Europa, se inicia una época de grandes cambios en los pensamientos de los hombres y en la organización de los pueblos europeos. Las creencias acerca de casi todas las cosas tenían una profunda transformación, sobre todo en la política, que cambiaba del poder del soberano, al poder del pueblo, a la democracia. Esto trajo aparejadas nuevas formas en las relaciones sociales. Las nuevas formas de organización social llamadas Estados empezaron a hacerse cargo de las diversas actividades de la sociedad, las estructuras sociales se transformaron y nuevas formas de organi-

zación se implantaron. Al Estado se le da un papel más activo a través de la creación de un nuevo derecho social y económico mediante la creación de leyes. Una de esas nuevas funciones era la de hacerse cargo de la salud; dicha función estaba sustentada en la idea de que la salud del pueblo es un problema que concierne a toda la sociedad, en tanto que era un problema económico y político de la comunidad, que exigía decisiones y soluciones consensuadas. Los grandes descubrimientos científicos respecto a la naturaleza humana, como la descripción de la circulación de la sangre hecha por Harvey, la invención del fórceps obstétrico por Chamberlen, la invención del microscopio por Leeuwenhoek, la descripción del sistema muscular por Cowper, la descripción de la neumonía, el cáncer, la litiasis biliar y la meningitis por Morgagni, la descripción de fracturas por Pott, la invención del esteroscopio por Laennec, etc. (Coe, 1984), se sucedían y eran aplicados a la solución de los problemas de salud.

En esta época se inicia el uso público del recuento o las estadísticas como una forma del Estado de definirse a sí mismo y de ver, en forma más clara, su poderío, a través de conocer más de cerca a su población, ya fueran señores rurales, hijos de éstos, jornaleros, sirvientes, etc., así como la cuantía de sus recursos forestales, minerales, militares, médicos, etc., además de interesarse por las cifras de los nacimientos, muertes y casamientos que se daban dentro de los Estados. Todo esto como una forma de determinar el potencial de los Estados-nación. Esa característica es lo que define, en ese momento, al Estado moderno, su racionalidad respecto a las anteriores formas de organización social, que inicia por determinar el poderío político de un país, a través de conocer todo en lo que podía tener injerencia el Estado y de lo que se podía echar mano en caso de necesidad, como por ejemplo, alguna guerra. El recuento o estadística también sirvió a los países occidentales como forma de tasar los impuestos aduaneros en el comercio entre los países, para la imposición de impuestos a los artículos de consumo de sus ciudadanos, y también para ordenar los logros y beneficios obtenidos de las tierras sometidas.

De esta manera, la organización de la salud, aun cuando ya era incipientemente pública, se organizó y racionalizó bajo el interés de conocer en qué forma el potencial del país podía verse afectado por las enfermedades. Se fomentó una nueva definición del enfermo, que se concibió como aquel o aquella persona que no podía trabajar, que no era productiva. Se elaboró un nuevo discurso y conocimiento sobre la forma de cómo debe entenderse el origen, distribución y sobre todo las diversas formas de solución a los problemas de salud que se plantean en la nueva forma de organización social por los grupos que asumen el poder, y que imponen sus propios puntos de vista a los demás estratos de la sociedad en torno a todos los ámbitos de la organización social, entre ellos la atención a la salud y la enfermedad. La salud se hizo más democrática (en relación con el estado anterior), ahora todos podían estar enfermos, no sólo los pecadores. Fue un periodo de avance de las autoridades civiles y el crecimiento en la organización de la administración burocrática. Esa fue una de las características de los nuevos regímenes, el poder era más racional, más organizado.

Bajo la creencia de que la salud era una responsabilidad de la comunidad y que la sociedad tiene la obligación de velar por la salud de sus miembros, se organizaron todas las instituciones y recursos a través de las nuevas autoridades. Se impulsaron nuevos procedimientos y concertaciones acordes con la nueva corriente ideológica, en los cuales se veían inmersos no sólo los nuevos aparatos del Estado respecto a la salud, sino también los diversos grupos religiosos, sociedades de ayuda o socorro, sociedades filantrópicas, etc., que se suman a esta nueva orientación social. Así, en ese momento se implantaron en forma fija medidas de higiene que anteriormente eran excepcionales, tales como limpieza y supervisión de los aprovisionamientos de agua, limpieza de las calles, vigilancia de las mercancías, creación y limpieza de sistemas de alcantarillado, supervisión de los mataderos, reubicación de los pantanos, y en general los problemas de urbanismo que requerían medidas de control e intervenciones de las nuevas autoridades (Rosen, 1985). Esta era la filosofía del nuevo Estado, que asumía las funciones de mantenimiento del nuevo orden para una mejor productividad, bajo el argumento de que esto acarrearía un aumento en la riqueza de sus miembros. De ahí la idea de que a través del Estado, el pueblo debía gestionar las viejas y nuevas instituciones en bien de la colectividad, además de la salud, la educación, el comercio, la recaudación de impuestos, etc. La medicina moderna se iniciaba siendo social.

Además de la creencia de que el Estado velaba por la salud del pueblo, se fue fomentando e institucionalizando la creencia de que la salud debería estar en manos de los especialistas médicos, y éstos bajo la supervisión de las autoridades. Debido a que se consideraba que los médicos tenían el conocimiento y la técnica que permitían controlar la enfermedad y fomentar la salud, se decía que los conocimientos que poseían les permitían enseñar a las personas las normas y reglas básicas que deberían seguir y respetar, en beneficio de su propia salud y sobre todo en el de la comunidad. Por esta razón, los médicos se instalan en las estructuras administrativas constituyéndose en grupo y/o instancia del poder. Como grupo se abocan a la tarea que les ha encomendado el grupo en el poder, que consiste en encontrar las mejores formas de mantener sana la producción atendiendo a todos aquellos fenómenos que la pudieran afectar. Otro de los objetivos a los que se abocan, era el de poder delimitar cuándo una persona podía estar sana o enferma, tomando como base de diagnóstico el que pudiera trabajar o no. Como se puede observar, imperaban criterios de productividad en las primeras exigencias sociales a la medicina moderna. Por otra parte, el conocimiento médico permite un análisis científico de la ociosidad y sus efectos en la economía, tratando con ello de hacer útil la pobreza y aligerar la carga de esas "lucras" al resto de la sociedad (Foucault, 1991). En torno a esta simbiosis entre los objetivos del poder, se crean las aspiraciones de jerarquía de la ciencia médica y de sus practicantes, una nueva organización social e institucional, un matrimonio político-médico. Los médicos se insertan en el nuevo discurso y funcionamiento social, adecuando sus prácticas y sus ideas a los mismos. Los médicos dan al nuevo régimen discurso y soporte respecto a la salud, la enfermedad

y la organización en torno a éstas. La ciencia médica se ponía al servicio del nuevo orden, se legitimaba aceptando al nuevo régimen, pasaba a formar una estructura social más, monopolizando el conocimiento en torno a la salud y la enfermedad. Así los médicos insertan su práctica médica a una práctica política, por tanto, cambia la práctica y las creencias respecto a la salud, que ahora se considera como un problema social en su conjunto. Pero en el fondo de todo esto se encontraba la idea de control, ya sea a través de la disminución de la morbilidad, de la mortalidad o el incremento de la esperanza de vida, con el fin de mejorar el rendimiento de las personas en el trabajo y tener una mayor producción. Así, la práctica médica se introduce no sólo en la enfermedad, sino también en las formas generales de vida, ya sea la alimentación, la adecuación del hábitat, la vestimenta, los cuidados de los infantes por parte de las familias, la fecundidad, etc. Estas políticas de organización del nuevo poder eran generalizadas respecto a nuevas formas de integración de los diversos grupos sociales y las diversas instituciones en los Estados. Estos trataban de favorecer las elites científicas e industriales, como una forma de protección en la competencia por el desarrollo y los mercados ante los otros Estados. Los Estados se encargaban de dar las licencias y los permisos para ejercer una profesión y el conocimiento quedaría en manos de las universidades, institutos y asociaciones. Como forma de proteger a sus científicos, los desarrollos estratégicos de las ciencias, las tecnologías y los inventos, se establecieron las normas y las funciones específicas de la profesión. Por otra parte, se regularon el control, el uso y la fabricación de los medicamentos. Se impuso la creencia de que el conocimiento médico debía estar en manos de los médicos, por tanto, la organización de la práctica médica quedaba en manos de los médicos. Como grupo profesional se organizaron bajo la nueva concepción de propiedad privada, como una forma de defenderse, de cuidar su parcela de conocimiento, de representarse a sí mismos ante el resto de la comunidad, de preservar y fomentar su estatus, además de fomentar sus actitudes, valores, conocimientos y creencias. De paso, desastres como las epidemias o las guerras fueron aprovechados en forma política para debilitar, aún más, a los oponentes a su saber, en este caso los religiosos. Por ejemplo, en la epidemia de 1834 en España, durante la guerra carlista, se acusó a los jesuitas de haberla provocado por haber envenenado las aguas, lo que sucesivamente encontró a los conventos y las iglesias de los jesuitas matando a cuantos encontraron (Resina, 1991). También las epidemias y las guerras sirvieron para ampliar los conocimientos médicos, dado que al hacerse cargo de los heridos, se podían estudiar un sinnúmero de secuelas que servían para observar cuáles eran las consecuencias del daño en determinado órgano. Así, las funciones que en cuestiones de salud antes eran desarrolladas por los canónicos, ahora eran desarrolladas por los médicos.

Estos personajes se convirtieron en los consejeros fijos y máximas autoridades morales en las administraciones de salud. Su presencia tiene cada vez mayor repercusión en las sociedades científicas, participan cada vez más en la elaboración de las enciclopedias, y sus sociedades médicas tienen cada vez más po-

der y responsabilidades administrativas para sugerir medidas sanitarias, siempre con el objetivo "altruista" de fomentar una sociedad sana y de integrar a las personas enfermas al mundo del trabajo y de la productividad, y en caso de no lograrlo, apartarlas de éste para que no sean una carga para los demás, tratando siempre de que todo esto conlleve el menor dispendio de recursos del Estado. El desarrollo del conocimiento científico en torno a la salud se inserta en forma *ad hoc* en el proceso de transformación y cambio de las titularidades del poder, en el proceso productivo, en la estratificación social y en general en los nuevos principios de ciudadanía.

EL MODELO MÉDICO DE LA ENFERMEDAD

A partir de lo anterior, se desarrolló lo que se conoce como el modelo médico, conjunto de ideas que tienen como base un fundamento científico y práctica empirista. La sustentación de estos principios acarreó la asunción consciente de la indiscutibilidad de los hechos objetivos, fundamentada en que el origen de las enfermedades es puramente orgánico. En este enfoque no tienen cabida las explicaciones de la enfermedad en términos de los factores sociales, institucionales o históricos, ya que se parte de la neutralidad del sanador, dada su objetividad (Crevena, 1979), y además la consecución de la salud tiene un costo económico. Este modelo niega de entrada el nulo aporte de las ciencias sociales, y cuyo principio del análisis de la enfermedad es el considerar a la enfermedad como algo provocado por factores individuales de carácter biológico. Por ello se argumentaba que la función de la práctica médica debería estar dirigida a controlar y ordenar las desviaciones y alteraciones individuales, con un enfoque caracterizado por ser eminentemente curativo-remedial. El desarrollo de la nueva sociedad capitalista trajo sus consecuencias, una de ellas era que quien no podía pagar los servicios médicos, simplemente no los obtenía. Otra era que los conocimientos médicos extraídos básicamente del estudio, manipulación y experimentación sobre los cuerpos enfermos de los pobres, redujeron en la salud de los que podían pagar los servicios médicos, o sea, los ricos (Foucault, 1991).

Así, la sociedad industrial trajo consigo a la par de la distribución y estratificación de los factores económicos, la división de las parcelas del conocimiento; entre ellas, el saber de la curación y la consecución de la salud. El conocimiento, que antes era popular y de fácil acceso para todos, se volvió un coto privado a través de la escritura, los textos y sobre todo el secreto, conocimiento sólo para aquellos iniciados dentro de las normas de las sociedades médicas, que florecen bajo los estatutos de la nueva organización social, que ve con buenos ojos como sus puntos de vista económicos alinean y convergen la ciencia y prácticas médicas. Por tanto, todo aquel que no cumpliera con los lineamientos de formación de la profesión médica era condenado, puesto que el conocimiento tenía un valor y, como el valor de la salud era elevado, su tasa de fijación también lo era. El

conocimiento médico entra en el juego de la oferta y la demanda, como otra mercancía más. Ello motivó a que hubiera que cuidarlo de los charlatanes. Por tanto, el conocimiento médico se convierte en una profesión "liberal". Las creencias en torno a este saber de los médicos van consolidándose en la nueva sociedad. La creencia en el saber de los médicos se va imponiendo a la creencia del saber de los religiosos, que poco a poco se someten a los médicos, que por su parte, alardean de proezas que no son capaces de realizar (Léonard, 1982).

Con la posterior soberanía de los médicos sobre el saber en torno a la salud y la enfermedad y a las instituciones que se hacen cargo de las mismas, su poder se amplía más allá de la eficacia de su saber. Esto es aprovechado también por ellos para alejar a otras personas y a otros científicos de los centros de decisión en torno a la salud. Así, la bata blanca, más que signo para la creencia de limpieza, se vuelve símbolo y creencia popular de poder sobre la enfermedad. Situación que el grupo asume con agrado, dada la posición que ocupa en la reorganización de los nuevos estatus sociales, puesto que ellos son los encargados de vigilar al enfermo y la enfermedad. De manera que, respecto a la salud y la enfermedad, ningún otro tiene una opinión y un conocimiento que esté por encima del médico, aún más, nadie puede intervenir en el problema de la enfermedad si no es médico, por no ser éste su dominio. Los demás científicos quedan excluidos, sólo pueden opinar y ayudar en la elaboración de instrumentos y herramientas, no de conocimientos.

El nuevo orden de cosas trajo como consecuencia una gran cantidad de pobres y desamparados que no tenían acceso a los servicios médicos ni al bienestar en general. Lo que provocó que el Estado tomara en sus manos la organización de la salud en aras del bien público, si bien, después de infinidad de luchas entre los cuerpos sociales y no por altruismo ni por bondad, sino como una necesidad de preservar saludable a la mano de obra requerida por la industria, es decir, de preservar la plusvalía. En dicha actuación influyeron descubrimientos como el de la relación de la producción y la enfermedad de los trabajadores, la que se descubrió a través del estudio de las epidemias "artificiales", que se desarrollaban en las fábricas, y que se volvían endémicas en los trabajadores tales como epidemias: tisis pulmonar, neumonía, bronquitis, asma, reumatismo, artritis, enfermedades gastrointestinales, viruela, tuberculosis, etc. (Rosen, 1985), y además, en forma general, la relación descubierta entre la miseria social y la enfermedad.

Por tanto, bajo los principios del modelo médico, los sistemas nacionales de salud se fueron organizando en los países occidentales, o para decirlo en otra forma, el modelo médico se institucionalizó para organizar la atención a la salud. Se creó un medio más del Estado para dirigir y controlar. En primera instancia estos sistemas nacionales de salud atenderían a los trabajadores, dado que éstos eran los que estaban inmersos en el proceso productivo. Es de destacar que el grupo en el poder ya tenía bastante experiencia e interés en una serie de fenómenos que algunos científicos ya le había señalado. Podemos mencionar como ejemplo los estudios de John Arbuthnot acerca de la proporción de naci-

mientos de hombres y mujeres, que si bien databan de tiempo atrás, habían dado pie a un interés y fomento de extraer leyes sociales para una utilización racional de las mismas. Lo racional lo referían a la planificación y mejora de la producción. Otro ejemplo de ello fueron los estudios de J. H. Lambert sobre la ley de mortalidad, las tablas de duración de la vida, las tablas de nacimientos y las de casamientos. A raíz de esto empezaron a abundar leyes sociales de todo tipo, sobre todo las de mortalidad y natalidad, que servían para tomar decisiones referentes a, por ejemplo, cómo un gobierno podía tasar correctamente su política de ventas de rentas vitales, cuando en el mercado predominaba cierta tasa de interés con la cual obtuvieran muchas ganancias (Hacking, 1981).

Al poder le interesaban ese tipo de regularidades en las conductas humanas, sobre todo si servían como en el caso anterior. Pero había una que en especial le interesaba y fomentaba su investigación, a saber, la obtención de tablas sobre las tasas de enfermedad en las diversas edades. Este era un problema material y de efectos inmediatos en su economía, de ahí el interés por atacar ese problema. Así, en la época de los cincuenta del siglo xx ya había tablas de tasas de enfermedad por sexo, ocupación, localidad, etc., que muchas de ellas ya eran consideradas "leyes" por sus investigadores. En este sentido, cobraron especial interés las tablas de enfermedad y de mortalidad que desarrolló Richard Price para una compañía de seguros. En ellas preveía una pérdida de una semana laboral debido a enfermedades en personas de hasta 32 años y dos semanas en caso de personas de 60 años; preveía una duración media de vida de 24 años, y había llegado a la conclusión de que la tasa de enfermedad era proporcional a la tasa de mortalidad (*idem*). Estos eran los principios de la epidemiología. Bajo una política de salud más o menos de este tipo, o sea mercantilista, la distribución de los servicios de los sistemas nacionales de salud estuvo enmarcada desde sus inicios con una determinada desigualdad, por lo que, del grado de inserción de las personas en el proceso productivo dependía el grado de atención a la salud que se les brindaba. Así, se construyó otra creencia en estas sociedades, aquella en que se percibe al Estado como preocupado por la salud de los trabajadores y del pueblo.

Con el desarrollo de las sociedades y de los avances científicos y médicos, como el descubrimiento del remedio contra la sífilis por Ehrlich, el descubrimiento de la insulina por Banting, el de la penicilina por Fleming, el de la vacuna de la poliomielitis por Salk, por nombrar algunos, y por otra parte, el descubrimiento de nuevas técnicas médicas como la aplicación de los rayos X por Roentgen, la invención del electrocardiograma por Einthoven, el desarrollo de la técnica de la lobotomía frontal por Moritz, los trasplantes de órganos, la fecundación artificial, el diagnóstico prenatal, la manipulación genética, el uso de los rayos láser en cirugía, etc., se ha acrecentado el poder social del grupo médico en nuestras sociedades. Sabemos que hay una infinidad de descubrimientos y técnicas nuevos, sólo hemos querido nombrar algunos.

Sabemos también que intervienen muchos más elementos que sirven para explicar el mantenimiento de las creencias en el modelo médico, pero no es el ob-

jetivo de este trabajo analizarlos con detalle. Por tal motivo, sólo señalaremos algunos elementos (aparte de los ya tradicionales, como el de ser soporte del sistema social y de sus actuaciones como grupo de poder) tales como que los "milagros" de la medicina moderna han hecho cambiar los referentes tradicionales del cuerpo, de la vida y de la muerte; que en general los estudios de medicina son más largos que los de muchas otras profesiones (en España pueden analizarse los problemas que ha suscitado la reforma universitaria respecto a los estudios de medicina para adecuarla a la de los demás miembros de la Comunidad Europea); que las personas que terminan sus estudios tienen que pasar previamente por una práctica oficial antes de poder ejercer; que para estudiar medicina se tienen que alcanzar excelentes notas (en Estados Unidos de América las personas que quieren estudiar la carrera de medicina tienen que aprobar el MCAT [*Medical College Admission Test*], en España, para estudiar medicina se tienen que sacar las mejores notas en las pruebas de selectividad, en México se exigen excelentes notas en el examen de admisión de la universidad); el mito de que la carrera de medicina es una carrera "muy dura", etcétera.

CREENCIAS ACTUALES SOBRE LA ENFERMEDAD

Respecto a las creencias mágico-religiosas, éstas no han desaparecido a pesar del desarrollo de las sociedades occidentales. En nuestro tiempo, estas creencias conviven con las creencias del modelo médico, entre otras razones, por la continua labor de los grupos religiosos en sus actividades cotidianas de proselitismo, fortalecidas por el uso que han hecho de los medios con sus telepredicadores y sus radiopredicadores, las giras del Papa en turno por todo el mundo, además, por su actividad en torno a las asociaciones de socorro, asistencia y beneficencia, sus universidades e institutos, y por su discusión y mezcla con los saberes científicos. Como muestra de esto último podemos mencionar la muy comentada posición de la Iglesia (aquí nos referimos a las de todo tipo) respecto a las políticas que se debían sugerir a las naciones por parte de la Conferencia Mundial de Población, en la cual la Iglesia se opuso a toda sugerencia de políticas de educación sexual y control de la natalidad, argumentando que era contrario a los designios de Dios. También está el continuo fomento de la Iglesia a los hechos milagrosos de sus santos y su aliento a los feligreses para que peregrinen en busca de su ayuda, aparte de los santuarios que ya mencionamos, y que todavía existen en la actualidad, podemos agregar otros más "actuales" como el de la Virgen de Lourdes, el de Fátima en Portugal, el del Santo Niño de Atocha en México, etcétera.

Con el paso del tiempo se ha observado que las creencias mágico-religiosas afloran cuando la enfermedad no puede curarse con los conocimientos médicos actuales, en estas épocas de muchos casos de enfermedad. Además, tales creencias sirven de explicación ante enfermedades modernas como el SIDA, el ébola

y otras que la ciencia no ha podido resolver. De hecho, parece que la creencia acerca de los castigos de Dios surge sistemáticamente en los primeros momentos en que aparece alguna enfermedad de proporciones alarmantes y descubrimiento de cura para la misma (Resina, 1991). Recordemos cómo el cáncer, en los inicios de su descubrimiento y aun hasta entrado el siglo XX, se consideraba un castigo divino por haber infringido las normas morales, y tendía a aislar familiar y socialmente, por vergüenza, a las personas que lo padecían.

En el caso del SIDA se ha presentado un patrón similar de reacción de la comunidad. Es de señalar cómo se atribuyó en un primer momento a grupos específicos "inmorales" como los drogadictos y los homosexuales. De hecho, en estos primeros momentos estas creencias también se encuentran en personas e instituciones consideradas cultas (Páez, 1991). La intrusión directa de las creencias religiosas en la ciencia médica podemos encontrarla en el llamado movimiento holístico, que vendría a ser una "injerencia" en el nivel "formal" de las ideas religiosas en el debate sobre la salud y el bienestar (Kipelman y Moskow, 1981). Recordemos, además, por ejemplo, los términos "científicos" como tumor "maligno", "cáncer" "maligno". Es de pensar que siempre habrá personas que se guíen por creencias mágico-religiosas y que se fomenten en el nivel social, sobre todo cuando la ciencia tiene ante sí un gran número de enfermedades que no puede evitar ni curar.

Creemos que las creencias en el modelo médico estarán siempre presentes en nuestras culturas, debido a que forman parte del corpus de ideas base de las características de este sistema social, y porque, por otra parte, son fomentadas por los grupos sociales interesados en que se mantengan, dado su carácter legitimador de la institución. Recordemos que otro de los elementos que pueden explicar el mantenimiento de estas creencias, las religiosas, las místicas y las del Estado como protector de la salud del pueblo, es que estas forman parte y son pilares del sistema de producción, son parte integral de un sistema de creencias que caracteriza a la sociedad occidental.

Además, en lo referente a la enfermedad quedan por resolver infinidad de problemas. Así, ante la falta de explicaciones y soluciones por parte de las instituciones, se hace uso de las especulaciones ya sean religiosas o místicas. Sin embargo, como sucede muy frecuentemente en la ciencia y en la vida cotidiana, los adjetivos que acompañan a las enfermedades terminan por emplearse para explicar lo que no han podido explicar los conocimientos.

Por último, queremos señalar una creencia que ha tomado forma en los últimos años: la del miedo y la desconfianza al sistema médico (Ilich, 1978), al médico y a la medicación. Aunque bien podríamos decir que siempre ha existido debido a los errores de ésta. Podemos ver un ejemplo gracioso de esto en la novela de Balzac *La comedia del diablo*, donde un hombre padece el diablo castigos ligeros debido a que ya había sido tratado de neumanía por el doctor FIV. Broussais (médico de la primera mitad del XIX, célebre por sus teorías localizacionistas de la enfermedad y sus aún más famosas curas a través de sangrías con sanguijuelas). Otro ejemplo de desconfianza e inclusive miedo hacia el sistema

médico serían las terapias de electroshocks y las lobotomías utilizadas como "métodos de cura" para las enfermedades mentales, técnicas muy usadas hasta hace relativamente poco tiempo (Jaspers, 1988). Recordemos también el célebre medicamento Talidomida usado como tranquilizante y cuyos efectos en mujeres en los primeros meses de gestación causó infinidad de malformaciones fetales; sólo en Europa central se dieron más de dos mil casos.

La desconfianza hacia el modelo médico tiende, al parecer, a ser sistemática en nuestras sociedades. Esta creencia basada en la desconfianza se fundamenta en que muchos de los problemas de salud se deben al uso político de la salud, la enfermedad y los sistemas nacionales de salud, por parte de los médicos y de la industria farmacéutica (industria por cierto muy productiva, sólo hay que ver sus ganancias económicas) en su propio beneficio. Un ejemplo de esto sería el continuo fomento a la medicación para combatir las enfermedades, con una política mercantilista que trata de que las medicinas sean vistas casi como remedios mágicos, que curan casi todo, desde, por nombrar algo, la impotencia hasta la depresión. Esa política fomenta la responsabilidad individual en la enfermedad, restando importancia a las condiciones sociales de vida. Con esto no se fomenta la cura a sí mismo desde el modelamiento de los hábitos y del hábitat, sino desde el protagonismo del médico y de su tecnología, por lo que la responsabilidad de la curación recae sobre el mismo, y se soslaya todo aquello que la propia persona pueda hacer por su propia salud. Además, la política de fomento de consumo masivo de medicamentos supone un principio pasivo-defensivo por parte del enfermo. Agreguemos un dato histórico, en el siglo XIX la imagen del médico ante el pueblo se asociaba con alguien engrigido e intrasigente, lo que quizá también ocurre en la actualidad.

Queremos añadir que otro de los factores que tienden a incrementar la creencia de la desconfianza en los médicos y su sistema, es que se ha comprobado que regularmente los médicos no aparecen ahí en donde es endémica su ausencia, llamase barrios, comunidades aisladas y en todos aquellos grupos sociales donde no pueden pagar sus servicios. Además, se hace un manejo publicitario extensivo de algún éxito sobre alguna enfermedad causada por agentes microbianos, pero sistemáticamente se hace omisión de los fracasos en la explicación de las enfermedades más importantes de las sociedades en la actualidad. Por último, una de las características de las explicaciones médicas es su constante negación de los factores del trabajo en la etiología de la enfermedad. Como ejemplo de la falta de confianza en el modelo médico podemos observar la gran cantidad de bibliografía crítica a éste desde las ciencias sociales (Foucault, 1988-1991) Ilich, 1978; Páez, 1985, etc.) y desde las ciencias médicas (De Martin, 1984; Rosen, 1984; Navarro, 1984, etc.). Otro hecho también digno de señalar es la negación sistemática por parte del sistema médico de los escándalos de su profesión.

Como Foucault, se puede argumentar que no existe hasta ahora un progreso médico que no haya traído consecuencias negativas directamente vinculadas con él (Foucault, 1990), como en el caso del descubrimiento de los analgésicos

y la anestesia general, que provocó furor e incremento de las intervenciones quirúrgicas, pero como no se había desarrollado la asepsia, por lo general todos los intervenidos morían. Otro ejemplo de esto es el desarrollo de los tratamientos antimicrobianos, que provocaron una disminución en diferentes niveles de los umbrales de sensibilidad de los agentes defensivos ante agentes agresores, con las consecuencias lógicas que esto conlleva. Podríamos enumerar otros tantos ejemplos que van más allá de lo que se ha dado por llamar iatrogenia, creemos que el proceso es mucho más complejo que eso, es un proceso que involucra aspectos políticos, desarrollo científico y el progreso en forma general.

Pero el modelo médico es activo y también se renueva, últimamente por explotación de las nuevas tendencias del hedonismo social, poniendo la "belleza" al alcance de todos a través de la cirugía estética. Así, trata de mantener su estatus de dominio sobre las "imperfecciones" humanas, y se adecua a la nueva filosofía de capital-cuerpo (Lipovetsky, 1994), que se ha puesto de moda en estas últimas épocas de la cultura *light*. Incluso la ciencia médica ha aportado su granito de arena a la "moda" de elegir el sexo deseado a través de la reconciliación quirúrgica. Pero también continúa su política de deslegitimación de cualquier otro tipo de cura, llámese osteopatía, quiropráctica, acupuntura, homeopatía, etc., y fomentando la creencia que la enfermedad es destructora y hace al individuo un ser inferior, dependiente y un estorbo social. Lo que induce a la exclusión del enfermo de la vida social, a la soledad y al aislamiento, casi como una vuelta a la Edad Media.

Como hemos mostrado, la política médica dogmática tiende a coartar la libre elección de la persona, mediante la descalificación sistemática de todo aquellos modelos de cura y de fomento de la salud que no tengan que ver con sus principios. De hecho, se ha llegado a la medicación de la propia salud a través de medicamentos que se venden como complementos para una "buena salud".

Respecto de la salud y la enfermedad, al parecer las cosas continúan igual desde que se instauró el Estado capitalista. Los sofisticados avances médicos como la cirugía estética o la ortodoncia solo están al alcance de quienes los pueden pagar. Por otra parte, los sistemas nacionales de salud siguen bajo los mismos principios desde que se implantaron, esto es, el de costo-beneficio para mantener la productividad, puesto que, como ha sido hasta ahora, los últimos avances médicos y tecnológicos no se integran en los sistemas nacionales de salud hasta mucho después de su descubrimiento, y hasta la reducción de los costos de éstos, dado que no serían rentables para "los administradores de los bienes de la nación".

CONCLUSIONES

Como hemos visto, el proceso de creencias acerca de la salud y la enfermedad en las sociedades occidentales, en rasgos generales, ha pasado de un proce-

so mágico-religioso a uno religioso, y más tarde a un proceso científico-positivista acompañado de creencias religiosas. Pero como hemos mencionado, estas características de las creencias forman parte e impregnan la organización social y la ideología en un momento histórico determinado. En la actualidad existen, predominantemente, ciertos tipos de creencias similares a las encontradas en los periodos históricos estudiados. Creencias como las mágico-religiosas, las médico-biológicas y las críticas al modelo médico-institucional forman parte de nuestra cotidianidad.

ANEXO 6

MEDICINA SOCIAL

El largo camino recorrido por el pensamiento médico, que vimos al describir las distintas etapas de la evolución del concepto de salud, nos ha permitido entender que cada una de las conquistas preparaba el terreno para nuevas confrontaciones, nuevas hipótesis, que fueron enriqueciendo la ciencia médica y que continúan orientándola hacia la búsqueda de otras metas.

Precisamente cuando los hombres de ciencia comprendieron muchas de las causas originarias de las enfermedades, y atravesando la era de la bacteriología consiguieron descubrir los causantes directos de muchas afecciones —bacterias, elementos microbianos y virósicos—, esos mismos descubridores y sus contemporáneos llegaron a pensar que habían alcanzado el punto culminante de la investigación médica y, en consecuencia, con la era científica o microbiana cerraban en forma definitiva ese largo peregrinar hacia la verdad única de la salud y la enfermedad.

Este puede ser el camino que recorrió el médico desde el microscopio hasta el primer cuarto de este siglo, impulsado por la necesidad de dar respuesta a la teoría etiológica de las dolencias, y cuando el germen patógeno era individualizado, la victoria estampaba su firma sobre cada uno de los interrogantes que acuciaban su mente y su tranquilidad hasta ese momento.

Sin embargo, poco tiempo después de haber alcanzado esas metas, cuando todo hacía prever un alto en la búsqueda incesante de la verdad médica, comenzó a rondar en el pensamiento científico la necesidad de comprender, conocer, medir y controlar una serie mucho mayor de factores que también eran capaces de desencadenar o de contribuir a generar los estados patológicos que afectan la salud.

Tal vez estos factores nunca fueron totalmente desconocidos, pero es precisamente a partir de la segunda mitad del siglo XIX y, muy especialmente, después del segundo cuarto del siglo actual, que la idea de los mecanismos sociales, de las causas vinculadas al modo de vida, al nivel de existencia, a las complejas situaciones de manejo y

conflicto social, comienza a destacarse hasta que obliga a pensar en un tipo especial de medicina, la denominada Medicina Social.

Queremos manifestar, además, que encontrar la terminología exacta para definir esa actitud frente a la medicina no fue tampoco tarea simple ni rápida, y al hilo es cierto que desde más de un siglo atrás algunos autores ya pensaban en esos elementos en forma concreta y válida, entre ellos los mencionados Chadwick y Stratstock, aquella designación no se impone hasta muy entrado el siglo XX.

Digamos, como antecedente, que la evolución acelerada de las grandes comunidades, que obligó a un tipo especial de atención médica de las agrupaciones humanas, las cuales tomaron un carácter "colectivo", de grandes masas "sociales", fue estructurando una manera práctica de ejercer la medicina, que por entonces en Alemania —que era el lugar de mayor expansión de estos sistemas multitudinarios, es decir, de la medicina ejercida en las "instituciones sociales"—, permitió encontrar cada vez más precisamente esta idea, que en dicho país comenzó a ser definida como la actividad que se desarrolla con un médico en situación de dependencia de tales "instituciones sociales".

También esta forma de atención médica fue modelando a un médico que se enfrentó mucho más frecuentemente con los elementos que constituyen el núcleo social del enfermo y sus familiares, y esto mismo lo sensibilizó aún más para comprender la tendencia multifactorial de la enfermedad. Digamos que el contacto con las grandes masas, los procesos de urbanización, el lazo de amistad del médico mediante las relaciones sociales con los individuos asistidos, fueron transformando esta actitud social del médico, además de en una constante de su quehacer cotidiano, en una energía que, lógicamente, tenía que ser conocida, evaluada y dirigida por él como profesional.

Y precisamente en este cambio, desde una simple y comprensiva actitud profesional hasta la comprensión y valoración científica de tal situación, se evidencia el camino que es necesario recorrer para transformarse la Medicina Social en ciencia y técnica.

No hace muchos años, esto sucedía en 1948, Ryle decía en Londres que "ya no creemos que las verdades médicas deban descubrirse única y principalmente con el microscopio, el tubo de ensayo, el experimento animal, el examen clínico y estudios patológicos cada vez más complicados a la cabecera del enfermo". También tiene importante papel que desempeñar los estudios psicológicos y sociológicos", porque dicho autor era

consciente del papel preponderante que juegan, en múltiples circunstancias referidas a la salud, los factores psicoafectivos, familiares, colectivos, grupales, económicos, en fin, los argumentos sociales, como consecuencia de la existencia del hombre contemporáneo en un mundo de conflicto y de competencia.

La incorporación permanente de las ideas que ubican y abarcan al hombre como persona y como ser social, en independencia con sus semejantes en forma individual y con el grupo al que pertenece, con el ambiente propio y total, asimismo como las relaciones que surgen continuamente entre su esencia y su existencia, entre su ser y el entorno, entre sí mismo y sus circunstancias, entre el individuo y la sociedad, constituyen el atrayente y singular capítulo de la Medicina Social.

Teniendo en cuenta todo lo que hemos manifestado podríamos aceptar como válida la definición que denomina *Medicina Social a la parte de la medicina que se ocupa de las relaciones recíprocas que existen entre la salud y la enfermedad y las condiciones económicas y sociales de las comunidades*. Esta definición es común a la idea de René Sand, quien desde 1948 denomina Medicina Social a esta disciplina, "que se ocupa de la salud de la colectividad, de establecer las relaciones que existen entre dicha salud y su nivel de vida, así como también entre la salud y los hábitos de existencia, la educación, la economía, las diversiones y entretenimientos".

Alrededor de esta misma concepción, Hanou define la Medicina Social como *el estudio de la forma en la cual la enfermedad puede depender de problemas sociales, causarlos o aumentarlos, y de las maneras como los esfuerzos médicos y de salud pública pueden contribuir a su solución*. Creemos que esta fórmula tiene el defecto restrictivo de haber pensado solamente en una relación entre enfermedad y problemas sociales, cuando en realidad el campo de acción no solamente está vinculado a la enfermedad, sino, preferentemente, a la salud y sus relaciones con dichos problemas sociales.

Fuente: Ferrara, F; Acebal, E y Paganini, J (1976). *Medicina de la Comunidad*. Buenos Aires, Intermediada

ANEXO 7

**MEDICINA SOCIAL**

Se incluyen dentro del presente capítulo algunas consideraciones sobre medicina social porque una de sus acciones consiste en investigar y tomar en consideración, además de los factores físicos y biológicos del proceso, los de índole psicológico y social.

La medicina social intenta eliminar o controlar dichos factores que actúan como predisponentes o mantenedores de la enfermedad. Si ésta se presenta no se limita a señalar el tratamiento conveniente, sino que considera además, las repercusiones que el padecimiento tiene en la familia y en la sociedad, tratando de atenuarlas en lo posible. Además organiza servicios médico-sociales para su atención, cuando se rebasan las posibilidades de proporcionarla en el hogar. Así, la medicina social está relacionada con los aspectos preventivos de esta ciencia y naturalmente con la salud pública; lo está también con la antropología, con la psicología social y con la sociología.

Son muy numerosos los factores sociales a considerar en la salud y la enfermedad. Están relacionados con la cultura, la ocupación, la vivienda, las

características de la familia, y la organización social. Los factores culturales son los más importantes y numerosos: costumbres y hábitos, criterios religiosos, hábitos de alimentación, niveles de educación, barreras del idioma; características de la familia: tamaño, organización y relaciones internas, sitio e influencia sobre el grupo social. Todos ellos facilitan u obstaculizan la labor del médico y del personal de salud. Deben aprovecharse si son positivos, o modificarse mediante la educación, si no lo son. Los relacionados con la ocupación y actividad en general, son: la profesión o tipo de trabajo; el salario o ingreso económico; el empleo y el desempleo; las condiciones y los riesgos en el sitio de trabajo; los hábitos de actividad física, reposo, recreación y esparcimiento, etcétera. Las condiciones generales de la vivienda, la disponibilidad de agua y servicios sanitarios y su ubicación, son también circunstancias que influyen favorable o desfavorablemente en la salud.

La organización social, política y económica constituye un importante factor en la salud: la distribución equitativa de la riqueza nacional, el costo de la vida, la existencia de grupos desadaptados o marginados, etcétera. La urbanización y la industrialización agravan con frecuencia muchas de las condiciones señaladas. Habría que agregar, porque también influyen sobre el grupo, las condiciones del medio ambiente natural o modificado por el ser humano que inciden en la salud y la enfermedad del grupo. En otra parte de este mismo capítulo ya fueron tratadas. Algunos añaden ciertos factores hereditarios de los individuos: la susceptibilidad grupal y la tendencia a defectos relacionados con la herencia. Aunque menos frecuentes que los otros factores, deben tomarse en consideración.

Todos los factores antes mencionados son importantes. Destacan, sin embargo, algunos que pertenecen a la organización social y a las características culturales del grupo, que son la pobreza y la ignorancia. En efecto, la pobreza es causa de la deficiente o mala alimentación, de las condiciones inadecuadas de la vivienda, de la falta de atención médica, de problemas psicológicos y de conductas antisociales.

La ignorancia frecuentemente acompañada de la pobreza, tiene un severo impacto en la salud y la enfermedad: tabúes y prejuicios, desempleo o subempleo, baja o nula productividad, etcétera. Las condiciones sociales apuntadas, en especial la pobreza, la ignorancia, la urbanización y la industrialización, generan problemas psicológicos en los individuos, las familias y en la sociedad: estrés, neurosis, depresión, agresividad, violencia, etcétera.

Ciertamente el médico y el personal de salud no pueden eliminar o controlar muchos de los factores señalados. Pero siempre tendrán la posibilidad de enfocar su acción educativa y preventiva hacia aquellos aspectos sociales que influyen negativamente en la salud y bienestar de la familia y de la sociedad. Así por ejemplo, pueden insistir en la práctica de medidas de higiene personal, en la modificación de hábitos alimenticios, proponer medidas económicas, sencillas y prácticas para mejorar las condiciones de la vivienda, indicar determinadas precauciones para evitar riesgos en el hogar,

mejorar las relaciones familiares, promover la utilización de medios de protección contra accidentes en el trabajo, contribuir a la disminución o eliminación de la contaminación del aire, del suelo, del agua y de los alimentos. Deben conocer y dar a conocer las organizaciones públicas o privadas que tienen servicios médicos y sociales que abordan, resuelven o minimizan los diversos problemas de salud, despertar el interés de dichas organizaciones y promover su acción en beneficio de la población.

La medicina social considera también las repercusiones físicas, psicológicas y económicas que toda enfermedad ocasiona en las familias y en la sociedad. La necesidad de hospitalización, de un tratamiento quirúrgico, la presencia en el hogar de un enfermo crónico, de un inválido o débil mental, son situaciones que provocan reacciones diversas en el grupo familiar.

El médico las conoce bien y por ello no se limita a tratar al paciente, sino que intenta apoyar a la familia, ayudándola a afrontar el problema y orientándola para la utilización oportuna de los servicios médico-sociales, oficiales o privados que existan en la localidad. Pero la enfermedad repercute también en mayor o menor grado, en la sociedad. Así acontece con la presencia de una epidemia, o de un padecimiento no transmisible cuya frecuencia aumenta o que está ocasionando mortalidad elevada. A lo anterior se agrega la necesidad de establecer o aumentar el número de servicios para la asistencia médica y social de la población.

ENFERMEDADES SOCIALES

Hay algunos padecimientos cuya repercusión social es muy severa. Se les conoce como enfermedades sociales: la desnutrición, el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción y en los últimos años, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, el SIDA, pueden citarse como ejemplos. Las enfermedades sociales tienen características especiales.

Su incidencia y prevalencia son muy elevadas, atacan a grupos particulares de la población, tienen carácter crónico, su letalidad y mortalidad son muy altas, determinan incapacidad, si se trata de padecimientos transmisibles, su diseminación es fácil. Se reconoce en ellas una clara etiología social.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) tiene todas las características apuntadas. Se sabe que la pandemia apareció en 1980. De los primeros casos en 1981 al 28 de febrero de 1990, han sido comunicados a la Organización Mundial de la Salud, 222 740 casos. En México, se reportaron casos en los primeros años de la década de 1980.

En diciembre de 1993, se habían informado a la propia Organización 851 628 casos, siendo 339 250 para Estados Unidos, 43 455 para Brasil y 17 387 para México; el resto, entre los países de Centro y Sudamérica. En nuestro país, al iniciarse el año de 1990 el número de casos era de 3944. Si se tienen en cuenta los casos no diagnosticados y la incipiente o tardía notificación, la

OMS estima que el número real de casos en el mundo asciende en la actualidad a 3 000 000 (Boletín mensual (SIDA/ETS, enero de 1994).

El SIDA ataca a grupos especiales de la población. En un principio se pensó que el padecimiento se limitaba a homosexuales y a usuarios de drogas por vía endovenosa; ahora se sabe que se presenta en individuos heterosexuales y bisexuales, así como por transfusión sanguínea y por transmisión perinatal. Sigue predominando el número de casos en homosexuales y toxicómanos, es decir, en grupos de personas de conductas sexuales y sociales de alto riesgo. Se trata de un padecimiento crónico, y hasta la fecha puede afirmarse que es mortal de necesidad, en un plazo aproximado de cinco años. La repercusión del síndrome sobre el estado general y las infecciones agregadas, determina incapacidad en los pacientes. Su diseminación se facilita, aparte de las conductas sexuales especiales, por el hecho de que la enfermedad en su etapa de infección es con frecuencia asintomática, sólo identificable por pruebas serológicas especiales. En esta etapa, es transmisible. En el caso del SIDA, hay que agregar dos circunstancias que agravan la situación, no se dispone hasta el momento de una vacuna que evite la enfermedad y tampoco se tiene un medicamento útil para tratarla. Hay algunos productos que mejoran o curan las infecciones agregadas, pero que no tienen acción terapéutica para el síndrome.

El SIDA, enfermedad social que constituye una plaga mundial, ha creado una actitud injusta hacia el grupo de homosexuales, ha determinado también una serie de exageraciones, errores y prejuicios en cuanto a las diferentes vías de transmisión del padecimiento. Ambos hechos han dado lugar a una intensa labor informativa y educativa que señala lo injusto de una conducta de rechazo hacia los enfermos, y que precisa además los diferentes mecanismos de contraer la enfermedad y las precauciones para evitarla, tanto para el público en general, como para el personal de salud, cuyas actividades profesionales representan riesgo.

El padecimiento ha movilizadado a los investigadores de todos los países en busca de definir las características biológicas del virus, elaborar una vacuna útil y obtener un producto terapéutico eficaz. El SIDA ha mostrado la utilidad de dos medidas preventivas: la educación y la detección, cuya aplicación es responsabilidad de médicos, enfermeras y personal de salud en general. A estas medidas ha quedado reducida hasta la fecha, la lucha contra este mal. ■

ANEXO 8

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
 NUCLEO BOLIVAR
 UNIDAD DE ESTUDIOS BASICOS
 DEPARTAMENTO SOCIO - HUMANISTICO
 ASIGNATURA: SOCIOLOGIA DE LA SALUD

SALUD Y SOCIEDAD

Jorge Díaz Polanco

L- INTRODUCCION

El presente constituye un material de trabajo y de discusión a ser utilizado en este curso. Dado el carácter intensivo que el mismo presenta. El contenido será lo más esquemático posible a fin de facilitar y agilizar la comprensión, lectura y asimilación. Su objetivo central es la consideración de las relaciones existentes entre salud y sociedad. Para ello se impone la revisión de las manifestaciones históricas de los términos de nuestro planteamiento. Es necesario, pues, una periodización histórica, breve y sencilla en la cual podamos visualizar las conexiones que se establecen entre salud, prácticas en salud (especialmente, práctica médica) y el saber en salud. Ello, porque pensamos que esta tríada de fenómenos están estrechamente vinculados entre sí y con la estructura social, existiendo entre sus componentes cierta coherencia, no sólo a nivel puramente conceptual, sino también en términos en los cuales unos determinan a los otros. En cada período histórico han existido nociones diferentes de salud y enfermedad, formas distintas de práctica médica y, por supuesto, un saber que informa a estos quehaceres, y les sirve de fundamento. En la primera parte, presentaremos un enfoque sobre las relaciones entre Medicina y estructura social consideraremos los aspectos ya mencionados.

Dado que es del mayor interés tener una visión lo más actualizada posible sobre estas cuestiones, nos detendremos especialmente en las formas del fenómeno en la sociedad contemporánea y revisaremos los principales enfoques que se utilizan actualmente para el análisis de la relación entre salud y sociedad.

Partimos de dos supuestos teóricos: en primer lugar, que dentro de las relaciones entre esos elementos arriba mencionados, existe cierta jerarquía. El tipo de asociación que se establece entre ellos, está dado, en lo inmediato, por el carácter de la práctica médica. Es el proceso de prestación de servicios el que actúa como un elemento definitorio con respecto, tanto a las nociones de salud vigentes, como al saber médico. En segundo lugar, que la práctica médica es a su vez un elemento determinado por la estructura social en la cual se inserta. Es el estadio histórico de la producción y distribución de bienes económicos dentro de una sociedad en el que, en última instancia, actúa como factor determinante de las formas que adopte la práctica médica.

En la segunda parte del trabajo intentaremos esbozar en sus elementos especiales, los principales enfoques utilizados por el saber médico social para interpretar las relaciones entre salud y sociedad.

II.- MEDICINA Y ESTRUCTURA SOCIAL:

Si, como ha sido dicho, el papel de la medicina es explicable mediante la conexión y articulación de esta con la estructura social y si esta estructura social ha ido históricamente variando de acuerdo a ciertos criterios, necesitamos una revisión histórica de cómo se han ido produciendo estas articulaciones. Utilizaremos, para sintetizar, algunas categorías analíticas y es necesario decir que de ellas la más importante es la de formación económico social.

La medicina en la sociedad esclavista:

La base fundamental de esta sociedad es la propiedad privada no sólo sobre los medios de producción, sino también sobre el hombre que produce, el esclavo que, de esta manera, se convierte él también en un instrumento productivo. Existe en esta sociedad una marcada división del trabajo en manual (correspondiente exclusivamente a los esclavos) e intelectuales (asignado a las clases dominantes). Esta forma social permite el ocio y, a través de él, el desarrollo de la "cultura" entendida ésta como el quehacer intelectual de las clases dominantes, patrimonio exclusivo de las mismas. En estas sociedades "...la práctica médica se habría caracterizado, en las enfermedades de los esclavos, por un tratamiento de "veterinario" a cargo de simples practicantes, como los en uso en países bárbaros; en las enfermedades agudas de los hombres libres, ricos o pobres, por un tratamiento expeditivo o resolutivo; y en las enfermedades crónicas de los hombres libres y ricos, entre gentes ociosas aquejadas de opulencia que podrían permitirse el lujo de ocio (skhol), por una terapéutica pedagógica y biográfica a cargo de médicos alquilados a ello" (1).

A esta forma de práctica descrita en la cita anterior, compuesta fundamentalmente de tres formas de acuerdo a las divisiones de las clases componentes, corresponde una noción de salud que es la expresión de los valores de la clase dominante. Salud es, así, equivalente a la noción de belleza y armonía, proporcionalidad; enfermedad viene a considerarse todo aquello que rompa ese equilibrio hermoso y natural "...el hombre enfermo, el inválido, el débil, son hombres indignos y que sólo pueden ser considerados como tales en vista de la sociedad... la antigüedad no ofrece evidencia, de ningún tipo de previsión para el cuidado del inválido" (2).

De aquí se desprende el hecho de que la posición social del médico era también baja" se le consideraba como un artesano que, al igual que los demás de ese gremio, vendía la públicamente sus servicios de puerta en puerta.

De esa forma de práctica y de las formas de la atención derivadas de ella encontramos un saber médico guiado por la copia de los procesos naturales. se trata de una medicina "naturalista" sustentada sobre el equilibrio de los humores corporales y que establece una clara diferenciación entre salud y enfermedad cuidando con gran esmero de que, sobre todo en las clases dominantes, no se rompa ese equilibrio.

La Medicina en la Sociedad Feudal:

La propiedad privada sobre la tierra y parcial sobre el siervo, define las relaciones de producción en este período histórico. Existe propiedad del siervo pero rodeada de una serie de limitaciones impuestas por el propio señor feudal. De esa misma situación se derivan una serie de prerrogativas conocidas ampliamente. El derecho a disponer de los productos por parte del señor feudal, solo puede lograrse mediante la intervención de factores extraeconómicos. De esta manera, en la sociedad feudal las instancias políticas y religiosa, se convierten en dominantes. ¿Que ocurre con la práctica médica? "A fines de la Edad Media existían tres tipos de asistencia médica: para poderosos, para artesanos y burgueses y para pobres. Los protomédicos, graduados en las mas famosas universidades, atendían a reyes, príncipes y nobles. Sus honorarios eran elevados, sus honores ostentosos y sus obligaciones tan importantes como delicadas. Para los médicos y cirujanos con buena formación técnica, la clientela era cada vez más numerosa. La visita era también domiciliaria, el profesional muy cuidadoso de su porte y atuendo, y los honorarios muy elevados. Una adecuada remuneración permitió el nacimiento del "medico de cabecera" y la medicina liberal. Por último, quedaba la asistencia a los pobres, en manos de curanderos o barberos y, a lo más cuando las ciudades los amparaban, pudiendo refugiarse y morir en los hospitales y hospicios para ellos dispuestos por la caridad municipal" (3). En esta la época del desarrollo de la atención hospitalaria, entendida como obra de caridad. Aún hasta entrado este siglo, en muchos países, el hospital era el sitio "donde se va a morir". Hoy día hay algunos hospitales a los cuales el saber popular endilga el mismo epíteto y se genera cierto temor hacia los mismos.

En esta época el saber medico transita por una serie de cambios muy particulares; se considera a la salud como un don divino y a la enfermedad como una interrupción de ese estado de gracia llegándose muchas veces a considerar un proceso patológico como la expiación de pecados: de allí que la interrupción externa del proceso patológico sea vista como un oficio maléfico. La enfermedad debe seguir su curso natural pues su causación obedece a instancias divinas, supranaturales,

(3) Diego Gracia Guillén y José Luis Pesset: "La Medicina en la Baja Edad Media

Historia Universal de la Medicina. Citado por Juan César García op. cit.

las cuales deciden sobre el porvenir del enfermo. El hombre no debe interferir. Muchas formas de intervención médica (cirugía, farmacopea, etc.) son así relegadas y reprimidas como manifestaciones demoníacas y la medicina se convierte en un oficio eminentemente clerical. La "atención médica" constituye una ciencia pagana; el "cuidado médico" es la versión clerical de la medicina. Aún cuando más tarde se produce una reconciliación entre estas perspectivas (pagana y clerical), el cuidado médico es la forma dominante de atención en este lapso. Su mejor expresión como ya se ha señalado, es el hospital, asilo de pobres y lisiados en donde se ejerce la caridad.

El desarrollo e institucionalización de las universidades acentúa la ya rígida diferenciación entre; "trabajo manual e intelectual. En la medicina, el médico, despojado de las despreciadas actividades manuales, adquiere un enorme prestigio social que irá en aumento progresivo.

La Medicina en la Sociedad Capitalista:

La sociedad capitalista se caracteriza, desde sus inicios, por ese fenómeno tan comentado de la conversión del hombre (miembro de una comunidad, de un gremio de una gilda o cualquier otra asociación que identificaba su ser social) en fuerza de trabajo. Esto ocurre en la medida en que la producción económica se concentra generando una movilidad a nivel mundial, desconocida antes en la historia. El crecimiento vertiginoso de las ciudades en detrimento de las áreas rurales. Dentro de la enormidad de este reordenamiento del mundo, el hombre se constituye en fuerza de trabajo al vender en el mercado, "libremente" su capacidad física para producir. Los valores religiosos y espirituales son definidos desde la óptica particular del beneficio privado y ya no se necesita ningún factor extraeconómico para obligar al hombre a trabajar: se lo impone su propia necesidad de supervivencia. Así, lo económico se convierte en este modo de producción, en la instancia dominante.

En la medida en que la medicina se ocupa de la gente, del trabajador, se convierte en un mecanismo que conserva y adapta la fuerza de trabajo. "La atención médica no es un producto, un objeto separable de su agente; una mercancía susceptible de circular como un auténtico valor de cambio. Este producto no desaparece al ser consumido. Cuando se dirige a la fuerza de trabajo, el acto terapéutico eleva el valor de esa fuerza de trabajo o contribuye a su mantenimiento en el cuadro de su reproducción. Al contribuir a elevar el nivel de productividad, la atención es indirectamente productiva" (4). Dentro del modo de producción capitalista, la medicina se mueve entre dos fuerzas: las determinaciones económicas que caracterizan a dicho modo de producción y los intereses políticos de grupos diversos que presionan para el logro de mejores niveles de salud, entre las regiones política y económica. De aquí que la medicina represente un papel importante también, no sólo en la reproducción de la fuerza de trabajo, sino también en el control de factores (como la salud y enfermedad) que pueden generar profundos conflictos sociales. Sirva de

(4) Jean - Claude Pollack: "La Medicina del Capital". Editorial Fundamentos. Madrid, 1.975.

ejemplo el hecho de que la seguridad social surgió en los países en los cuales la revolución industrial generó mayor número de conflictos y carencias (Alemania, Inglaterra, Francia, etc.).

De la misma manera, hay grupos sociales que son prioritarios para la atención médica. Milton Roemer (5) los clasifica de la siguiente manera: 1) personas al servicio del estado de las cuales depende toda la maquinaria gubernamental; 2) obreros industriales de cuya productividad depende, en gran parte, todo el desarrollo económico de un país; 3) empleados de oficina, de cuya actuación depende la marcha normal de la totalidad de la sociedad y 4) los niños, en especial los de familia urbana, pues de ellos depende todo el futuro. Es claro ver cómo en esos grupos sociales, la enfermedad tiene consecuencias fatales para la sociedad y debe entonces la medicina actuar eliminando esos riesgos de desintegración y conflicto posible.

La salud se nos presenta entonces en íntima vinculación con la productividad. Se dice, por ejemplo, que enfermo es aquel que no puede trabajar o, a la inversa que quien no trabaja es porque está enfermo. El precio del mantenimiento de la salud es el nivel de productividad. La enfermedad debe ser suprimida en tanto representa un costo social, es improductiva, aparta al hombre de la posibilidad de aportar algo que supuestamente debe a la sociedad.

A estas formas analizadas corresponde un saber médico que se basa en el precio de la vida y el coste de su protección. Uno puede asombrarse, por ejemplo, de cómo se tasan las partes del cuerpo en una política de seguros contra accidentes. Al igual que las diferentes regiones una vaca, las partes del cuerpo tienen un precio estipulado. Es quizás éste un buen ejemplo de cómo la racionalidad económica penetra en esta área de la vida social, fijando un precio a la salud.

El saber médico en la sociedad capitalista se fundamenta inicialmente en una concepción organicista - mecanicista. Un modelo en el cual, al igual que en la mecánica, el cuerpo -objeto de la medicina- es una máquina compuesta de partes. La enfermedad es la atrofía de alguna de esas "piezas" y, al igual que en la mecánica automotriz, para cada enfermedad o avería, hay una terapia específica. Tales concepciones evolucionan de alguna manera sobre esta misma base. Lo importante es la reparación rápida y eficaz de la maquinaria averiada, la cual debe reintegrarse a la producción lo más rápidamente posible. El desarrollo de la psiquiatría y la inclusión de las ciencias sociales dentro de las áreas de salud plantea algunas innovaciones. La medicina social surge, en muchas oportunidades, como opuesta a la medicina individual y tanto la primera con ésta, responden, supuestamente

(5) Milton I. Roemer, "La Atención Médica en América Latina". Unión Panamericana, Washington, D.C. citado por Juan C. García, *op. cit.*

a la necesidad de restaurar un "humanitarismo" perdido a causa de la superespecialización y tecnificación del área salud.

Enfoques Teóricos para la interpretación de la relación entre salud y sociedad:

Como habíamos advertido al comienzo, es necesario plantear aquí las diversas formas como es enfocada la relación entre salud y sociedad. Ello, porque la situación actual se presenta quizás como más compleja y porque la revisión histórica no constituye sólo una aventura intelectual, sino una manera de buscar tendencias que nos ayuden a entender el presente.

Es de suponer que el surgimiento de perspectivas "sociales" dentro de la salud supondría una revisión de sus fundamentos conceptuales. Ello no es necesariamente cierto. Tomemos como ejemplo el caso de las Ciencias Sociales.

Para la salud, dentro del modelo de conocimiento médico dominante, las ciencias sociales representan la inclusión de un componente muy importante; son definidas como "ciencias auxiliares" en la medida en que desde el punto de vista técnico -y sólo desde él- contribuyen a consolidar el saber médico dominante.

Las ciencias sociales también tienen su propia historia. Se forjan al calor de grandes movimientos sociales que transforman profundamente las relaciones de poder en el mundo contemporáneo y originan las bases de la civilización tecnológica. El saber sistemático sobre la sociedad surge dentro de las perspectivas abiertas en la revolución industrial, como un enfrentamiento a las condiciones de vida del proletariado industrial, nueva clase producto del desarrollo de la tecnología la aplicación de principios inanimados de energía al proceso productivo. La consecuencia de ello, es la universalización de las relaciones de producción que resultan del proceso y, por primera vez en la historia de la humanidad, la unificación de todos los grupos humanos, mediante su acceso, directo o indirecto, forzado o espontáneo, a la misma tecnología básica.

Hay unas ciencias sociales que surgen como el estudio técnico de los "problemas del orden social europeo" y apuntan directamente a buscar soluciones a los mismos, generando modelos descriptivos de las sociedades estudiadas y encontrando variables explicativas dentro del mismo contexto que analizan; hay otras, cuyo objetivo es mucho más complejo; tratan de analizar y buscar las leyes generales que explican el surgimiento de esas sociedades, no buscando "variables" aisladas, sino encontrando las explicaciones en relación con la totalidad. Nos referimos a las corrientes positivas y del materialismo histórico, respectivamente. Lo que las Ciencias de la Salud han venido utilizando hasta ahora, ha sido la técnica de las ciencias sociales; así, un médico debe saber cómo entrevistar a su paciente, no porque esta es una relación humana, sino con el objeto de obtener él la mayor información posible.

ANEXO 9

16

CURANDEROS

POLLAK-ELTZ, A. (1987). LA MEDICINA POPULAR
EN VENEZUELA. ACADEMIA NACIONAL DE
LA HISTORIA. CARACAS

Aunque el término "curandero" se refiere a cualquier clase de practicante de la medicina tradicional (yerbateros, curanderos/espiritistas, ensalmeros, sobadores) en este estudio utilizo este término para designar a médicos populares, que no dependen exclusivamente de remedios herbales o de métodos curativos naturales, sino que con frecuencia se sirven de técnicas mágicas con el fin de quitar las causas del malestar del cuerpo del paciente. Como hemos visto, los yerbateros tradicionales son pragmáticos y tratan los síntomas de las enfermedades corrientes con remedios comunes. Diagnostican por experiencia y tienen grandes conocimientos de hierbas medicinales. La gente acude a ellos en caso de malestares corrientes. Sus métodos son uniformes en todo el territorio nacional. Sus conceptos y sus métodos forman parte del sistema médico naturalista, según la definición expuesta en la introducción de este libro. Sólo en casos excepcionales, cuando se presentan casos de enfermedades etno-específicas, de Culebrilla o de parasitosis debido a gusanos intestinales, acuden a medidas excepcionales: como rezar ensalmos sobre el enfermo o soplar humo de tabaco sobre la parte afectada por la enfermedad, pero al mismo tiempo prescriben remedios herbales. Entre los yerbateros, los ritos mágico-religiosos juegan un papel de poca importancia.

Los curanderos/espiritistas acuden a prácticas mágicas, aunque a menudo se sirven de remedios caseros o de medicamentos químicos al mismo tiempo. A esta clase de practicantes de la medicina popular se les llama también "mojanos" (en los Andes), "chamanes", "piaches", "curiosos", "iluminados" o "espiritistas".

Para el curandero es importante detectar las causas del malestar, y luego se tratan los síntomas de manera usual. Tanto ellos como sus

es pragmática: Se acepta cualquier tipo de tratamiento en cuanto sirva para solucionar el problema. Casi todos los curanderos tradicionales creen sinceramente en sus propios poderes, al igual que sus clientes. La fe es el secreto de su éxito. En mi opinión, los curanderos son excelentes psicólogos, que se dan cuenta en seguida de lo que aflige a los clientes verdaderamente y luego tratan de restablecer la fe en ellos mismos. Eso ya constituye el primer paso hacia la curación. No están interesados en los síntomas, lo que cuenta es la persona misma.

La mayoría de los curanderos trabajan de buena fe, sin embargo, hoy día algunos piden honorarios excesivos, más allá de los recursos limitados de sus clientes. Mientras que los yerbateros piden entre Bs. 50 y 80 para una consulta, los curanderos piden centenares y a veces miles de bolívares para "trabajos especiales" u "obras mágicas". Cierzo es que los honorarios se pueden pagar por cuotas mensuales. Se dice que hay que aceptar el precio que pide el curandero para un "trabajo" sin regatear, en caso contrario la obra pierde su eficacia.

Mientras que los yerbateros son consultados por los habitantes de su pueblo y sus familiares, los curanderos son evitados por parientes y vecinos. Estos siempre tienen miedo de las fuerzas sobrenaturales del "brujo". Siempre es preferible consultar a un curandero que vive lejos y desconoce los detalles de la vida íntima del paciente. Así no pueden "trabajar un daño". Este hecho demuestra las actitudes ambivalentes que la gente tiene hacia los curanderos y sus poderes sobrenaturales.

La gran mayoría de los "curiosos" son de la clase humilde. Algunos viejos son analfabetos, otros frecuentaron la escuela primaria. En la actualidad algunos "espiritistas" más jóvenes frecuentan cursos de psicología.

Según sus propios relatos, la mayoría de los curanderos tuvieron una "llamada" al oficio durante su adolescencia a través de un acontecimiento insólito. Muchos dicen, que solían vivir una vida mala, hasta que Dios les castigó con una enfermedad que nadie pudo curar. Por fin llegaron donde un curandero, que llevó a cabo un milagro para devolverles la salud. Entonces su vida cambió por completo. Dedicaron años a servir a su bienhechor, del cual aprendieron poco a poco los conocimientos necesarios para abrir su propio consultorio.

Algunos dicen que recibieron una "llamada" directamente de Dios, que ahora manda un espíritu que les ayuda a diagnosticar inmediata-

Clientes creen que las enfermedades son causadas por envidia, hechicería, brujería, la influencia de los malos espíritus, la intervención de un "mojón" o por intervención de un santo ofendido. Hay que averiguar las causas sobrenaturales, hay que eliminar el agente maligno del cuerpo de la víctima, hay que proteger al paciente contra nuevos ataques del "enemigo", hay que castigar al malhechor y sólo entonces empieza el tratamiento herbal de la enfermedad. Es un hecho que a menudo los síntomas desaparecen ya con el ritual mágico-religioso de limpieza, porque a menudo los malestares tienen sus raíces en problemas psicológicos que son aliviados por las ceremonias exorcistas.

Los curanderos tienen más éxito que los yerbateros ordinarios y a menudo que los propios médicos modernos: en casos de enfermedades crónicas y mal definidas y cuando se trata de problemas mentales o sociales, porque los ritos afectan la mente del cliente de manera positiva. La sugestión y la de-sugestión juegan un papel importante en este proceso.

Los clientes de los curanderos consideran las enfermedades como una clase específica de mala suerte. Así consultan al curandero no solamente cuando están enfermos, sino también cuando tienen problemas de diferente índole, mala suerte, pava o perturbaciones personales. Los ritos mágico-religiosos son iguales para tratar enfermedades y quitar la pava o para solucionar otros problemas. El curandero actúa como un psicoterapeuta popular.

La mayoría de los curanderos tienen origen en la clase humilde o media-baja. Los clientes provienen de la misma clase, pero algunos miembros de las clases más educadas buscan sus servicios también. Recientemente algunos curanderos urbanos adaptaron prácticas de diferentes orígenes para satisfacer las exigencias de los clientes más sofisticados. Estos "espiritistas" o "parapsicólogos" se establecen en barrios más afluente de las grandes ciudades para atender exclusivamente a clientes de la clase alta. Pretenden ser clarividentes u ocultistas. Las consultas cuestan más caras pero sus métodos no son necesariamente más efectivos.

Por regla general, tanto los curanderos como sus clientes creen que por lo menos una parte de las enfermedades y problemas tienen causas sobrenaturales y es su deber tratar con estas fuerzas malignas de manera adecuada. Sus ritos son utilitarios y la actitud de los clientes

dio de baños o fricciones, exorcismos o velaciones. A veces el curioso es consultado en asuntos amorosos: la joven no sabe si debe casarse con el amante o no. Un hombre de negocios quiere saber si conviene invertir su plata en una nueva empresa. Muchos quieren informaciones acerca de los números favoritos de las loterías. Algunos sólo se presentan para un "chequeo general": ¿hay enemigos o algún peligro?

Casi todos los curanderos tienen sus propios consultorios. Hay horas fijas de trabajo. Las consultas se llevan a cabo de día, las ceremonias especiales se celebran de noche. Algunos trabajan exclusivamente en este oficio, otros tienen un empleo aparte. Cuando tienen negocios, a menudo se trata de "perfumerías", donde se venden todos los materiales del ritual mágico, así como también algunos remedios caseros y hierbas.

En los consultorios casi siempre se encuentra un altar con litografías de santos y de los espíritus principales del Culto de María Lionza, velas, frascos con "preparados", ron, agua bendita, flores y cintas multicolores. La influencia del Culto de María Lionza entre curanderos independientes se hace sentir cada día más. Muchos pretenden ser "bancos" para inspirar confianza entre los clientes. Algunos imitan los ritos estéticos del culto para impresionar a los pacientes.

Mientras que las consultas de los yerberos son individuales, los curanderos trabajan delante de todos los clientes y sólo a petición del cliente conceden una entrevista a cuatro ojos.

Algunos curanderos diagnostican cuando están en trance o pretenden estar en trance. Afirman que el espíritu de José Gregorio Hernández les da las prescripciones. Este hecho quizás aumenta la fe del paciente en el tratamiento. Otros curiosos diagnostican cuando tocan una prenda, que estuvo en contacto con el paciente, su presencia física no es necesaria. Otros examinan la orina, las manos y los ojos de los clientes, como suelen hacer los yerberos.

Por regla general el procedimiento se realiza de la manera siguiente: el paciente se acerca al curandero, que se encuentra sentado en su consultorio frente al altar. Empieza el diálogo. La enfermedad recibe su nombre apropiado. Luego el curioso dice que la aflicción es provocada por poderes sobrenaturales o envidia y es necesario encontrar las raíces del maleficio: el mal puede ser enviado por un brujo, por un

mente la enfermedad y a hacer prescripciones. Otros afirman que tuvieron visiones de espíritus, que los llamaron a trabajar en beneficio de la humanidad. Los espíritus deseaban tomar posesión de su "materia" para ponerse en contacto directo con los enfermos y los afligidos, así en las visiones fueron llamados a desarrollar la función de "medium".

Los curanderos nunca hablan de estudios serios, sino de conversiones espontáneas, conocimientos que les llegan como ondas de radio o visiones. Todos los curanderos ponen énfasis en el hecho de que siempre trabajan en favor de sus clientes, nunca practican la magia negra. No están interesados en los bienes materiales, sólo sólo en sus deberes hacia la humanidad. Sin embargo, aceptan honorarios fijos y regalos.

En la creencia de la gente, la diagnosis se efectúa con la ayuda de espíritus familiares o guardianes, que inspiran al "curioso". Unos se comunican con los espíritus para discutir el problema del cliente, otros pretenden comunicarse con los espíritus de los famosos médicos muertos (Dr. José Gregorio Hernández por ejemplo) en sueños o en trance. Algunos "curanderos" son "mediums" al mismo tiempo, pretenden recibir los espíritus para que ellos mismos hagan el diagnóstico y lleven a cabo operaciones mágicas u otros ritos curativos.

Los curanderos son hombres o mujeres a menudo ya de cierta edad.

Los "curiosos" no sólo suan las enfermedades de sus clientes, parcialmente o exclusivamente con ritos mágicos, sino que atienden a todos los demás problemas también. Los mismos exorcismos sirven para curar dolores de cabeza y mala suerte en los negocios.

Un estudiante pide ayuda, cuando tiene que presentarse a un examen: el "curioso" le da un amuleto y lo lava con una esencia mágica. Estos ritos aumentan la fe del joven en sí mismo y se presenta luego al profesor sin miedo. Cuando el estudiante sale del consultorio, el curandero le dice: "Pero tienes que estudiar también". Hombres en busca de empleo sin mucha especialización, acuden a los curanderos para conseguir amuletos. Luego se presentan al nuevo patrón con más confianza y consiguen el trabajo. Comerciantes piden una limpieza de sus negocios para alejar los malos influjos. Una mujer, cuyo amante desapareció, pide que el curandero llame al desertor con un conjuro de tabaco. Los que tienen problemas con vecinos y parientes consultan al curioso, para que quite los malos influjos provocados por envidia o brujería, por me-

enemigo, por un ex-amante, un competidor en los negocios, un marido celoso, un espíritu malo o un santo ofendido. Eso lo averigua el curandero fumando un tabaco o mirando en un cristal o en un pote de agua.

Hay curanderos que creen en la reencarnación y el Karma y piensan que la causa de una enfermedad puede ser un crimen o un pecado cometido en una vida previa. Cuando se encuentra la causa del problema hay que llevar a cabo un exorcismo para limpiar el cuerpo de todos los malos influjos. En el caso de un pecado, hay que confesarse públicamente y pedir perdón. El curandero prescribe ahora el tratamiento apropiado, que prepara él mismo o uno de sus ayudantes en seguida o en una sesión futura. El cliente tiene que traer las sustancias y objetos necesarios: pólvora, talco, perfumes, esencias, ron, tabaco, velas y flores. El exorcismo se lleva a cabo por medio de humo de tabaco, incienso, agua bendita, baños con extractos de hierbas, baños en leche, fricciones y sobas, o por medio de un baño en un río. Las velaciones tienen mucha importancia. Frecuentemente se enciende pólvora alrededor del paciente. A veces sólo se rezan ensalmos. Pero el exorcismo no basta, hay que proteger al cliente ahora en contra de nuevas influencias maléficas por medio de un amuleto hecho de piedras, semillas, pelo, uñas, oraciones impresas, esencias aplicadas diariamente al cuerpo o por medio de filtros puestos en la puerta de entrada de la casa, bajo la cama o en el carro.

Después de esto empieza el tratamiento de los síntomas de la enfermedad propiamente dicho, con remedios caseros o medicamentos de la farmacia, según la preferencia del curandero. Muchos curiosos utilizan vitaminas, tónicos y calmantes. Por regla general, los tratamientos y exorcismos no se llevan a cabo inmediatamente después de la sesión diagnóstica, sino algunos días más tarde. Los "trabajos grandes" de índole mágico se celebran en las noches de los fines de semana, cuando se tiene más tiempo. Como en la creencia del pueblo, las enfermedades, la mala suerte y los problemas emocionales y personales tienen las mismas causas sobrenaturales, es lógico que los tratamientos para todos estos males sean idénticos. Los ritos del exorcismo traen un alivio para el paciente que cree en magia, porque está convencido de su eficacia. Así también los problemas psico-sociales se solucionan de manera satisfactoria. Como a menudo los problemas interpersonales son somatizados, los síntomas somáticos desaparecen cuando los problemas socio-psicológicos ya no existen más. Es importante que por lo menos una persona

del grupo en referencia (familia, comunidad) del cliente esté presente cuando se llevan a cabo los ritos. Esto ayuda al paciente a reintegrarse a su grupo y encontrar apoyo. Efectivamente, muchas personas conocidas o no conocidas por el paciente, están presentes casi siempre en exorcismos. La interacción del grupo es de gran importancia para que el ritual tenga éxito. El trabajo mágico tiene resultados positivos, porque el curandero inspira confianza y la gente tiene fe en sus poderes y en los ritos de exorcismo. Conscientemente o inconscientemente sus propias energías vitales son reactivadas, para combatir la enfermedad, la aflicción corporal, expresión de ansiedad, desaparece porque las causas mentales que la provocan no existen más.

Los curanderos tienen éxito cuando se trata de enfermedades psicosomáticas, crónicas o mal definidas: dolores de cabeza, dolores de estómago o de espalda, vómitos, convulsiones, alergias tratadas sin éxito por médicos modernos. Desaparecen cuando el paciente se calma y ya está convencido de que puede combatir los brujos y la envidia a través de las fuerzas sobrenaturales que manda el curandero. No se pretende decir que los curanderos puedan tratar toda clase de enfermedades. Ellos mismos conocen sus límites y cuando diagnostican cáncer o alguna enfermedad muy seria, envían al paciente a una clínica. Pero, por otra parte, a veces los propios médicos envían casos aparentemente incurables a los curanderos y luego éstos tienen éxito, lo que los curiosos suelen contar con gran orgullo. En caso de enfermedades mortales, los curanderos no pueden hacer milagros, pero sí pueden ayudar a los moribundos a encontrar la paz consigo mismos.

Entonces sí es cierto que los curanderos tienen éxito, y eso justifica su gran popularidad. Por cierto, los supuestos milagros pueden tener otras causas, como la desaparición espontánea de una enfermedad o auto-curación de una aflicción menor. Como algunos pacientes consultan a médicos y curanderos al mismo tiempo, es difícil decir, quién fue el que lo curó. Desgraciadamente no puede hacer muchos estudios acerca del éxito de la recuperación a largo plazo.

Sólo algunas veces puede entreverstar pacientes años después de un tratamiento exitoso por parte de un curandero y aún estaban sanos. En algunos casos los síntomas volvieron a aparecer algún tiempo después de terminar la cura y tuvieron que volver a someterse a exorcismos y tratamientos mágicos. Sin embargo, en la opinión de los clientes, los

curanderos sí tienen éxito, ya que día tras día sus consultorios se llenan de pacientes que voluntariamente pagan precios elevados por trabajos mágicos, velaciones y operaciones espirituales.

El curandero corresponde al rol social, que se espera de él. Cada cultura crea un tipo característico de conflicto, que es enfrentado por los individuos que pertenecen a esa cultura de una manera positiva o negativa, en interrelación con su constitución física, el ambiente y otros factores de menor importancia. Estos conflictos culturales se manifiestan en las enfermedades etno-específicas que hemos mencionado en un capítulo anterior.

Los curanderos saben por experiencia, como tratar estas enfermedades de manera positiva. El espiritista sabe como excitar las emociones de sus pacientes con medios terapéuticos. También manipulan la mala conciencia y el miedo en sus pacientes con fines positivos.

No se diferencia entre enfermedades emocionales y enfermedades físicas, porque se cree que tienen la mismas causas sobrenaturales: hechicería, envidia, espíritus malignos; en términos psicológicos: sentimientos de remordimiento, hostilidad, miedo y problemas emocionales. Los curanderos inspiran confianza con símbolos, que tienen sentido en su propia cultura.

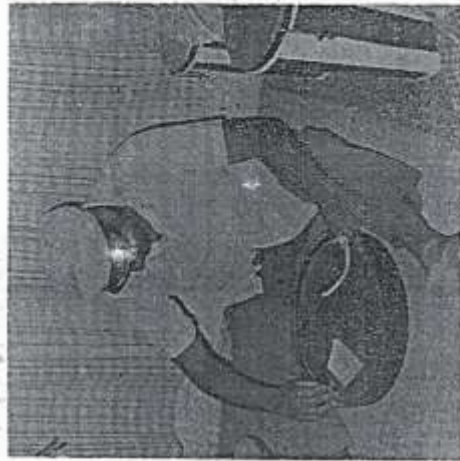
Como vemos otra vez, la religión, magia y medicina forman una unidad. La religión popular es pragmática y utilitaria, al igual que los ritos mágicos. Se buscan los métodos adecuados para solucionar los problemas diarios más urgentes.

Los "bancos" del Culto de María Lionza trabajan como curanderos/espiritistas y curan las enfermedades con la ayuda de los espíritus de la corte celestial y la corte de los médicos. Los mediums en trance actúan como médicos tradicionales. El espíritu que toma posesión de la "materia" habla por su boca y diagnostica la enfermedad. Luego prescribe los tratamientos apropiados, que consisten en "despojos" (ritos de exorcismo), limpiezas de toda clase, trabajos mágicos, baños en el río, la aplicación de esencias, etc.

Los ritos curativos tienen lugar en los centros del culto en las zonas urbanas. Para "trabajos especiales" se acude a la Serranía de Sorte, al santuario principal, o a otros lugares sagrados.

En el curso de las últimas dos décadas el curanderismo popular y el Culto a María Lionza se han influenciado mutuamente. El culto está absorbiendo todas las creencias, conceptos y prácticas tradicionales y también influencias provenientes del exterior. Los curanderos, tanto en las áreas urbanas como en el campo, adoptan los espíritus de María Lionza como protectores o guías e imitan las velaciones y ritos extérficos de los cultistas.

Más adelante vamos a estudiar los diferentes métodos que practican los curanderos en diferentes partes del país, así como también los ritos curativos en los centros del Culto de María Lionza.



El Babalao cubano delante de su tabla Ifá antes de comenzar un rito de adivinación

¿Qué dice la ley con respecto al curanderismo? En Venezuela se prohíbe la práctica de medicina a personas no calificadas para este oficio. Hay otras leyes contra la hechicería. Sin embargo, los curanderos casi nunca son molestados por las autoridades, sólo cuando hay denuncias



Influencia cubana: Ofrenda de carne de gallina delante de un emblema de la divinidad Echú

específicas o en caso de la muerte de una persona que supuestamente fue mal tratada por un curandero. Como eso sólo ocurre muy pocas veces, la policía cierra los ojos. Al contrario, muchos curanderos son consultados por personas prominentes en el gobierno, por jefes de policía y altos militares y así son protegidos de la persecución policial.

Hace algunos años, el Culto de María Lionza fue perseguido por las autoridades, algunos centros fueron cerrados, los altares fueron quemados y se prohibió el acceso a la montaña sagrada de Sorte. Pero pronto las autoridades se dieron cuenta que el culto floreció a escondidas, lo que hizo su control aún más difícil y así el gobierno decidió convertir la Serranía de Sorte en un Parque Nacional. En la actualidad oficiales de la Guardia Nacional y de la Guardia del Bosque vigilan la zona sin molestar a los adeptos.

Algunos "barcos" registraron sus centros cultistas en el Registro Civil como asociaciones voluntarias o congregaciones religiosas para no

ser molestados. Como existe libertad de cultos en Venezuela, estas agrupaciones tienen una posición legal.

Hace algunos años, los líderes más educados del Cuito de María Lionza trataron de fundar una "asociación espiritual", pero esta fructificó ya no existe más. Entre los dirigentes del culto y los curanderos hay muchas divergencias con respecto a métodos curativos y ritos mágicos. Hay competencia entre los centros espirituales y a menudo los "barcos" se acusan mutuamente de practicar la hechicería.

Una asociación civil, bajo el nombre de Centro Académico de Ciencias Espirituales y Medicina Botánica, ofrece diplomas a los curanderos y yerbateros por un pago elevado. Ellos colocan estos diplomas en sus consultorios para aumentar su prestigio. La asociación ofrece también asistencia legal en caso de persecución policial. Otra organización, llamada Instituto Venezolano de Ciencia y Farmacología de Caracas ofrece diplomas a curanderos más sofisticados, quienes toman en esta institución un curso de parapsicología. Existen otros grupos parecidos, pero



Se llama a los espíritus por medio de tambores

por regla general no duran y son un negocio lucrativo para sus fundadores, quienes a menudo piden más de Bs. 2.000 por un diploma, que no vale ni siquiera el papel en que está redactado.

Hace algunos años el Centro de Investigación Parapsicológica Paracelso de Caracas trató de codificar los métodos de los curanderos, pero sólo unos pocos "bancos" y "curiosos" hicieron caso a los líderes de esta organización, que pronto desapareció.

La Asociación Civil y Filosófica Culto Aborigen de María Lionza fue fundada por Beatriz Veith-Tané hace unos 15 años. Ella se considera la Gran Chamana de María Lionza. Trató de codificar las creencias y de unificar los ritos del Culto, tomando como modelo los ritos de las asociaciones brasileras de Umbanda. Pero ningún dirigente cultista prestó atención a ella y pronto la asociación desapareció, a pesar de que Beatriz tenía la intención de fundar un partido político de todos los adherentes del culto para representar la "religión autóctona" en la asamblea de los diputados.

COMO TRABAJAN LOS CURANDEROS

En el siguiente capítulo vamos a estudiar los métodos terapéuticos de algunos curanderos prominentes, que conocí en el curso de los unos 15 años. Visité sus consultorios muchas veces y pude establecer contactos íntimos con ellos. Algunos me dejaron presenciar las consultas y ritos de curación. Podía también entrevistar a los pacientes, qui describieron sus problemas, conceptos sobre enfermedades y métodos de curación.

SISTA: es una morena de aprox. 50 años de edad. Sabe apx leer y escribir y necesita una secretaria; su nieta, para apuntar las pcripciones. Sista tiene 12 hijos y 17 nietos y aparentemente toda familia vive de los ingresos de su práctica. Reside en un pueblo a kms. de Caracas en una casa moderna, pero las consultas tienen lugar en un rancho humilde. Nació en esta zona y se crió en el campo. Pretere haber tenido una vocación sobrenatural de los espíritus/guías cuando era muy joven, pero no empezó a practicar curaciones antes de haber tenido algunos hijos. Nunca lee libros y sus métodos derivan del curanderismo tradicional. Conoce el Culto de María Lionza pero no trata con los espíritus de su corte, aunque cree que el Dr. José Grego Hernández es un santo/espíritu muy potente, quien le ayuda en su trabajo. Sus guías espirituales no tienen nombres específicos, son voces que le soplan en su oreja para facilitar el diagnóstico. Quizás recibe inspiración directamente de Dios. No se explica muy bien acerca de este asunto.

Sista trabaja tres veces por semana de la mañana a la noche siempre hay una larga cola de pacientes en el patio delante del rancho. La secretaria anota los nombres de los clientes y el número de su código

garganta. Cuando se enferma un niño, se recia a San Buenaventura y a San Nicolás de Bari. Santa Agata y San Bernardino de Siena son responsables de curar enfermedades de los pulmones y del pecho. La lista continúa y todas estas creencias remontan a tradiciones españolas.

El cony fejo del "mal de ojo" fue también introducido desde España al Nuevo Mundo, aunque su lugar de origen se encuentra en el Oriente medio (Mabry, 1976).

Las tradiciones españolas son más aparentes donde las colonias ibéricas fundaron sus propias comunidades, como en la región de Antioquia de Colombia o en el Estado Táchira en Venezuela. El complejo calor/frío no es evidente en algunos pueblos del Estado Mérida (Suárez y Dipolo, 1973).

Los curanderos populares españoles de la Edad Media usaban muchas hierbas y algunas fueron introducidas al Nuevo Mundo, otras se encontraban en América. Así, no solamente las plantas mencionadas por Paríen, sino muchas otras más, fueron de uso común en las comunidades de los colonos europeos y en las misiones del Nuevo Mundo desde el principio de la época colonial.

POLLAK-ELTZ, A. (1987). *La Medicina Popular en Venezuela. Academia Nacional de la Historia. CATACAS.*

MAGIA, HECHICERIA Y BRUJERÍA, UNA DEFINICIÓN Y ALGUNOS EJEMPLOS

A pesar de la aparente modernización y educación escolar mandataria, muchos venezolanos creen en magia. Los conceptos tradicionales mágico-religiosos prevalecen en muchas partes del país. Están ligados al catolicismo popular y la devoción a santos, como también la creencia en espíritus de todas clases, como ya hemos visto en los capítulos anteriores.

A menudo es difícil distinguir claramente entre religión y magia como definido por Haevel (1978: 41): Religión es la creencia en seres o poderes sobrenaturales, de los cuales el hombre se siente dependiente, y la relación ritual entre los seres humanos y estos poderes. Al contrario, magia se define como una técnica ritual, que en la creencia de la gente trabaja automáticamente, cuando es ejecutada en forma adecuada y apropiada.

Esta técnica es practicada por personas, quienes tienen o pretenden tener poderes extraordinarios para negociar con los seres sobrenaturales de manera que puedan lograr ciertos fines concretos. No hay un sentido de dependencia, pero el mago tiene que tener fe en la utilidad de sus manipulaciones. Es pagado por el cliente por los trabajos hechos. Sus conocimientos pueden ser utilizados en favor o en contra de la sociedad. A veces el mago pretende que espíritus, santos o poderes sobrenaturales le ayuden a solucionar los problemas de los clientes, pero el Ser Supremo o Dios no está nunca incluido en estas prácticas.

Las funciones sociológicas de magia son básicamente iguales en todas las partes del mundo y tienen mayor importancia en sociedades, donde los oprimidos no pueden defenderse contra sus opresores en una manera más adecuada o donde ellos pueden solucionar los problemas básicos de

hechos. Es importante que los hechiceros dicen que trabajan siempre como agentes de sus clientes. Los clientes tienen que asumir toda la responsabilidad por el crimen cometido por las manipulaciones del mago, quien es pagado por sus servicios.

Para que la hechicería sea eficaz, es indispensable que el hechicero mismo crea en la eficacia de sus actos y poderes y actúe "de buena fe". Sus clientes tienen que compartir las mismas creencias y el grupo social, especialmente la víctima, tienen que tener fe absoluta en los poderes mágicos, en caso contrario las manipulaciones del hechicero no tienen ningún resultado. Así el aspecto psicológico de los procesos mágicos tiene importancia primordial.

La hechicería es personal, se dirige contra un individuo y no contra el grupo.

Los ritos y prácticas mágicos son esotéricos y pertenecen al patrimonio cultural de una sociedad. Sin embargo, hay aspectos básicos universales. Herskovits (1941: 5-24) dice que las creencias mágicas pertenecen a la parte más íntima de la cultura y por tal motivo son menos afectados por la aculturación, hecho que se puede comprobar en caso de los campesinos venezolanos. Los hechiceros obtienen sus poderes y conocimientos de tradiciones, que se transmiten de generación en generación, pero a menudo son adaptados a nuevas situaciones. Así la hechicería constituye un arma tangible de la cultura. Es una ciencia oculta que se puede aprender.

Las artes mágicas se basan en diferentes asociaciones básicas:

- 1/ lo parecido causa lo parecido (magia simpática)
- 2/ cosas que estaban en contacto se quedan en contacto aun que son separadas (magia de contacto)
- 3/ para por todo.

Ad las técnicas mágicas: son universales: actos de imitación, de desorientación y de confusión, manipulaciones de imágenes, mutaciones, partes del cuerpo humano o de propiedad personal, reacciones, invocaciones, fórmulas estroicofónicas, encantamientos, etcétera. El poder puede ser localizado en la persona, en acción contra mago, en los términos unidos

tra manera. La magia le da más autonomía al hombre en sus actos sociales y económicos y es una presión alternativa de deseos frustrados del hombre. Se debe tener un espacio vacío por falta de conocimientos y las preocupaciones pragmáticas humanas.

En sociedades marginales se encuentran prácticas mágicas como mecanismos de defensa, cuando se pierden los valores tradicionales, hecho que se puede encontrar con frecuencia entre los inmigrantes rurales a las grandes ciudades en África y América Latina. Sin embargo, se cree que hay que establecer relaciones personales, por lo que la hechicería es personal.

El hechizo se dirige hacia un individuo y no hacia la sociedad en general. La magia surge de una situación de conflicto, cuando hay una tensión entre valores determinados, por ejemplo en casos de la magia del amor, cuando varias mujeres compiten por los favores del mismo hombre en una sociedad polígama. El hombre recurre a la magia cuando cree que superar una mala situación.

Es importante distinguir entre magia "blanca" y magia "negra", hechicería y brujería y es falso utilizar estos términos alternativamente, y que ocurre a menudo en la literatura respectiva.

Se practica la magia "blanca" en favor de la sociedad, de un grupo humano o de un individuo para lograr ciertos fines positivos, por ejemplo para proteger a una familia, una casa, un pueblo contra toda clase de mal, para "hacer lluvia" y para asegurar la fertilidad de la tierra, para curar personas de hechizos o asegurar éxito en los negocios.

La mayoría de los magos solo admiten que practican la magia en favor de la sociedad y acusan a sus colegas de ser hechiceros, pero en la práctica es difícil distinguir entre magia "blanca" y "negra"; un trabajo mágico, que supuestamente ayuda a una persona puede ser nocivo para otra. Caso que la mayoría de los que pretenden practicar magia pueden ser llamados a hacer cualquier "trabajo" en pero o en contra de la sociedad.

La hechicería es "magia negra" se acude a un hechicero para hacer un trabajo que cause daño al enemigo, para que muera, tenga mala suerte, venga enfermo o que salga de la aldea o del país. A veces se hechizan a otros magos o a personas para lograr los fines buscados por sus clientes, pero a menudo es difícil comprobar estos

o en los seres sobrenaturales, que invoca para intervenir en favor del enfermo.

En cambio, la brujería es una creencia compleja en la existencia de individuos, quienes pertenecen a una sociedad secreta de malhechores. Son brujos, porque pertenecen un espíritu ingenuo, que les hace cometer actos nocivos a los demás. Estos actos se dirigen hacia la sociedad en general o hacia individuos. En la mayoría de los casos, los brujos mismos creen que nacieron para hacer el mal y creen en las acusaciones dirigidas contra ellos. Las creencias acerca de la brujería son muy variadas en todas partes del mundo y adhieren a un patrón común. Se dice que los brujos se convierten en animales (mariposas, murciélagos, búhos), volando durante la noche para encontrarse con otros brujos debajo de grandes árboles en regiones apartadas, donde celebran "misas negras" o llevan a cabo ritos y bailes obscenos y otros actos raros. Se cree que los brujos convertidos en murciélagos chupan la sangre o la esencia de la vida de los niños inocentes, quienes tienen que morir, cuando no son protegidos adecuadamente.

Se dice que los brujos atacan de preferencia a sus propios parientes. Se detectan a los brujos porque tienen señales especiales en su cuerpo. Se dice que cuando el animal, en el cual se convirtió el brujo durante la noche, sufrió una herida, el brujo demuestra la misma herida en su cuerpo la mañana siguiente. Cuando vuelan durante la noche dejan su cuerpo físico en la cama y el alma no puede volver, cuando se riega el cuerpo con sal.

Siempre cuando existe un conflicto interno en una sociedad, algunas personas indeseables son acusadas de ser brujos. Así las creencias en brujería no permiten a personas excepcionalmente inteligentes o exitosas de subir más allá de sus conciudadanos, tienen que permanecer al mismo nivel socio-económico como sus parientes y vecinos. En caso contrario son acusados de ser brujos y que hicieron un pacto con el diablo o de usar poderes sobrenaturales nocivos. A menudo los brujos tienen sexo femenino.

Las creencias en brujería son similares en África Occidental y Europa, hecho que fue demostrado por Parrinder (1936). Estas creencias fueron importadas al Nuevo Mundo desde España y quizás desde África también. Forman parte del patrimonio popular en todos los países latino-americanos.

En Venezuela las prácticas mágicas y la hechicería son relacionadas íntimamente con:

- 1/ la devoción a los santos católicos
- 2/ al Culto de María Lionza
- 3/ a ritos de curación
- 4/ a ritos agrarios
- 5/ a la magia protectora (amuletos, talismanes)
- 6/ la creencia en espíritus y almas desencarnadas vagantes.

La "magia blanca" sirve para curar enfermedades, para resolver problemas de los clientes, para proteger contra la mala suerte y todo lo malo, para aumentar la virilidad en los hombres y la fertilidad en las mujeres, para encontrar empleo, para tener suerte en los negocios, para escapar de la cárcel, para asegurar una buena cosecha y proteger a los animales domésticos y para asegurar el bienestar en general de los individuos y de la comunidad. Todas las necesidades y aspiraciones humanas están incluidas. La gente trata de satisfacer anhelos que no se logran por medios naturales o con los recursos económicos limitados bajo su control.

La "magia negra" o hechicería se practica para vengarse, para castigar a alguien por un acto maligno o para deshacerse de un cónyuge. Los motivos personales tienen más importancia que las aspiraciones de la comunidad.

Aunque entre los practicantes de magia se encuentran más personas que pertenecen a las clases bajas, estas creencias no son propias exclusivamente de la gente humilde y pobre o ignorante. En Venezuela muchas personas educadas y ricas consultan los "iluminados", y gastan grandes cantidades de dinero por "trabajos esotéricos" o amuletos. Se dice que el dictador, General Juan Vicente Gómez defendió a los hechiceros, siendo su concubina favorita una sacerdotisa del Culto de María Lionza. Solía consultar un famoso "iluminado" en Maracay antes de tomar decisiones importantes. Los mismos cuentos circulan también con respecto al General Pérez Jiménez o al Presidente Rómulo Betancourt.

Muchos ritos mágicos tienen orígenes indígenas y españoles, pero a menudo se atribuyen los mejores conocimientos en el campo esotérico a los hechiceros afroamericanos. En la época colonial, los magos negros fueron consultados por sus amos blancos; quienes siempre tenían mucho miedo de las manipulaciones malignas contra ellos por parte de los esclavos.

Como nota Roger Bastide (1967), los rasgos culturales de origen africano no se encuentran en la actualidad solamente entre los descendientes de los esclavos, sino penetran también al mundo de los blancos y mestizos en el área caribe y en muchas partes de América Latina, donde un lento proceso de aculturación y de mestizaje causó la amalgamación de las ritos culturales diferentes.

Es interesante notar que tanto en África como en Sudamérica, la urbanización y el éxodo rural causaron la dispersión y reafirmación de la magia y de cultos mágico-religiosos hacia los grupos marginados de campesinos urbanos, quienes por causa de la migración a menudo pertenecen su base económica segura que tenían en el ambiente rural, mientras que luchaban por incorporarse a la sociedad moderna materialista y competitiva, cuya ideología es ajena a la suya. Cuando fracasan, buscan una explicación por su derrota y buscan una víctima propicia: en este caso acusando a alguien de hechicería. Piensan que el hechizo impide el encuentro de un trabajo estable o el éxito en los negocios, porque no quieren admitir que la culpa del fracaso está en ellos mismos. Los que sí tienen éxito, por suerte, por su mejor preparación y su diligencia, un acusado de recurrir a prácticas de hechicería para lograr estos fines.

Cuando se estudian las prácticas mágicas, hay que evaluar cuidadosamente los cuentos de los informantes, quienes a menudo relatan cuentos fantásticos acerca de hechiceros, quienes pueden resucitar a los muertos, o acerca de sociedades secretas de brujos y sus ritos masculinos ocultos en cementerios, etc. Estos cuentos forman parte del folklore a menudo originado en pesadillas y sueños. Muchas personas no quieren hablar sobre magia. Pero para ellos la magia y la hechicería existen verdaderamente.

Aquí hay algunos ejemplos para mostrar como los santos son involucrados en estos mágicos. En el catolicismo popular, ciertos santos son responsables para ciertos objetivos. Para escaparse de la cárcel, se dice que dirigieron una oración a San Marcos de León. San Antonio ayuda

a una muchacha para encontrar un marido. San Cipriano es considerado el protector o patrono de los hechiceros. La gente cree que los santos tienen las mismas debilidades que los hombres, pueden ser irresponsables, borrachos o mujeriegos. Hay que conocer su carácter para evitarlos, de manera que ellos hacen caso a las súplicas. Cuando se desea que el santo haga un milagro, hay que hacer un contrato con él, cuando hace caso de las súplicas, es indispensable pagar el costo en seguida y sin regatear, en caso contrario el santo se enfada y toma venganza.

Si el santo no hace caso a las oraciones, los devotos pinchan la estatua con agujas o ponen la imagen con la cabeza para abajo. Se usan litografías y oraciones impresas para fabricar amuletos. La Santa Cruz tiene importancia en muchos ritos mágicos. Se colocan velas en forma de cruz delante de la imagen de una persona a la cual se quiere hacer daño. Se colocan puñales en forma de cruz delante de la cama, para que los espíritus no puedan molestar a las personas adormidos. Crucifijos metálicos se usan con frecuencia en ritos exorcísticos.

Muchas personas tienen su "santo de devoción especial", a menudo el santo que tiene el mismo nombre. Hay que tratarle bien, para que proteja a su adepto. Las relaciones ambivalentes y muy personales entre los hombres y los santos, el uso de las fuerzas sobrenaturales en ritos mágicos, las relaciones "comerciales" entre devotos y santos y la humanización de los santos son rasgos muy característicos para las actitudes de los africanos hacia sus divinidades.

La magia con respecto a ritos de curación será mencionada en los capítulos siguientes.

La creencia en espíritus está relacionada también con ritos mágicos. Muchos negros venezolanos creen que cada persona posee dos almas. El alma-fuerza vital vuelve donde Dios después de la muerte, mientras que el alma-sombra se queda todavía en el mundo por algún tiempo cerca de la casa del difunto y puede molestar a los vivos, hasta el final de los ritos funerarios. La gente cree que estos espíritus pueden ser capturados por los hechiceros para fines malignos. Para evitar que los espíritus no aparezcan más a los parientes vivos y causar daños, hay que despacharlos de manera apropiada y es necesario protegerse de sus travessuras. Algunos dicen que los hechiceros pueden cobrar el alma de una persona viviente, porque las almas-sombra tiene la mala costumbre de vagar por el mundo, mientras que la persona duerme.

Algunos practicantes de magia son especialistas en la fabricación de amuletos, que son llamados "macutos" en algunas partes del país o de "contras" cuando tienen que neutralizar el mal. Se llevan amuletos para protección contra el mal, para lograr ciertos fines, para tener buena suerte, etc. Son fabricados de una variedad de ingredientes: hojas, hierbas, raíces, tierra, piedras, huesos, pelo, uñas, hojas impresas de oraciones, velitas, sangre, cuero y trapos.

El mago hace el amuleto para su cliente para fines específicos. El amuleto por sí mismo no tiene valor alguno, tiene que ser dedicado y consagrado de manera apropiada. A menudo el mago purifica al cliente, antes de que entregue el amuleto y el hechizo sólo es eficaz cuando el precio apropiado ha sido pagado por el objeto mágico. A veces el portador del talismán tiene que observar ciertos tabús y reglas, en caso contrario el objeto pierde su fuerza. De vez en cuando el amuleto debe ser lavado en decocciones de hierbas o en agua bendita para reforzar sus poderes. Este hecho, así como también la prohibición de regatear su precio son rasgos típicamente africanos. Los negros en África Occidental observan tabús, cuando llevan amuletos y la consagración del objeto tiene gran importancia (Herskovits, 1938, II: 256).

Un talismán popular en Venezuela es la "piedra imán", que los adeptos llevan en un estuche de cuero alrededor del cuello o en el bolsillo. Hay que lavar la piedra de vez en cuando con agua sagrada, de preferencia en la mañana de un viernes después de la misa. Algunas personas llevan medallas religiosas de santos o de la Virgen, que riegan con agua bendita, o estuches pequeños de cuero conteniendo oraciones impresas, al igual que los habitantes de África Occidental, quienes llevan versos del Corán impresos en estuches alrededor del cuello o consideran que versos del Corán copiados de un Mullah y debidamente consagrados por el sacerdote musulmán son amuletos muy potentes.

En Venezuela se preparan filtros mágicos: un líquido es metido en una botella, se coloca detrás de la puerta principal de la casa. Cuando alguien echa un daño contra el propietario de la casa, el líquido se vuelve rojo, es decir se queda en la botella y no puede causar daños a la víctima. Es necesario cambiar el filtro cuando ocurre eso, porque puede neutralizar un hechizo una sola vez. La planta de "zabila" (*Aloe Vera*), consagrada en la iglesia en ocasión de las ceremonias del Viernes Santo, sirve como filtro. Cuando se seca, quiere decir que ab

sorbió un "daño". Hay que quemarla en seguida. Hay filtros que en la creencia del pueblo devuelven el "daño" al enemigo.

Los campesinos se sirven de prácticas mágicas para asegurar la fertilidad de los campos y para proteger la cosecha contra lluvias y tormentas. Se colocan objetos mágicos en los campos para alejar a los ladrones.

En algunas comunidades negras de Venezuela, bailadores enmascarados aparecen en las calles el día de Corpus Christi. Los bailes sirven como ritos exorcísticos para asegurar el bienestar de los habitantes del pueblo y para asegurar una buena cosecha. En África hay muchos ritos agrarios en conexión con bailes enmascarados (Pollack-Eltz, 1969: 1970, 1979).

En tiempos anteriores había hombres en el campo quienes sabían "hacer lluvia", pero esta "ciencia" se perdió hace mucho tiempo. Sin embargo, los animales estériles son sometidos a curaciones mágicas.

Aquí hay algunas prácticas de hechicería muy comunes: Se acusa a los malhechores de echar polvo amarillo o blanco a la entrada de la casa de la víctima. El que toca el polvo, coge el "daño". Se cuenta que los hechiceros fabrican paquetes mágicos, "bojotes", que entierran delante de la casa del enemigo, se pisa el paquete, el "daño". La mala suerte o enfermedades son transmitidos por pedacitos de papel o cualquier objeto botado en el camino del enemigo. Quien toca el objeto coge el "daño". Dicen que se puede transmitir un hechizo a un animal. Para deshacerse de un "daño" se transmite al animal que luego es sacrificado, sus restos son enterrados en un lugar apartado. La gente cree que es posible hechizar a una persona sólo por medio de encantamientos o fórmulas mágicas, desde lejos pero pueden ser más efectivos cuando se rezan sobre una prenda personal o un objeto que ha estado en contacto con la víctima.

El uso de "muñecas", hechas de cera, madera y objetos de propiedad personal de la víctima es muy común en todas partes del mundo. Para dañar a la persona las muñecas son perforadas con agujas o el mago reza encantamientos sobre el objeto.

Prácticas asociadas a la magia de amor, tienen mucha importancia en Venezuela, como tienen funciones sociales definitivas. La mayoría de los clientes de estos especialistas son mujeres.

ANEXO 11

POLLAK-ELTZ, A. (1987). La Medicina Popular
en Venezuela. Academia Nacional de la
Historia, Caracas.

11

YERBATEROS

Tanto en las aldeas del interior, como en muchos barrios humildes de las grandes ciudades venezolanas, se puede consultar a curanderos, quienes trabajan exclusivamente con remedios a base de hierbas. Pueden ser hombres o mujeres. A menudo ya tienen cierta edad y gozan de gran respeto en la comunidad. No pretenden tener una vocación sobrenatural, sino cuentan que aprendieron los conocimientos necesarios para ejercer su profesión de pacientes o como aprendices de otros curanderos. Algunos yerbateros en el campo son analfabetas, otros están orgullosos de poseer una pequeña biblioteca con libros sobre medicina y botánica.

En la actualidad los agentes de las grandes empresas farmacéuticas visitan regularmente a los yerbateros de reputación, para distribuir muestras gratuitas de nuevos medicamentos químicos. Algunos curanderos aplican estos remedios, pero prefieren los remedios tradicionales y naturales, porque saben de los efectos nocivos de las drogas modernas. En cambio utilizan con frecuencia algunos tónicos y medicamentos conocidos desde hace muchas décadas, que a menudo son fabricados en farmacias o "boticas" del interior y aplicados como simples remedios caseros por todos los campesinos. Se trata de fortificantes y calmantes, que contienen sustancias herbales. Algunos yerbateros prescriben también vitaminas de fabricación comercial.

Los yerbateros son consultados por amigos y parientes del mismo pueblo o de las aldeas vecinas. Algunos tienen gran fama y sus clientes vienen de lejos. A menudo los habitantes de los barrios urbanos viajan a pueblos distantes para consultar yerbateros en el interior de la República.

Una consulta cuesta entre Bs. 50 y Bs. 80 (US. \$ 2-3). Así el yerbatero suele ganar mucho menos que un curandero/espiritista, que cobra centenarios de bolívares por "trabajos mágicos". Sin embargo, algunos yerbateros viven bastante bien, poseen casas confortables y buenos carros. Algunos emplean secretarías, que anotan las prescripciones y preparan tónicos.

Los yerbateros de gran fama tienen sus horas fijas de consulta y abajan 5 ó 6 días por semana. Los sábados y domingos son los días de más movimiento, puesto que los clientes trabajan durante la semana y sólo pueden ver al curandero durante el fin de semana.

Casi todos los yerbateros trabajan en su propia casa en un cuarto reservado como consultorio. Los pacientes suelen esperar afuera en un patio o en una sala de espera. Cuando llegan muchos clientes, se distribuyen números y a veces sólo aceptan entre 30 y 40 pacientes diarios. veces hay que hacer una cita con anticipación. A menudo los enfermos esperan con gran paciencia durante varias horas.

El consultorio contiene pocos muebles; una mesa, dos o tres sillas, un escritorio y un esquinete lleno de botellas, hierbas y a veces libros. A diferencia con los consultorios de los curanderos/espiritistas el cuarto contiene un altar y por ningún lado se ven litografías de santos o velas encendidas. Los clientes son llamados uno a uno, porque la consulta es un asunto privado. Los demás pacientes no están presentes durante la sesión, lo que ocurre con frecuencia en los centros espiritistas, donde las conversaciones entre curandero y cliente se lleva a cabo en presencia de todo el mundo.

Para diagnosticar, algunos yerbateros examinan cuidadosamente la muñeca del paciente, que tiene que ser de la misma mañana. Otros le miran fijamente en los ojos y examinan las palmas de las manos, las arrugas y el comportamiento general del enfermo. Las preguntas que le hace el curandero no se refieren solamente a los síntomas de la enfermedad, sino también a las condiciones generales de salud, su vida privada y sus problemas sociales y económicos.

Por regla general, los yerbateros no creen en causas sobrenaturales de las enfermedades y tratan sus pacientes con remedios naturales. No practican exorcismos. Sin embargo, a veces dicen a los pacientes, que los remedios herbales tienen que ser consagrados en la iglesia para

hacerlos más efectivos. En otros casos el enfermo tiene que rezar a los santos, mientras que toma la infusión o tiene que rezar una oración cuando prepara la decocción. Estas oraciones tienen valor psicológico. No cabe duda que algunos yerbateros llevan a cabo exorcismos también, aunque ellos mismos no creen necesariamente en magia. Sin embargo, se dan cuenta que los pacientes están convencidos de que la enfermedad fue "puesta" y que es necesario hacer un rito apropiado para tranquilizar al enfermo. Los yerbateros saben que hay enfermedades psico-somáticas, que no responden a otros tratamientos.

Algunos yerbateros preparan sus propios remedios que venden a los clientes. Hacen largas excursiones al monte con el fin de recolectar las plantas y raíces apropiadas. Luego hacen sus "preparados" y "compuestos" (infusiones, decocciones, mezclas de ron con hierbas, etc.).

En el campo siembran hierbas medicinales en su propio jardín y venden las hojas secas o frescas, las flores y las raíces a los pacientes, quienes deben hacer las infusiones. En la ciudad, los yerbateros sólo prescriben los remedios y los clientes mismos tienen que conseguir las sustancias apropiadas. Se consiguen hojas secas, semillas y raíces en los mercados libres o en las perfumerías. En el campo, muchos campesinos suelen sembrar hierbas medicinales de uso común en el patio de la casa o en el jardín.

Algunos yerbateros emplean aprendices, quienes recolectan las hierbas, preparan las decocciones y venden las sustancias a los enfermos.

Los yerbateros se pueden comparar a los médicos de familia de los tiempos pasados. A menudo conocen bien a sus pacientes y a otros miembros de la familia. Basan su diagnóstico no solamente en los síntomas observados, sino en otros factores también, tales como las circunstancias de la vida, los problemas con familiares, la situación económica, etc. A menudo tienen éxito, cuando los médicos modernos habían fracasado.

Vamos a hacer una breve descripción de los yerbateros que he conocido en diferentes partes de Venezuela:

1/ C. es yerbatero. Vive en Los Valles del Tuy a 35 Kms. de Caracas. Tiene 40 años, sabe leer y escribir y está interesado en la medicina moderna. Es triqueto. Aprendió la profesión de su padre y de su

abuelo. Ambos eran curanderos/yerbateros de gran fama en esta zona. C. atiende clientes no solamente del pueblo donde vive y las aldeas vecinas, sino también de Caracas. A menudo los pacientes llegan ya a las 6 de la mañana para conseguir cupo y luego esperan largo rato en el patio delante del consultorio.

C. no cree que espíritus o brujos pueden causar enfermedades y trabaja casi exclusivamente con remedios herbales. Sin embargo, en algunos casos prescribe vitaminas o tónicos de fabricación industrial.

Trabaja de martes a domingo, pero solamente cuando hay sol, porque examina la orina de sus clientes a plena luz del sol, para averiguar las causas del malestar.

Una consulta individual dura hasta 30 minutos. Toma su tiempo, aun cuando muchos pacientes esperan afuera. Su hija es la secretaría y toma nota de las prescripciones. A veces C. prepara sus propios remedios "compuestos", pero en la mayoría de los casos explica a los clientes donde conseguir las sustancias y como hacer decocciones o cataplasmas.

Sólo en casos excepcionales C. lleva a cabo unos ritos exorcísticos, cuando los pacientes están convencidos que la enfermedad fue causada por envidia o hechicería. Fuma un puro sobre el paciente y reza unas oraciones apropiadas. C. sabe muy bien que la sugestión y la fe pueden producir milagros, ante todo cuando se trata de enfermedades psicosomáticas o mentales, sin embargo prefiere los tratamientos naturales.

2/ P. es otro yerbatero de fama nacional. Hace 20 años solía vivir en un caserío en la carretera de la Gran Sabana, a 1.300 Kms. de Caracas (Estado Bolívar). En aquella época tenía unos 45 años. Antes de convertirse en médico popular, trabajó por muchos años en las minas de oro y de diamantes en el Alto Caroní y luego como enfermero en un pequeño hospital rural. Por una temporada vivía también entre los indios Pemones, de los cuales aprendió a curar muchas enfermedades crónicas.

En el mismo caserío vivió un hindú de Trinidad, quien era el socio de P. Recolectaba las plantas medicinales en las selvas vecinas para preparar los remedios, que solía vender a los pacientes de P.

Creó la fama de P. y pronto los enfermos llegaron de Caracas, Ciudad Bolívar y de otras ciudades del Oriente del país. En aquella

época, el viaje desde Caracas al lugar apartado duraba dos o tres días. Pronto el sitio se convirtió en un campamento. Los vecinos construyeron ranchos para hospedar a los pacientes y algunas mujeres abrieron restaurantes o vendieron cerveza y Coca-Cola a los viajeros. Los dueños de los "por puestos" y taxis que trajeron a los enfermos ganaron bien en largos viajes que hacían.

A menudo los enfermos tenían que esperar algunos días para consultar a P. y para luego conseguir los remedios del hindú. Hace 20 años P. cobró Bs. 5 (\$ 1,25) para una consulta y un "preparado" tenía el mismo precio.

Hace más de diez años, el viejo trinitario murió y P. se mudó un lugar en la carretera entre Maturín y Ciudad Guayana, para estar más cerca de sus clientes. Todavía los pacientes forman filas esperando su cupo, pero el hospedaje es más confortable. Las consultas cuestan ahora entre Bs. 30 y 40 y los clientes me dicen que ahora P. practica exorcismos también.

3/ M. es una vieja señora mulata. Reside en un pueblo de la costa central. Durante toda su vida era partera y tiene más de 6 hijos. Aunque no practica más su profesión, los aldeanos siempre la consultan cuando tienen malesares y ella prescribe tratamientos caseros a base de hierbas. M. es analfabeta, pero a pesar de su avanzada edad (quizás 80 años) identifica más de 120 plantas medicinales, que usa en forma de infusiones y cataplasmas.

No tiene consultorio, pero los vecinos la visitan en su casa y le traen regalos para recompensar sus consejos.

POLLAK-ELTZ, A. (1987). LA MEDICINA POPULAR
EN VENEZUELA. ACADEMIA NACIONAL DE
LA HISTORIA. CARACAS.

ENSALMOS

ANEXO 12

Ensalmos son fórmulas mágicas, oraciones o encantaciones, que sirven para exorcismos, para curar enfermedades, para alejar malas influencias y para asegurar el bienestar general de una persona y su familia.

En los capítulos sobre la curación de mordeduras de culebras; de la enfermedad del Mal de Ojo y otras enfermedades populares, hemos ya mencionado algunos ejemplos de tales fórmulas mágicas, utilizadas en ritos específicos. Tanto los curanderos/espiritistas como los yerbateros usan ensalmos. En algunos pueblos viven "ensalmistas" quienes recitan oraciones sobre los enfermos, especialmente en caso de la enfermedad de Mal de Ojo y de culebrilla o erisipela.

Los yerbateros y curanderos dicen que no se debe recitar estas fórmulas delante de un gran público, porque pierden su poder. Es difícil convencer a un ensalmista de indicar las oraciones al antropólogo, porque las fórmulas son secretas y no deben ser reveladas a forasteros. Pueden "robar" el ensalmo y utilizarlo de manera inapropiada.

Las oraciones y fórmulas a menudo se refieren a un santo o al Gran Poder de Dios o a la Santa Trinidad. Ciertos santos son invocados con frecuencia por los ensalmistas: San Marco León, San Pantaleón, San Cipriano, San Juan, San Rafael, la Virgen del Carmen, San Benito, San Judas Tadeo, Santa Rosa de Lima.

Se rezan los ensalmos sobre el paciente, sobre la herida o la parte del cuerpo afectada por la enfermedad. El ensalmista se comporta de manera estereotípica cuando reza: hace la señal de la cruz sobre la frente del paciente o sobre su cabeza o la parte enferma, mientras que murmura la fórmula mágica. A veces toca al paciente con un crucifijo o un puñal o le pega con hierbas en la cara y en el cuerpo. Estas hojas tienen que ser quemadas en seguida.

En algunos casos el paciente toma un remedio, mientras que el ensalmista reza sobre él, o él mismo tiene que rezar la oración apropiada. Se cree que los ensalmos revitalizan los poderes curativos de los remedios hierbales o dan fuerza a estos remedios o provocan el éxodo de los espíritus malos o atraen a los espíritus buenos, a los santos, María Lionza o a Dios para ayudar al paciente a superar su enfermedad.

En términos psicológicos: los ensalmos aumentan la confianza del paciente en sí mismos y en el curandero y calman sus nervios. Está seguro que todo ha sido hecho para que mejor pronto, que los espíritus y santos intercedan y que pronto sus problemas sean solucionados.

Los magos que pretenden hacer obras buenas, con frecuencia usan ensalmos para invocar a los espíritus buenos, a los santos y a Dios, pero hay otras fórmulas usadas por los que practican la hechicería: invocaciones a Satanás, a los espíritus del mundo inferior. Hay fórmulas que supuestamente causan daño al enemigo. El poder de las palabras tiene importancia en estas prácticas mágicas.

Los ensalmos son transmitidos oralmente en la familia y son secretos, sólo en casos excepcionales son preservados por escrito, por el peligro que posean caer en manos de forasteros. Sin embargo, en la actualidad se consiguen muchas fórmulas impresas que se refieren a los santos, a María Lionza y a espíritus. Las hojas contienen indicaciones, para saber como utilizar las oraciones y cuales son los ritos quienes deben acompañar los rezos para tener la mayor eficacia. Eso comprueba la creciente comercialización de la magia. Además, la intervención del ensalmista ya no es más necesaria, puesto que todo el mundo puede servirse del ensalmo en la manera descrita.

El siguiente ensalmo se usa para alejar el mal y fue recolectado en La Chauspa (Distrito Federal). Mientras el curandero reza la fórmula, hace la señal de la cruz sobre la frente del paciente, sobre su barriga, sus piernas y sus brazos:

El Gran Poder de Dios me valga
y de la gran fuerza de la fe
las tres divinas personas y la Santísima Trinidad
me acompañen todas tres
se sirva librármeme y ampararme
de todos mis enemigos visibles e invisibles

bautizados y sin bautizar
que tu libre me veo yo en este día
en esta hora y en este momento
conforme como estuvo Jesús en el vientre de María
todos los santos estén conmigo
toda la gloria y toda la paz mis enemigos quedan atrás
Paz Cristo, Cristo Paz. Amén.

Para limpiar el cuerpo de todo el mal, se reza la fórmula siguiente mientras que se rocia el paciente con agua bendita y se toca con un crucifijo:

Casa de Jerusalén, donde Jesucristo entró
Entrando el bien del más allá
Jesucristo también, que del mar vino de espigo
libre de mal para mí y para mis amigos.

Antes de que el curandero reza el ensalmo, pregunta por el nombre del paciente y luego invoca el nombre, mientras que hace la señal de la cruz sobre todo el cuerpo:

Fulano de tal, yo te curo y te ensalmo
en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo. Amén.

El ensalmo siguiente es dirigido a San Luis Beltrán. El curandero enciende una vela y mientras que hace la señal de la cruz sobre la cabeza del paciente dice:

San Roque y San Sebastián, lo que hacía y lo hace
con caridad y buenas obras, criatura de Dios
yo te ensalmo y te curo en el nombre de las tres divinas personas
y la Santísima Trinidad, Padre, Hijo y Espíritu Santo
Tres personas distintas y una esencia soberana
Virgen antes del parto y después del parto
Te suplico que me liberes y sanes
a esta tu afligida criatura, afligida de enfermedad.
Amén. Jesús. Amén.

Cuando se pega una espina en la garganta, el curandero reza el siguiente ensalmo, mientras que el paciente toma una cucharada de aceite de coco:

Santa Rita tu que eres digna y gloriosa con corona imperial
Así como bendeciste la misa, la hostia, el cefiz en tu santísimo altar.
San musicísimo Blas, con tu música que encantas los males
[de esta garganta.
Paz Cristo. Cristo Paz. Amén.

El siguiente ensalmo se reza para alejar a los malos espíritus (Olivero Figueras, 1947):

Hombre, uno de las 13 palabras tornadas al mundo
Dime la una, Hombre hijo, no siervo de Dios sí:
De las 13 palabras tornadas al mundo te diré la una:
La cosa santa de Jerusalén, donde murió Cristo
[por darnos la gloria. Amén.

La siguiente oración se dirige a la "Virgen de las Cuatro Cabezas" para alejar las malas influencias de los brujos:

Virgen de las cuatro cabezas, Virgen de los milagros
Aparte los hechizos de mi camino
como el trueno quita los relámpagos
Limpia mi casa, limpia mi espíritu, limpia mi cuerpo
que no llegue más a mí la brujería
o Virgen de las cuatro cabezas; Virgen poderosa,
que todo lo que pida, lléjete a mí
que todo lo que pida, se haga verdad.
o Virgen Milagrosa, seré fiel a tí; sí óyes mis súplicas
Salvame que soy bueno, óyeme, óyeme, Virgen de las cuatro
[cabezas.

La oración siguiente se puede conseguir en una perfumería: Se enciende una vela y se coloca en un plato, se rocía la vela con agua y se añaden cinco granos de sal:

Esta vela que te prendo, que se prende a fulano de tal
Es la vela del Santísimo Sacramento del Altar
Y esta agua que depositan en el laboratorio que Jesucristo
[tuvo en la cruz

Y estos cinco granos de sal que componen el Sirio Pascual,
Y en esta fe y en esta creencia, les pido al Ángel de la Guardia,
A la Santísima Trinidad y a San Marcos de León
Que me hagan venir a fulano de tal, manso y humilde a mi casa.

Esta oración se vende también en las perfumerías. Se reza siempre cuando el adepto necesita ayuda de espíritus poderosos.

ORACIÓN A LA REINA MARÍA LIONZA, ENCANTADA E ILUMINADA MONARCA

Tu culto es la gloria, tu nombre es divino, tu amor es la antorcha,
que alumbró el camino de vuestra conciencia, derrama tu luz, de
fe y de esperanza al Divino Jesús.

Reina María Lionza, por tu poder, por los Siete Espíritus que
te acompañan, no dejes que las estrellas me maldigan, ni que
el cielo me boque la ilusión, ni que Satanás, ni los brujos, me
destruyan a este pobre corazón.

Te suplico en compañía del Espíritu del Monarca Hogan Be-
lenillo, del Espíritu de Saúl Lembo, del Espíritu de Candelo Sodi-
le, del Espíritu de Gede Limbó, porque yo sin tí no tengo ni
dicha, ni consuelo, ni gloria tiene el cielo, ni vida el corazón,
y así, de qué me sirve vivir en este mundo, sin brújula y sin
tumbo, y sin remo ni timón. Amén.

El adepto tiene que recitar ahora tres Ave María y tres Padre
Nuestro.

Es interesante notar como los conceptos cristianos y espiritistas
están sincretizados en esta oración.

En el ensalmo siguiente son invocados los tres espíritus más im-
portantes del Culto de María Lionza, mientras que se quema incienso
delante de su altar:

ORACIÓN A LAS TRES POTENCIAS

O dulce y milagrosa *María Lionza*, dechado de belleza y bondad, que con *Guacárapo*, vigoroso cacique, vencedor de cien batallas, y el cerebral y poderoso *Negro Felipe*, devoción y anhelo os ruego colméis mi existencia para que la vida me sea llevadera, alejando de mí senda a enemigos y envidiosos, criminales y ladrones, tramposos y embaucadores y en cambio me vea rodeado de amigos desinteresados.

Esta oración se debe rezar todas las noches durante una semana.

La oración siguiente es dedicada a las "Siete Potencias Africanas", quienes en la actualidad juegan un rol cada día más importante en el Culto de *María Lionza*. Estos espíritus son las siete divinidades Yoruba más importantes de la Santería Cubana. Los espíritus fueron introducidos en el Culto de *María Lionza* en el curso de los últimos 15 años. Es interesante notar que la mayoría de sus adeptos desconocen su origen africano en Nigeria y la procedencia cubana. Se invoca a los espíritus africanos, considerados muy poderosos, para que lleven las súplicas de los fieles donde Dios.

ORACIÓN A LAS SIETE POTENCIAS AFRICANAS

O siete potencias que están alrededor del santo entre todos los santos, humildemente me arrodillo ante vuestro cuadro milagroso, para implorar vuestra intercesión ante Dios, padre amoroso que protegeis a toda la creación, animada e inanimada y os pido, en nombre del santísimo y dulce nombre de Jesús, que accedáis a mi petición y me devolváis la paz de espíritu y la prosperidad material, alejando de mi casa y quitando de mi paso los escollos que son la causa de mis males, sin que jamás puedan volver a atormentarme, mi corazón me dice que mi petición es justa, y si accedéis a ella, añadiréis más gloria al nombre bendito por los siglos de los siglos de Dios Nuestro Señor, de quien hemos recibido la promesa de pedir y os daré: así sea en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo. Oídme Chungó, escuchadme Ochú, atiéndeme Yemallá, mírame con buenos ojos, Obatalá, no

me desamparéis, Ogún, séme propicio, Orula, intercede por mí, Eleguá. Concedéme lo que te pido por la intercesión de las Siete Potencias Africanas, o Santo Cristo de Olofin, por los siglos de los siglos seas bendito. Amén.

Hay que rezar esta oración todas las noches durante una semana. Hay que hacer la señal de la cruz antes de empezar el rezo y al final de la invocación, hay que decir lo que se desea conseguir. Hay que quemar incienso cada vez cuando se reza la oración. El problema se soluciona milagrosamente al cabo de una semana.

Esta oración es un buen ejemplo del sincrismo aparente tanto en el culto de *María Lionza*, como en el catolicismo popular.

En el curso de los últimos años, quizás bajo la influencia del Movimiento Carismático en la Iglesia Católica, los fieles invocan con frecuencia al Espíritu Santo para solucionar sus problemas.

La siguiente oración tiene que ser recitada tres veces durante tres días consecutivos. Luego es indispensable su aparición pagada en un periódico importante con la firma del solicitante. Sólo ahora el adepto debe pronunciar su deseo. Cuando se soluciona su problema, el creyente coloca otro anuncio en el periódico para "dar gracias al Espíritu Santo por el favor recibido", con su firma.

Es interesante notar que la fórmula idéntica es utilizada por los fieles en México, Colombia, Argentina y la República Dominicana. Podría encontrar idénticos anuncios en los periódicos de Santo Domingo, Bogotá, México y Buenos Aires. El Movimiento Carismático oficial niega tener alguna relación con la devoción al Espíritu Santo manifestada en estos anuncios, sin embargo a mi parecer estas prácticas empezaron simultáneamente en los países latinoamericanos y al mismo tiempo que el Movimiento Carismático. A veces encontré más de 30 anuncios en un solo periódico.

En los últimos años se publican también oraciones y anuncios de gracia dirigidos a San Judas Tadeo, la Virgen del Carmen, el Ángel Guardián, San Lucas el Médico y otros santos. Los anuncios para dar las gracias al Dr. José Gregorio Hernández y a *María Lionza* son bastante comunes. A veces un anuncio cubre la mitad de una página. Estas prácticas demuestran la creciente comercialización de la vida mágico-religiosa en Venezuela.

ANEXO 13

Parteras tradicionales

- ◆ **son mujeres que se encargan de atender a las madres durante el embarazo, puerperio y son mujeres muy reconocidas y respetadas, a menudo trabajan en condiciones muy pobres con escaso acceso a servicios de apoyo y poca capacitación.**
- ◆ **Normalmente atienden a mujeres de escasos recursos y su ubicación es en las zonas mas pobres de un país, muchas o casi todas las mujeres atendidas por parteras tradicionales carecen de acceso a una atención obstétrica básica, particularmente en situaciones de emergencia las parteras tradicionales no pueden atender crisis como Pre-eclámpsia, infecciones o hemorragias.**

Parteras tradicionales

- ◆ **Las mujeres que hacen o hacían el papel de comadronas a pesar de ser mujeres poco instruidas académicamente fueron y son mujeres muy bien instruidas en el área de la salud y medicina alternativa (en la preparación para el parto) por médicos graduados de ciudades quienes se encargaban de dirigirse hasta esas zonas de bajos recursos a instruir a las comadronas para tan larga y complicada labor.**
- ◆ **A las comadronas se les otorgaba una licencia para partear y con esta se presentaban ante las leyes, en caso de un parto fallido, si la causante del fallecimiento era la partera la licencia podía ser retirada o suspendida.**

Parteras tradicionales



- ◆ El trabajo de las parteras no solo era atender a las mujeres en el momento del parto sino que también se encargaban de:
 - ◆ Durante el embarazo:
 - ✓ Sobar la barriga de la madre durante el embarazo
 - ✓ Rezar sobre la barriga con una reliquia implorándole a la virgen del carmen por la madre y el bebe.
 - ✓ Atendían a la mujer cada ocho (8) días durante sus meses de gestación.
 - ◆ Al momento del parto:
 - ✓ Atendían a la mujer y le hacían baños calientes para hacer bajar al bebe.
 - ✓ Preparan bebidas como: guarapo de canela, clavo, jengibre, para apaciguar los dolores.

- ✓ Le hacían el tacto alas mujeres para saber en que estado se encontraba ella y el bebe.
- ✓ Utilizaban la luna para saber a que hora iba a parir
- ✓ Cuando la mujer daba a luz atendían el parto con paños calientes y agua tibia.
- ✓ Cortaban el cordón umbilical con un cuchillo caliente.
- ✓ Después de nacido el niño de encargaban de enterrar la placenta (vieja creencia).
- ◆ Después del parto:
 - ✓ Purgaban a la madre a las cuatro de la mañana del dia siguiente con castor
 - ✓ Se encargaban de colocarle el nombre al recién nacido esto debía ser lo que marcaba el calendario y de segundo nombre le colocaban el nombre de un santo o una virgen.
 - ✓ Cuidaba la madre durante 40 días siguientes al parto.
 - ✓ Las mujeres debían tener las cabeza y los pies lo suficientemente cubiertos.

- ✓ No permitían visitas a la madre o al bebe luego de las 5.00 PM.
- ✓ enseñaban a la mujer a curarle el ombligo al bebe y como amamantarlos en caso de ser primerizas
- ✓ No dejaban que la madre comiera: arroz, papa, huevo o queso, según los primeros eran fríos y le harían daño al bebe y el queso lo emparcha.
- ✓ No dejaban a la madre tomar agua cruda, debía ser agua cocida y de montes conocidos.
- ✓ La comadrona se convertía en la madrina compromiso religioso del bebe, y la comadre de ambos padres.
- ✓ preparaban una bebida llamada CHINGUIRITO para celebrar el nacimiento del niño (a) (canela, clavo, anís estrella, jengibre, ron blanco y papelón)
- ✓ No permitían que la mujer saliera a la calle sin fajarse.

POLLAK-ELTZ, A. (1987) LA MEDICINA
POPULAR EN VENEZUELA. ACADEMIA
NACIONAL DE LA HISTORIA. CARACAS

DR. JOSE GREGORIO HERNANDEZ
EL SANTO POPULAR
Y ESPIRITU FAMILIAR DE LOS CURANDEROS

Ya hemos dicho que en las culturas más primitivas la religión, la magia y la medicina forman una unidad inseparable. El culto al Dr. José Gregorio Hernández es un ejemplo para comprobar este hecho. El culto se desarrolló en las últimas décadas, porque el Dr. Hernández sólo murió en 1919.

La pluriidad religiosa es característica para la religiosidad popular venezolana, eso quiere decir que los símbolos y ritos de la Iglesia Católica tienen un significado distinto para los miembros de la clase educada y para los campesinos y sus descendientes en las áreas urbanas. Muchas personas, que se consideran buenos cristianos, toman parte en ritos espiritistas, visitan los curanderos y hacen peregrinaciones al santuario de María Lionza en Yaracuy. José Gregorio es un verdadero santo popular, a pesar de que no ha sido canonizado todavía por las autoridades eclesiásticas. En este capítulo vamos a describir como Hernández llegó a ser un santo y espíritu familiar de los iluminados.

No cabe duda que hoy día José Gregorio es el santo más popular de Venezuela. Su estatua se encuentra en todos los hogares. La devoción se extendió hacia Colombia y las Islas del Caribe. Sin embargo, tiene una posición distinta en el concepto de la gente culta y en el concepto de los miembros de la clase baja. Para muchos católicos ortodoxos es un verdadero santo, en espera de su canonización. Para otros es un santo popular poderoso, que hace milagros, siempre y cuando se sepa tratar con él. Para los curanderos y adeptos del Culto de María Lionza es uno de los espíritus más populares, quien es invocado siempre cuando hay que solucionar un problema serio de salud.

Era un miembro activo de la Tercera Orden de San Francisco. Trató sus pacientes de manera sencilla, inspirando confianza y así tenía mucho éxito. El 26 de junio de 1919 el Dr. José Gregorio Hernández falleció a consecuencia de un accidente automovilístico en una calle de Caracas.

Ya durante su vida, el doctor era una figura pública de gran fama muy estimado por sus estudiantes y pacientes, ricos y pobres. Cuando el público se enteró de su muerte, hubo duelo general y más de 10.000 personas siguieron su ataúd al cementerio.

El inicio de la devoción

Pronto después de su muerte, los antiguos pacientes visitaron la tumba del médico difunto, cuando estaban enfermos y de repente hubo noticias sobre curaciones milagrosas. Los más y más enfermos acudieron al cementerio y las autoridades eclesiásticas tomaron interés en los sucesos milagrosos.

Muchos creyentes solían orar a José Gregorio, antes de consultar a un médico para obtener la prescripción correcta. Otros pretendieron que José Gregorio mismo les proporcionó la prescripción necesaria en una visión o en un sueño. Otros sólo rezaron y recuperaron su salud en seguida.

Pronto el cementerio se convirtió en lugar de peregrinaje. Los visitantes llevaban botellas con agua o infusiones hierbales a la tumba creyendo que su exposición al astrofago por unos momentos impropiaría los remedios con fuerzas sobrenaturales. Dejaban plantas secas en la tumba durante una noche para luego preparar decocciones y baños con las hierbas santificadas. Otros fieles sólo venían para rezar o para encender velas. Siempre habían largas colas de adeptos, esperando su turno para besar el monumento o colocar objetos en la tumba. A veces los fieles caminaban en sus rodillas desde la entrada del cementerio hasta la tumba del santo popular para pagar un voto.

Poco a poco la devoción se comercializó. Algunos guardianes suyos denominados vendieron flores, que habían estado en contacto con la tumba, oraciones impresas, imágenes del santo, medallas y velas. Recibieron propinas por colocar las botellas en la tumba.

La vida del Dr. José Gregorio Hernández

José Gregorio Hernández nació el 24 de octubre de 1864 en el pueblo andino de Isonotú (Estado Trujillo). Su padre, quien había estudiado algunos semestres de farmacología, practicaba medicina en esta zona remota, donde no habían verdaderos médicos a la disposición de la gente. Su madre perteneció a una familia bien conocida de Trujillo, de descendencia española. Como no había una escuela pública en Isonotú, José Gregorio recibió su educación primaria de un marino retirado, residente en el pueblo y luego fue enviado a Caracas para terminar el bachillerato. Sólo tenía 16 años cuando empezó sus estudios de medicina en la Universidad Central de Venezuela, y se graduó a la edad de 22. Un año más tarde obtuvo una beca del gobierno venezolano para estudiar en París, donde se especializó en patología, histología y bacteriología antes de volver a Caracas en 1891. Luego empezó a enseñar en la universidad.

A pesar de que sus profesores en París y en Caracas eran liberales, influenciados por los Enciclopedistas franceses y consideraban la religión como un relieto de una fase más primitiva en el desarrollo de la humanidad, José Gregorio siempre fue un católico muy devoto. Nunca se casó, dedicando su vida a su trabajo y a sus investigaciones. Pronto tenía gran fama como médico competente y caritativo; abrió una clínica para atender a los pobres gratuitamente.

Cuando tenía 43 años, decidió hacerse religioso. Viajó a Italia para entrar a una orden monástica muy estricta en la ciudad de Lucca, pero se enfermó y tuvo que volver a Venezuela. En Caracas quiso ser admitido en el seminario católico, pero el obispo y el rector de la universidad le persuadieron de volver a su cátedra. Cuatro años más tarde viajó a Roma para entrar al seminario latinoamericano, pero otra vez se enfermó y regresó a Caracas, donde continuó enseñando y trabajando. Hernández es el autor de un número nutrido de trabajos científicos sobre enfermedades tropicales, embriología y genética. Fue el primer médico en Venezuela, que hizo exámenes de sangre y otras investigaciones biológicas en su laboratorio y también estudió las causas de la Fiebre Amarilla y de la Bilharzias. Fue el fundador de la Comisión de Higiene Pública que mucho más tarde se convirtió en el Ministerio de Sanidad.

El doctor no tenía interés en ganar dinero. Trataba a los pobres gratuitamente y a menudo, les ofrecía dinero para comprar remedios.

Por fin en 1976, las autoridades eclesiásticas decidieron transferir los restos del santo popular a la Iglesia de la Candelaria en el centro de Caracas para controlar la devoción. El sarcófago se encuentra ahora en el atrio de la iglesia detrás de rejas fuertes. Hay facilidades para colocar velas y ofrendas de flores. Todavía muchos adeptos visitan la tumba todos los días, dejando cartas con peticiones. Hay muchas placas, se dan testimonio de milagros y curaciones espontáneas.

El culto de José Gregorio Hernández empezó a desarrollarse en los años 20, pero se extendió por todo el territorio nacional y más allá: las fronterizas venezolanas en el curso de los últimos 25 años. Su estatua encuentra en las casas de los católicos venezolanos. Los choferes de taxis colocan su litografía en la ventana, para evitar accidentes, porque el doctor murió en un accidente de tránsito. Muchos hospitales, tiendas, escuelas tienen su nombre. La estatua del santo es parecida en todas partes: el doctor es representado como hombre blanco, de baja estatura, con bigotes, vestido con un traje oscuro y llevando un sombrero negro. Las estatuas y litografías están en venta en perfumerías y tiendas que venden objetos religiosos.

Desde hace unos 15 años la devoción se extendió a las islas del Caribe. Hay un santuario importante en Honaire dedicado al santo venezolano. Hay devotos en la República Dominicana y en Curacao. Recientemente encontré estatuas de José Gregorio Hernández en las tiendas de objetos religiosos en Pinar del Río, donde se invoca al médico también. En Colombia, los choferes de taxi en Bogotá tienen su estatua en el carro y en Cartagena los "iluminados" (mediums) invocan el espíritu del santo para curar a sus clientes.

Las autoridades eclesiásticas venezolanas observan el culto con recelo, pero cuando se dieron cuenta que la devoción se extendió por todo el país, empezaron los procedimientos de canonización (en 1949). Las razones desconocidas, este proceso fue suspendido por un tiempo pero reactivado en 1959. Todavía la Sagra Rota en Roma no ha pronunciado su opinión acerca de este caso, sin embargo, el médico venezolano recibió el "título" "Siervo de Dios" (ahora "venerado").

Con la venida de Su Santidad, Juan Pablo II al país, se le solicitó el trámite. El pueblo espera pronto la noticia de la santificación de su "santo" más popular.

Una de las razones del incremento de la popularidad del santo es el interés de los medios de comunicación en los milagros. Hasta algunos años, la vida de José Gregorio Hernández apareció como telenovela en la televisión con un rotundo éxito para los cineastas.

Parece que la devoción se extendió de la clase baja hacia la clase media y alta, de los barrios humildes a las zonas rumbles, desde Caracas a otras ciudades del interior y finalmente al exterior.

José Gregorio Hernández, el santo popular

Cada día más adeptos visitan la tumba del doctor para pedir un milagro. Estas invocaciones están de acuerdo con las prácticas del catolicismo popular: se hace un voto y se paga la deuda cuando se recibe el favor. Como los adeptos tienen una fe absoluta en los poderes curativos del santo, mejoran su salud sólo rezándole a él, mientras que los médicos no tienen éxito. Las actitudes psicológicas tienen más importancia que las terapias modernas.

Cuando los adeptos se curan de enfermedades menores, el pago de los votos consiste en ofrendas de flores y velas, una breve visita a la tumba, una misa pagada o algunas oraciones. Cuando el doctor supuestamente llevó a cabo un milagro, el pago es más extenso: un peregrinaje a Isnotu, una novena (asistencia a la misa cotidiana durante una semana o nueve días), dinero ofrecido a una institución de beneficencia, una placa votiva o un aviso en el periódico, dando gracias al doctor José Gregorio Hernández.

La actitud hacia el médico santo es pragmática, lo que es el caso generalmente en el catolicismo popular. Se pide ayuda y se paga el voto al santo tan pronto que se logra el objetivo deseado. Sin embargo, los adeptos se dan cuenta que la última fuente del poder es el Ser Supremo y si Dios no quiere que ocurra el milagro, los santos no pueden hacer nada.

Los peregrinajes a Isnotu son muy populares. Son organizados por los devotos o por el párroco. Según Turner (1978: 7, 12, 13) los peregrinajes son experiencias liminales en la vida religiosa de un individuo, se pueden considerar como misticismo exteriorizado. Peregrinajes son comunes en todas las religiones mundiales, muy especialmente entre católicos. Se pueden comparar con el ritual de aflicción en África,

porque sirven para hacer penitencia y para expiar pecados, que pueden ser causa de enfermedades y desdichas. Se hace un peregrinaje en consecuencia de un voto o se llevan a cabo con la esperanza de deshacerse de problemas y aflicciones. Los símbolos, originando en el discernimiento cognitivo, son cargados con emociones en el contexto ritual. Los peregrinajes no son actos mágicos, sin embargo, hay ciertos conceptos mágicos asociados, en el caso venezolano por ejemplo: fuentes sagradas, la creencia en el poder sobrenatural del agua, las virtudes curativas de fórmulas mágicas y oraciones, el poder contagioso y las fuerzas benéficas de reliquias e imágenes. Por cierto los aspectos curativos y curismáticos de peregrinajes son importantes también en el caso de los viajes a Isnotú.

Los peregrinajes al lugar de nacimiento de José Gregorio son organizados por católicos para católicos. Se alquilan autobuses y se hacen los trámites para hospedar los peregrinos en los numerosos hoteles del pueblo. Durante el viaje, a menudo los peregrinos visitan también el santuario de la Virgen de Coronoto, patrona de Venezuela, en Guanare, en el camino hacia los Andes.

Por regla general, los peregrinos llegan a Isnotú en las primeras horas de la mañana, después de pasar una noche en el autobús. Hay misas y otros ritos organizados, sesiones de oraciones dirigidas por los sacerdotes, pero luego cada peregrino tiene oportunidad de rezar individualmente por su propia salud. Hay una fuente sagrada al lado del santuario, donde los viajeros toman agua, que supuestamente tienen el don del santo. Creen que el agua puede curar enfermedades y por tal motivo llenan botellas con el líquido milagroso para llevarlo a su casa. Los peregrinos traen remedios caseros y medicamentos químicos a la iglesia, para que sean bendecidos durante la misa solemne. Creen que así serán más eficaces.

Hay una iglesia moderna en Isnotú, construida con las contribuciones voluntarias de los adeptos. Alrededor del altar hay muchos exvotos y placas conmemorativas, para dar gracias al santo por los milagros. Hay también mulétes, vendas y réplicas en plástico, metal, oro o plata de las partes del cuerpo que fueron curadas por la intervención del santo. En Isnotú hay muchas tiendas que venden medallas, litografías, estatuas, velas y "souvenirs" turísticos.

Casi siempre los peregrinos se quedan algunos días en Isnotú. Hay misas y procesiones todas las noches y sesiones especiales que duran muchas horas. Los devotos provienen de todas las clases sociales, pero, en el contexto de la devoción común, se reúnen en "comunidades" de feligreses y durante el peregrinaje se tratan como hermanas/hermanos. Después de algunos días en el lugar sagrado, con su clima agradable de montaña, los devotos se sienten bien. Están relajados y alegres y vuelven satisfechos a su casa (Margolies y Suárez, 1976: 198).

Como los peregrinajes no sirven solamente para pagar votos o pedir milagros, sino fomentar también el fervor religioso en general, son tolerados por las autoridades eclesiásticas, aunque todavía el milagro milagroso no es un verdadero santo católico.

José Gregorio Hernández y el curanderismo

Para muchos adeptos, José Gregorio no es solamente un santo poderoso, sino también un espíritu benévolo de tipo especial, quien se puede exhortar con la ayuda de ritos mágicos a curar enfermedades, que supuestamente son causadas por malhechores, brujos y por envidia.

Los devotos tienen la estatus del santo en su casa, al igual que los católicos y diariamente queman incienso y velas en su altar, pero sus actitudes son distintas a las de los católicos verdaderos. Como hemos visto, las creencias en fuentes sagradas y el poder curativo del agua son presentes en el catolicismo "puro". Pero en el contexto del curanderismo el santo popular adquiere aún más poderes mágicos. En la actualidad, muchos curanderos adoptaron a José Gregorio como su espíritu tutelar. Algunos pretenden que el espíritu del doctor siempre está presente en su mente cuando hacen la diagnosis o prescriben los tratamientos apropiados. Otros dicen, que el espíritu de Hernández les sugiere los tratamientos en visiones. Otros caen en trance y reciben el espíritu del doctor, que luego puede ser consultado por los pacientes. El enfermo es examinado y tratado "directamente" por el médico milagroso, que habla por boca del médium en trance. Algunos curanderos llevan a cabo operaciones mágicas cuando están en trance y presumen que el doctor Hernández está llevando a cabo tales intervenciones.

Se invoca a José Gregorio cuando la enfermedad es persistente o crónica, resistente a tratamientos convencionales de los médicos modernos. Hernández, hablando por la boca del médium, prescribe frecuentemente remedios de la farmacia y tónicos, raras veces sugiere el uso de remedios hierbales.

A veces personas que saben que tienen que ser operadas en un hospital, acuden a un curandero para que éste implore a José Gregorio para que la operación tenga éxito. Luego el curandero lleva a cabo unos ritos exorcistas sobre el paciente a nombre del santo popular.

En algunos centros curativos, se invoca a José Gregorio y se encienden velas delante de la estatua del santo, al comienzo de otros ritos.

Amuletos con la imagen de José Gregorio se venden en todas las farmacias. Los curanderos preparan "contras" con la imagen del santo y oraciones escritas, que tienen que ser consagradas antes de su uso. Los amuletos protegen al portador contra accidentes y enfermedades contagiosas.

José Gregorio es invocado también por espiritistas que trabajan según la doctrina de Allain Kardec. Reciben su espíritu que luego puede ser consultado por los enfermos.

En el curso de los últimos 25 años, el espíritu del famoso médico fue incorporado poco a poco al Culto de María Llonza. Se invoca a menudo cuando hay que resolver problemas serios de salud. Le consideran como uno de los más poderosos espíritus del "panteón".

En todos los centros del culto se encuentra su estatua. El culto se extendió hacia las áreas rurales e influyó en las prácticas de los curanderos/campeñinos, quienes ahora adoptaron también la devoción, en el contexto del culto.

Como espíritu potente, ya no es más un santo común, ejemplo de las virtudes cristianas, pero llega a ser un espíritu benéfico del más allá o del cielo o del reino de Dios, que se puede invocar para que esta al curandero en sus tratamientos, para combatir el mal.

Hace algunos meses visitamos la Gran Sabana (Bolívar) y encontramos las estatuas del santo popular en los templos del culto Halleluya entre los indios pemones. Durante los últimos 50 años, estos indios

viven en contacto con las misiones Capuchinas y están bastante aculturados. Son agricultores, cultivando el maníoco (Manihot triflissima). Muchos hablan español y sus hijos van a la escuela. Aunque son católicos, muchos adoptaron el Culto Halleluya de sus vecinos y parientes los Akawayo de Guyana, quienes hablan también un idioma caribe. Halleluya es un culto curativo, basado en el antiguo chamanismo indígena, pero influenciado por creencias evangélicas. La secta fue fundada por los indios durante la segunda parte del siglo pasado pero se extendió a Venezuela sólo en tiempos recientes (Colson, 1967: 377, 436).

Hay templos de Halleluya en muchos pueblos Pemones, aun en lugares donde hay iglesias católicas. Parece que el doctor José Gregorio Hernández ocupa ahora un puesto importante en el ritual Halleluya y es invocado en los ritos curativos. Este fenómeno merece un estudio más profundo y sólo es mencionado aquí.

La devoción a José Gregorio Hernández por diferentes grupos de católicos, evangélicos, espiritistas y devotos de María Llonza demuestra cómo un símbolo religioso puede ser adaptado a situaciones y contextos muy diversos. *

ADDENDA

Oración a José Gregorio Hernández:

"Señor, estoy sufriendo mucho por buscar tan sólo mi propio bien. No oiga más que mi voz. En todas partes veo mi imagen. Librame de mi egoísmo y a imitación de tu Siervo José Gregorio Hernández, concédeme comprender y amar al prójimo especialmente al más necesitado e imitando sus virtudes me acerques más a ti, que eres la fuente de toda bondad".

HOJAS DE METADATOS

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 1/6

Título	Sociología de la Salud. Módulo Teórico – Práctico
Subtítulo	

Autor(es)

Apellidos y Nombres	Código ORCID / e-mail	
Díaz Valdiviezo Bianca Cecilia	ORCID	
	e-mail	biancaediazv1301@gmail.com
	e-mail	
	ORCID	
	e-mail	
	e-mail	

Palabras o frases claves:

salud
sociedad
sociología
sociología de la salud

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 2/6

Área o Línea de investigación:

Área	Subáreas
Sociales	Sociología
Línea de Investigación: Sociología de la Salud	

Resumen (abstract):

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo la elaboración de un Módulo Teórico-Práctico que pueda ser utilizado como herramienta pedagógica para la comprensión de la Asignatura Sociología de la Salud, adscrita al Departamento de Socio-Humanidades de la Universidad de Oriente, Núcleo Bolívar, ya sea en situaciones regulares de clases presenciales o en caso que se requiera la implementación de clases semipresenciales y la educación a distancia (Virtual). Se parte del contenido programático de la asignatura para desarrollar así los capítulos que integran el Módulo, destacándose tanto las bases teóricas de cada tema, como las actividades prácticas que permitan una mejor comprensión de los mismos. El capítulo I hace referencia al Tema Individuo, Salud y Sociedad, El capítulo II permite desarrollar aspectos inherentes a la Familia y Salud. El capítulo III se refiere a las Respuestas Socioculturales en el proceso Salud-Enfermedad. En el capítulo IV son destacados los aspectos inherentes al Enfoque Antropológico de la Salud y la Enfermedad, específicamente lo concerniente a la Etnomedicina y su función en los sistemas modernos de salud. El capítulo V permite desarrollar elementos referidos a la Salud y Sociedad, fundamentalmente la caracterización del Sistema de Salud de la Sociedad venezolana. Finalmente el capítulo VI describe aspectos inherentes a la relación Equipo de Salud- paciente y su importancia en el ejercicio de las profesiones de las ciencias de la salud.

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 3/6

Contribuidores:

Apellidos y Nombres	ROL / Código ORCID / e-mail										
	ROL	CA		AS	X	TU		JU			
	ORCID										
	e-mail										
	e-mail										
	ROL	CA		AS		TU		JU			
	ORCID										
	e-mail										
	e-mail										
	ROL	CA		AS		TU		JU			
	ORCID										
	e-mail										
	e-mail										

Fecha de discusión y aprobación:

Año	Mes	Día
2025	02	26

Lenguaje: spa

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 4/6

Archivo(s):

Nombre de archivo
NBOASO_DVBC2025

Alcance:

Espacial: Inespacial

Temporal: Intemporal

Título o Grado asociado con el trabajo:

Profesor Asociado

Nivel Asociado con el Trabajo: Trabajo de

Ascenso Asociado

Área de Estudio: Unidad de Estudios Básicos.**Institución(es) que garantiza(n) el Título o grado:**

Universidad de Oriente

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 5/6



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Letido el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.



Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLANOS CUNVELO
Secretario




C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/marija

Hoja de Metadatos para Tesis y Trabajos de Ascenso – 6/6

Artículo 41 del REGLAMENTO DE TRABAJO DE PREGRADO (vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009): “Los trabajos de grados son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente, y solo podrá ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Concejo de Núcleo respectivo, quien deberá participarlo previamente al Concejo Universitario, para su autorización”.



AUTOR

TUTOR