

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (CIESS), órgano de docencia, capacitación e investigación de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

SALUD, DINERO Y AMOR

BREVE VISIÓN SOCIOLÓGICA
DE UNA SOCIEDAD SANA

Francisco Escobar Abarca

B

Divulgación

BREVIARIOS
DE SEGURIDAD
SOCIAL



SALUD, DINERO Y AMOR



BREVE VISIÓN SOCIOLOGICA DE
UNA SOCIEDAD SANA

Comité editorial

Elvin Bailey (St. Christopher & Nevis)

Alejandro Bonilla García (OIT)

Rosangela Elias (Brasil)

Adolfo Jiménez Fernández (OISS)

Patricia Kurczyn Villalobos (México)

Sephlin Lawrence (St. Christopher & Nevis)

Luis José Martínez Villalba (Uruguay)

María Antonieta Martín Granados (México)

Guido Miranda Gutiérrez (Costa Rica)

Martha Peláez Valdés (OPS)

Orlando Peñate Rivero (Cuba)

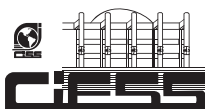
Helmut Schwarzer (Brasil)

SALUD, DINERO Y AMOR

BREVE VISIÓN SOCIOLÓGICA DE
UNA SOCIEDAD SANA

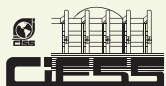


Francisco Escobar Abarca



Primera edición

México 2009



Primera edición, 2009

ISBN: 978-968-6748-50-5

El contenido de esta obra es responsabilidad exclusiva de su autor y no refleja necesariamente la posición del CISS.

Ninguna parte de esta publicación, incluido el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida de manera alguna, ni por ningún medio, ya sea electrónico, químico, óptico, de grabación o fotocopia con fines lucrativos sin permiso previo del editor.

Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social
San Ramón s/n esquina San Jerónimo, San Jerónimo Lídice,
C. P. 10100 México, D. F. Registro 3079

© Derechos reservados, 2009. CISS

Índice

Introducción	1
El ser humano como protagonista de la salud, la enfermedad y la vida social	7
Invitación al análisis sociológico	12
El estudio empírico de la sociedad	13
La Sociología moderna	18
La Sociología aplicada a la salud del grupo humano	21
Sociología de la salud-enfermedad y teoría sociológica	22
La sociología de la salud y la enfermedad	36
Desarrollo de la sociología de la salud	42
La sociología de la salud en América Latina	46
Nociones de salud y enfermedad	48
La enfermedad	56
El sociólogo clínico y sanitario	77
Salud comunitaria	87
Noción de comunidad	91
Bibliografía	98

Introducción

A manera de introducción, quisiera conversar de manera breve con el lector, quien me hace el honor de acompañarme por este corto, pero intenso recorrido en la sociología de la salud humana.

En la sociedad actual crece la suspicacia y los cuestionamientos acerca del manejo político de los asuntos de salud. El poder de las grandes empresas transnacionales y los grupos hegemónicos, han logrado convertir la salud humana en una mercancía, y a través de los medios de comunicación se han difundido ideas que solo movilizan a los demandantes en torno al temor, al dolor, la enfermedad y la muerte. Esta situación exige el desarrollo de visiones más racionales y científicas, para orientar al ciudadano y a quienes los representamos o tomamos decisiones que los afectan. Tenemos derecho a vivir libres del terror sistemático a enfermedades reales o ficticias; inducido esto para mover el gran mercado de los medicamentos, la tecnología y los más sofisticados servicios médicos.

Con frecuencia, hemos escuchado a expertos en diversos campos de la medicina y la salud, referirse a esos factores no biológicos ni estrictamente médicos de los procesos de salud y enfermedad como “patologías sociales”, un concepto difuso, genérico, impreciso y vago en el cual caben todos los hechos, factores, circunstancias o condiciones conductuales y sociales para las que no existe o se desconoce un concepto o una

explicación médica o técnica. Cirujanos especialistas, jamás tolerarían que un científico social invadiera su quirófano para realizar una operación quirúrgica, y sin embargo, ven muy natural que una persona sin el entrenamiento, el saber y la experiencia necesaria, presente todo tipo de explicaciones, supuestamente científicas, acerca de los factores sociales, económicos, culturales o psicológicos que causan un determinado efecto identificado como hecho de salud o enfermedad humana.

Esta situación tiene consecuencias graves para el bienestar colectivo. La división ficticia entre lo individual y lo social, crea una separación en los análisis de las causas sociales y económicas de los procesos orgánicos y mentales de la salud y la enfermedad personal, así como la aplicación de una lógica equivocada a la comprensión y solución de los problemas de salud pública e individual. Los errores que se cometen suelen ser fatales. Esto es evidente en los casos de epidemias o pandemias, en las cuales el poder de decidir y organizar la respuesta social a la enfermedad lo toman expertos en áreas del conocimiento que no están ligadas a la organización social, a sus estructuras y dinámicas. Poderosos ministros de salud, simples comunicadores sociales, líderes espirituales, todos parecen asumir la tarea de analizar los problemas de salud desde el punto de vista social. Los errores y las ocurrencias se pagan con vidas, con la pérdida de recursos para combatir la enfermedad y el desarrollo de la salud, con el fortalecimiento de los prejuicios y las visiones mágicas y religiosas de la salud y la enfermedad, con la desconfianza y la incredulidad hacia el sector estatal de la salud.

Por su parte, los científicos sociales parecen no estar interesados en los hechos, según ellos, puramente biológicos, de la salud y la enfermedad humanas. Inmersos en teorías imaginarias, sin vinculación con los problemas específicos y los hechos sanitarios, reflexionan en torno a explicaciones abstractas;

consideran que la causa de la enfermedad es puramente económica o política, o que se trata de condiciones individuales aisladas, que no requieren una investigación científica ni una explicación teórica social. En estos casos se prefiere analizar los supuestos grandes temas sociales abstractos de la salud, como la seguridad social, el sistema de salud, el sistema hospitalario, el mercado de los medicamentos, el presupuesto o el plan nacional de salud, los índices regionales, nacionales o internacionales de salud y las ideologías políticas que favorecen o dificultan el acceso de los ciudadanos al sistema de salud.

En los dos extremos de esta situación, se rehúsa tratar los problemas de salud y enfermedad concretos, los que vive la gente, como punto de partida y de llegada del análisis de los factores sociales de la salud y la enfermedad humanas. Se evita el enfrentamiento con las dificultades intelectuales y prácticas que plantea el problema de la relación entre una mente no material, no biológica, no observable directamente, sin color, sabor, temperatura, textura, peso ni estructura microscópica, y un cuerpo material, biológico, directamente observable, que presenta todas esas cualidades perceptibles para un observador externo. Se evita la confrontación con el dilema de un cuerpo individual, separado de su grupo social, que puede ser examinado, diagnosticado, tratado y atendido directamente, y una sociedad colectiva, invisible, a la que no se le pueden aplicar los instrumentos ni los métodos de diagnóstico propios de la clínica individual.

Cansado de discusiones académicas interminables y debates estériles sobre estos asuntos, he creído que lo más saludable, literalmente hablando, es proponer directamente ideas sociológicas acerca de la salud y la enfermedad humanas. Plantear algunas tesis respecto a la necesidad de construir juntos, tanto médicos y expertos en áreas de la salud y la enfermedad física y mental, como científicos sociales y técnicos

a cargo de la aplicación de programas, técnicas y metodologías prácticas de atención individual y social de las dolencias, una teoría compatible con la totalidad compleja del proceso de salud y enfermedad.

Es necesario tratar al ser humano como parte de un todo social, ecológico, mental, cultural, político y biológico. No de enaltecerlo, como el rey de la creación, el epicentro del universo, la medida de todas las cosas, la esencia de la belleza estética y la bondad moral. Ese ser humano no existe. Es una simple distracción que nos ha separado durante siglos o milenios del resto del universo, del cosmos, de nuestro propio cuerpo y nuestra propia mente como parte de la gran totalidad.

Se pretende regresar a las situaciones concretas que vivimos como situaciones problemáticas, experiencias personales que ponen en peligro nuestra integridad, estabilidad y desarrollo vitales. No es posible partir de estadísticas indeterminadas, basadas en seres que no existen, para diagnosticar los factores sociales y hacer planes nacionales o internacionales de “combate” a una enfermedad.

La enfermedad no puede verse como un “enemigo” al que hay que combatir. No se trata de ponerle nombre a la enfermedad o llamarla epidemia, pandemia, caso clínico,

La enfermedad no puede verse como un “enemigo” al que hay que combatir

sida, VIH, AH1N1, o cualquier nombre esotérico. Más bien de establecer con rigor científico cuáles son los componentes empíricos de la situación problemática, para establecer sus factores biológicos, ambientales, psíquicos, económicos o socioculturales, y conocerlos como causas complejas de un hecho complejo.

La presente obra es la primera de una serie de publicaciones que he elaborado para referirme, en un próximo libro, a los factores ambientales de la salud y la enfermedad que

interesan a la Sociología y que requieren una explicación teórica rigurosa. Tendrán atención especial las perspectivas epidemiológicas en las que se encuentran la Medicina y la Sociología, indispensables para comprender los fenómenos que llamamos salud y enfermedad. Es importante abordar el tema del papel de la Sociología en la prevención de las enfermedades y la remoción de los obstáculos para el desarrollo de la salud. Otro aspecto fundamental en estos tiempos de turbulencia económica, financiera y fiscal se refiere al uso y correcta administración de los recursos dedicados a la promoción de la salud en los presupuestos nacionales, mediante el uso y aplicación de la ciencia social a la administración de la salud. Dentro de este pensamiento propuesto en el presente libro, es oportuno mencionar el asunto delicado y estratégico de las relaciones entre el desarrollo social y la biología humana. Es inevitable analizar los factores, procesos y mecanismos sociales de transmisión de las enfermedades infectocontagiosas, y las transmitidas mediante vector, en los cuales juega un papel decisivo las conductas social y cultural humanas. Para culminar esta serie, mi plan es presentar un análisis sociológico de la salud y la enfermedad en un país latinoamericano como Costa Rica, que a pesar de su nivel de desarrollo medio, ha logrado índices de salud propios de otros estadios del desarrollo económico.

La crisis económica global producto de la desintegración del sistema financiero y la quiebra del sistema productivo, alto desempleo y crisis social en Estados Unidos, que se ha llevado consigo a las economías de México, Canadá y Europa, constituye un cambio violento e inesperado en todas las estructuras de América Latina. Como lo demuestra la misteriosa pandemia de influenza humana en México, y su rápida propagación, el aplazo comercial, la discriminación y el aislamiento de México, el efecto de la crisis de la economía capitalista financiera en la seguridad social, abre grandes brechas en la salud de los latinoamericanos. Nunca volveremos a pensar en la salud y la

enfermedad en términos tradicionales. Los factores económicos y sociales se vuelven inevitables en el pensamiento sanitario latinoamericano del futuro.

Es necesario volver a analizar todas las teorías científicas y las visiones ideológicas referidas a la salud y la sociedad latinoamericana. El debilitamiento o la desaparición de la influencia política y militar de Estados Unidos abre la posibilidad de un mayor grado de independencia para la toma de decisiones en materia de nuestro desarrollo autónomo económico y social. Las condiciones de la producción que nos han sido impuestas pueden cambiar, los gobiernos pueden verse presionados para dedicar más recursos al desarrollo de la salud de los ciudadanos, con lo cual aumentaría la productividad de manera efectiva y éticamente válida, sin sobreexplotar a los trabajadores, y sin regatear los beneficios de la seguridad social sin discriminación.

La crisis económica global producto de la desintegración del sistema financiero constituye un cambio violento e inesperado en todas las estructuras de América Latina

Hay esperanzas de que con las nuevas relaciones políticas y económicas con Estados Unidos, la recobrada independencia y libertad de trabajo, producción y consumo, pueda subir el nivel de vida de todos los ciudadanos de nuestros países. La salud, junto con la educación y la ocupación laboral, son clave fundamental para el nuevo desarrollo independiente de nuestras sociedades. Con mejor salud y más trabajo, habrá mayores ingresos. La redistribución justa y equitativa de las riquezas nacionales, creará una sociedad más solidaria, pacífica y dispuesta a convivir ordenadamente y sin violencia. Por tal motivo he llamado a este libro *Salud, dinero y amor*, porque los tres conceptos van unidos en la idea de bienestar, vitalidad, amor y felicidad que son el clímax de la salud humana.

El ser humano como protagonista de la salud, la enfermedad y la vida social



Por qué la Sociología es importante para la comprensión y solución de los problemas de salud y enfermedad?

El ser humano existe como individuo, forma parte de una sociedad concreta, y no puede ser concebido ni tratado como una entidad aislada y autosuficiente. Cada persona pertenece a la especie, es parte de su población, resultado de su historia, participe de su condición biológica y compañero en el ambiente del planeta que habitamos.

La salud y la enfermedad son experiencias individuales y, sin embargo, su contexto es social. El sano y el enfermo son socios de la organización colectiva, sus conductas crean o eliminan, aumentan o disminuyen los riesgos de enfermar y las oportunidades de desarrollar la salud.

El estado de salud o enfermedad le ocurre a una persona, pero esa persona le ocurre a la sociedad a la que pertenece. Por esto, la Sociología, que estudia la lógica de la organización de la conducta social humana, es importante para el estudio de los fenómenos de la salud y la enfermedad.

Cada ser humano vive en condiciones específicas de clima regional y local, y microclima creado artificialmente. Los elementos climáticos tienen relación inmediata con las funciones orgánicas; las variaciones de altitud de la presión atmosférica; los rayos luminosos y químicos, la temperatura, la humedad y el viento influyen en el funcionamiento fisiológico y los estados mentales de la persona expuesta a tales factores.

Cuando se considera la situación de la especie humana en el planeta, se descubre el hecho crucial de su presencia; para los humanos la tierra entera puede ser su hábitat, puede vivir en las capas inferiores de la atmósfera, las aguas superficiales o las capas superiores de la corteza. Sobrevive de polo a polo, entre 1 200 metros bajo el nivel del mar y 8 200 metros en la montaña. Se encuentran hogares temporales o permanentes a partir de la punta sur de América, desde los 55' de latitud sur de Tierra de Fuego hasta los espacios helados, donde a los 78'8" de latitud viven las familias esquimales nómadas; desde el nivel del mar hasta los pastizales de verano del Asia Central a 5 000 metros, o las ciudades mineras de los Andes a 5 042 metros de altura.

La tolerancia del organismo humano a los cambios climáticos es tan amplia, que en ninguna parte fue superada por las variaciones del ambiente; el ser humano ostenta una propiedad común resultante de la existencia de tipos especializados, adaptados a medios diferentes, que por su industria y capacidad de transformar el ambiente, se sustraen eficazmente de la acción del complejo climático para no sufrir las consecuencias de sus variaciones.

En el largo proceso histórico y geográfico de poblar este planeta, la especie humana ha tenido que adaptarse a los ambientes más distintos y a las condiciones más contrastantes. El nivel de respuesta a estos ambientes ha sido también diferente y ha constituido un factor central en la multiplicidad

de formas sociales de organización que ostentan las poblaciones humanas, así como el común denominador que nos permite identificarnos como una sola y misma especie.

A lo largo de su historia, y hasta el momento, el humano se ha expandido por ecosistemas concretos. Estos ecosistemas naturales son conocidos como ecosistemas humanos, donde la actividad humana define su naturaleza. Esa actividad está enraizada en los sistemas sociales y orientada por metas cuya base es social y no biológica. Un pastizal, una milpa, un valle o un riachuelo contaminado no se pueden comprender a menos que se entienda qué hace la gente en relación con esos objetos observados. Para asimilar esto hay que comprender las metas que se persiguen en el contexto de sus propias sociedades.

Solamente los humanos son capaces de alcanzar el nivel de razonamiento cognitivo que les ha permitido descubrir modos de interactuar con su ambiente. Esta es la única explicación de cómo hemos podido mantener el sistema en una estructura muy diferente de aquella que hubiera existido en la naturaleza. La habilidad de los seres humanos para razonar y actuar como parte de una sociedad integrada los capacita para hacer cambios y para mantenerlos.

Solamente los humanos son capaces de alcanzar el nivel de razonamiento cognitivo que les ha permitido descubrir modos de interactuar con su ambiente

Sin embargo, aunque la sociedad puede mantener los ecosistemas de formas que responden a algunas de sus necesidades sociales, no pueden alterar las leyes con las que estos sistemas operan. Definamos tres dominios en los ecosistemas humanos: ambiente, manejo ambiental y elaboración de políticas.

El dominio ambiental integra los componentes del sistema que responden a las leyes de los ecosistemas naturales, como los

fenómenos geobiológicos del crecimiento de las plantas y los animales, la dinámica de la población y la comunidad, y el flujo de nutrientes por medio de la red alimentaria.

El dominio del manejo ambiental se refiere a la conducta de los individuos y las instituciones que interactúan directamente con el ambiente y lo manipulan de manera deliberada o involuntaria

El dominio de la adopción de políticas involucra los mecanismos mediante los cuales la sociedad genera las señales económicas y políticas para canalizar el desarrollo de los diversos sectores de la sociedad en una dirección particular.

El punto central de todo ecosistema humano es la interacción entre el ambiente y la sociedad, que permite la existencia de esta última. El ambiente contiene la base de recursos de algunas actividades básicas de las sociedades, y a su vez la gente lo moldea y manipula en un esfuerzo por atender sus necesidades.

La interacción entre el ambiente y la sociedad es de mutua realimentación. La conducta del ambiente afecta el comportamiento del que lo maneja y viceversa. Los problemas ambientales pueden conducir a replantear políticas, y el ejercicio del gobierno puede tener consecuencias en la estabilidad e integridad del ambiente. Los dominios constituyen una entidad muy ligada, que puede separarse únicamente con fines analíticos.

Analicemos un ejemplo. Una finca agrícola es un caso de ecosistema humano. Los agricultores están encargados del manejo; el ambiente son los campos, incluyendo las cosechas, pestes, malezas, suelos y su interacción. La mayor parte de las actividades de los agricultores se dirige a crear las condiciones favorables para el crecimiento de sus cosechas. Controlan los cultivos, las pestes y las condiciones del suelo, ya que así obtienen la información necesaria para ajustar sus actividades

de cultivo, aplicación de recursos químicos y planeamiento de la recolección de las cosechas.

A medida que estas condiciones varían, ellos revisan sus actividades para hacerlas más efectivas y responder a las políticas establecidas por el gobierno. Políticas que pueden limitar la cantidad de tierra dedicada a un cierto cultivo, el precio que pagarán por los insumos, el pago que recibirán por los productos o el suministro de servicios requeridos en la operación de la finca. El gobierno crea estas políticas porque desea controlar o influir en la producción agrícola, y dirige la conducta de los agricultores para asegurarse de obtener los resultados esperados.

Los procesos biológicos en los campos y en los organismos de los seres humanos que participan en el complejo sistema, corresponden a las ciencias biológicas y a la Medicina. Los de interacción social, comunicación y ordenamiento de la conducta mediante reglas colectivas, corresponden a las ciencias sociales. La Sociología estudia la lógica del comportamiento de los grupos sociales a cargo del manejo ambiental y de la toma e implantación de las decisiones sociales que establecen las metas y los objetivos colectivos de la población.

Invitación al análisis sociológico

Nuestra tesis central plantea que la Sociología es una ciencia social que contribuye a la comprensión y solución de los problemas de la salud y la enfermedad. Es necesario que el lector tenga una visión de la sociología general y de la sociología particular que estudia los componentes sociales de los problemas sanitarios.

Las corrientes de pensamiento que dieron inicio con la Ilustración, y los drásticos cambios sociales ocurridos en el siglo XIX, acompañados por nuevos problemas sociales y movimientos reformistas, condujeron a mirar como problema intelectual la naturaleza misma de las sociedades y sus transformaciones. La pregunta crucial fue si existían leyes que regularan el desarrollo y la estructuración de la vida social, y si era posible llegar a conocerlas mediante el método científico.

Al nacimiento de la Sociología surgen dos grandes tradiciones, la investigación empírica y la del desarrollo de concepciones abstractas de la sociedad.

El estudio empírico de la sociedad

Un primer elemento importante en el estudio de la sociedad fue la recopilación y cuantificación de datos de naturaleza social y de interés para los temas relacionadas con el Estado, que coincidió también con el desarrollo de la estadística. El otro elemento es la observación de la vida social y la elaboración de técnicas para recopilar y analizar los datos sociales. La cuantificación de los fenómenos sociales tuvo su origen en la aritmética política inglesa, estudiada por John Grount y William Petty, y en la “statistique morale” analizada en Bélgica y Francia. La aritmética política tenía por objeto reunir estadísticas descriptivas de utilidad en la política y en la administración pública; a estos intereses se añadieron los de los sistemas de seguros y otros sistemas comerciales que requerían información social cuantitativa.

La “statistique morale” hizo avanzar la cuantificación, con los trabajos de Quetelet, Guerry de Champneuf, Fourier y de Chabrol, quienes a comienzos de siglo establecieron conceptos como estadística moral, trabajos sobre delincuencia, suicidio, ilegitimidad, etcétera. Importantes, desde nuestro punto de vista, fueron los trabajos del médico francés Parent-Duchatelet acerca de la salud pública, siendo el más famoso su estudio sobre la prostitución en 1834, donde realizó una hábil labor de recopilación y análisis de datos respecto a los orígenes sociales y el reclutamiento de las prostitutas de París. En Francia, Frederic Le Play inventó nuevas técnicas para recolectar y analizar datos no cuantitativos, realizó estudios acerca de la vida social de su época, en especial respecto a los presupuestos familiares, construyó indicadores sociales y formas de clasificación al analizar los datos sociales.

La teoría sociológica

Con el desarrollo del pensamiento sociológico aparecieron algunas concepciones indefinidas de la sociedad. Ratzel y Bucle se encuentran entre los que relacionaron la estructura social con factores geográficos; Spencer y Sumner y los teóricos Schaeffle, Lillienfeld, Worms y Novicow, entre los que tomaron las teorías biológicas de Darwin para explicar la sociedad.

Marx y Engels ligaron su pensamiento en torno a la sociedad con la economía y las doctrinas políticas socialistas. Las teorías de Marx influyeron profundamente el pensamiento de Max Weber y el desarrollo de una sociología marxista, que ha seguido un curso independiente.

Durkheim y la sociología científica

Emilio Durkheim retomó la tradición teórica y la tradición empírica de la Sociología y documentó una tesis acerca de su carácter científico y su método de estudio, ilustrado con un excelente trabajo de investigación científica social.

El punto más importante de su sociología era la tesis de que “el método es lo fundamental y no la pura cuantificación”; su búsqueda se centró en los problemas teóricos fundamentales, en el estudio de la organización social humana y el desarrollo de un método adecuado para tal fin. Para Durkheim, la sociología era el estudio de los *hechos sociales*.

Marx y la sociología marxista

Carlos Marx aportó al campo de las ciencias sociales de su tiempo un nuevo método de investigación, conceptos nuevos y una serie de hipótesis para explicar el surgimiento, el desarrollo y la decadencia de determinadas formas de sociedad. Fue también un político y hombre de acción revolucionaria, cuya

creencia rebasó sus investigaciones científicas. La sociología marxista ha planteado con renovado vigor el conflicto entre una ciencia social objetiva y el compromiso político inherente al quehacer científico social.

Por lo que respecta al método científico, Marx hizo dos aportes fundamentales. Uno es la tesis de que las sociedades humanas son totalidades o sistemas en donde los grupos sociales, las instituciones, las creencias y las doctrinas están interrelacionadas y han de ser estudiadas en sus conexiones mutuas. La otra tesis es que las sociedades son sistemas intrínsecamente cambiantes, en donde se producen transformaciones debido a sus contradicciones y conflictos internos. El supuesto de esos cambios, si se observa un gran número de casos, dejará ver un grado de regularidad suficientemente amplio para permitir la formulación de enunciados generales sobre sus causas y consecuencias.

La sociología marxista ha planteado con renovado vigor el conflicto entre una ciencia social objetiva y el compromiso político inherente al quehacer científico social

Marx elaboró su concepción de la naturaleza de la sociedad y de los medios adecuados para estudiarla de manera más precisa y empírica que sus predecesores. Al atribuir a las características del sistema económico y a las relaciones entre las clases sociales derivadas de las relaciones económicas una influencia preponderante en la determinación de la estructura de cada sociedad, introdujo un elemento metodológico totalmente nuevo. Esta característica del método de Marx fue aceptada por los sociólogos posteriores, por ofrecer un punto de partida más prometedor para una investigación exacta y realista de las causas del cambio social, que el proporcionado por nociones como los tres estadios de desarrollo intelectual del hombre de Comte, o la del proceso de evolución superorgánica de Spencer.

En su teoría, el sistema económico tiene primordial importancia, pues se le atribuye la formación de los principales grupos sociales que son las clases, las formas de propiedad de los medios de producción y las formas de trabajo de los no poseedores. La idea del cambio social como resultado de los conflictos internos se pronunció en una teoría de la lucha de clases que las convertía en el principal y único agente de la actividad política. Esta concepción condujo a distinguir entre la clase dirigente y la clase oprimida, así como a una teoría especial del Estado.

Por otra parte, la idea de que los cambios sociales responden a un modelo uniforme propició la descripción de una sucesión histórica de los principales tipos de sociedad, desde la simple e indiferenciada del comunismo primitivo, hasta la compleja sociedad de clases del capitalismo moderno, señalando una explicación de las grandes transformaciones históricas que sustituyeron viejas formas de vida social por otras nuevas, en virtud de los cambios económicos.

Sus investigaciones personales se limitaron a las sociedades capitalistas del siglo XIX, y sus estudios de otro tipo de sociedad son fragmentarios. Algunas de sus ideas teóricas centrales se basan en la observación de las sociedades modernas industrializadas. Su teoría de las clases sociales es aplicable a la formación y desarrollo de la burguesía y al proletariado moderno.

Su teoría del conflicto debe su interpretación de la Revolución Francesa y a la lucha de clases que acompañó el crecimiento del movimiento obrero en la Europa occidental. Su concepto de ideología se originó en su crítica de algunas doctrinas sociales de la época, que de acuerdo con su criterio ocultaban o tergiversaban las verdaderas relaciones entre los seres humanos y los conflictos sociales de la Europa de su tiempo. Su estudio de los orígenes y desarrollo del capitalismo

industrial moderno explica su interés actual como filosofía vinculada al progreso de la ciencia y de la industria, y como propuesta teórica para la comprensión de la industrialización y el crecimiento económico.

La Sociología moderna

En la época moderna, por lo regular, se acepta que la Sociología es la ciencia que trata de los agregados y grupos sociales en su organización institucional, de las instituciones mismas y su organización interna, de las causas y consecuencias de los cambios que ocurren en las instituciones y en la organización social. La unidad sociológica más amplia es el sistema social, constituido por la interacción de la pluralidad de personas cuyas relaciones están orientadas por las instituciones.

Una sociedad es un sistema social empírico, organizado territorialmente, cuyos miembros se reclutan mediante reproducción sexual dentro del mismo sistema, el cual sobrevive a la desaparición de cada uno de sus integrantes gracias a la socialización de nuevos miembros en sus instituciones. Las instituciones sociales son modelos generales de normas que definen el comportamiento a seguir en las relaciones sociales. Las instituciones definen la forma en que los sujetos deben comportarse y legitiman las sanciones aplicadas a su comportamiento. La estructura o morfología social es la

integración y estabilización de la interacción social mediante una organización. En esta Sociología, la atención se centra en los seres humanos tal y como aparecen en la interacción social, o sea como personas que, en su comportamiento, se tienen en cuenta unos a otros.

Los principales sistemas de interacción son los grupos, las relaciones y las organizaciones sociales. Además de la interacción social de los seres humanos, los sociólogos se ocupan de los agregados sociales o poblaciones en su organización institucional. Talcott Parsons sostiene que la teoría sociológica es un aspecto de la teoría de los sistemas sociales y, por tanto, la Sociología es una ciencia social especial. Se le asigna el estudio de los fenómenos de la institucionalización de los patrones

Las instituciones sociales son modelos generales de normas que definen el comportamiento a seguir en las relaciones sociales

de acción valorativa en el sistema social, de las condiciones en que se realiza esa institucionalización y en que ocurren los cambios de patrones, de las condiciones en que se produce la conformidad o la desviación respecto a un conjunto de tales patrones, y de los procesos motivacionales de intervención. La otra teoría especial es la economía, a esta se asigna el estudio de la toma racional de decisiones y de las consecuencias de esas decisiones, dentro de un sistema institucionalizado de relaciones de intercambio. La ciencia política es considerada una ciencia sin ética construida en torno a un conjunto restringido de variables referidas al poder político.

Parsons define la teoría del sistema social como una de las tres ciencias analíticas de la acción. La teoría de los sistemas de la personalidad corresponde a la Psicología, y la teoría de los sistemas culturales pertenece a la Antropología.

Numerosos sociólogos definen sus especialidades en función de los problemas genéricos de interés sociológico. Por ejemplo, dentro de la Criminología, los sociólogos se concentran en la sociología del delito, interacción entre las víctimas y los delincuentes, sanciones y organización de los sistemas sancionadores, riesgos sociales diferenciales y las oportunidades de delinquir.

En la Psicología social, los sociólogos han elegido los problemas de la socialización para asumir roles, la explicación de la conformidad y la desviación en el comportamiento. En la ecología humana, redes comunales organizadas, división del trabajo y su estratificación, crecimiento y organización de la tecnología. En Demografía, los sociólogos se ocupan de la forma en que las instituciones y la estructura social, determinan los procesos básicos de la fecundidad, mortalidad y morbilidad, migraciones y diferenciación estructural de la fuerza laboral.

Algunas de las especialidades surgidas por razones prácticas o teóricas son economía y sociedad, sociología política, sociología industrial, sociología de la educación, de la religión, de la medicina y la salud, del derecho, del arte, el deporte y de la ciencia, así como la sociología del conocimiento. Ciertas áreas de síntesis y de aplicación práctica para la solución de problemas sociales o reforma de la sociedad, dan lugar a nuevas disciplinas especializadas, como la sociolingüística, la sociología de la cultura, comunicación masiva y opinión pública, criminología, delincuencia juvenil, salud mental, gerontología social, pobreza y dependencia.

La Sociología aplicada a la salud del grupo humano

No hay consenso ni claridad en cuanto a la denominación y clasificación de las tareas científicas del sociólogo profesional, dedicadas al estudio de los aspectos sociales de la salud y la enfermedad.

La ambigüedad obedece a que estos estudios y el conocimiento especializado que han producido son algo recientes y han tenido que vencer, para su desarrollo, obstáculos provenientes tanto de la Sociología como de las ciencias médicas y naturales, las cuales han puesto en duda su pertinencia y su carácter científico. Hay tres denominaciones a las que se hará referencia: sociología de la salud, sociología médica y sociología de la medicina. Los autores se han referido a ese conocimiento especializado con las tres denominaciones.

Los estudios sociológicos referidos a la salud y la enfermedad de los grupos humanos, tuvieron dos grandes fuentes en subdesarrollo: la teoría social desarrollada en el seno de la Sociología clásica y moderna; y el reto de los problemas prácticos de salud y enfermedad que se le plantean a la sociedad para ser resueltos.

● Sociología de la salud-enfermedad y teoría sociológica

Para ilustrar la relación que existe entre la Sociología especializada en la salud con la teoría sociológica daremos tres ejemplos. Uno es la tesis marxista de la relación entre el desarrollo del capitalismo y la salud diferencial de los grupos sociales que conforman la sociedad. Otra es el estudio del suicidio, realizado por Emilio Durkheim, para demostrar las relaciones entre componentes ideológicos estructurales de la sociedad y la conducta individual autodestructiva del suicidio. La tercera es el análisis de Talcott Parsons acerca de la práctica médica moderna como ilustración empírica de su modelo indefinido del sistema social.

● Perspectiva de Carlos Marx

En su libro *Sociología médica*, Raúl Soriano, profesor de Sociología Médica de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), plantea con mucha claridad algunas de las principales tesis de la sociología médica implicada en los trabajos de Carlos Marx.

El carácter social del proceso salud-enfermedad en un nivel general, expresa “las condiciones materiales de existencia de la sociedad en su conjunto”. Cada sociedad crea su propia patología y produce las condiciones sociales para la reproducción de la misma, en consonancia con el modo de producción prevaleciente. El análisis de Marx se refiere a la sociedad inglesa del siglo XIX, en donde las características de su epidemiología mostraban el predominio de enfermedades infecciosas y desnutrición, junto con un elevado índice de accidentes laborales en la industria. Las causas de dicha patología eran los problemas que padecía

la población, producto del desarrollo del capitalismo industrial. La producción económica conducía no solo al empobrecimiento de la fuerza humana de trabajo, sino a la extenuación y muerte prematura de la misma.¹

La población trabajaba y vivía en condiciones muy perjudiciales para la salud. Estas condiciones miserables de vida creaban un campo propicio para el desarrollo y la propagación de epidemias, enfermedades y accidentes. La patología repercutía

Cada sociedad crea su propia patología y produce las condiciones sociales para la reproducción de la misma

en las demás clases sociales. Las epidemias que surgían debido a tales circunstancias, y los daños ocasionados por la industria, trascendieron el conjunto de la sociedad inglesa, que también se vio amenazada por las enfermedades que diezaban a la población, a medida que avanzaba la consolidación del sistema capitalista. Es por esta razón que Marx afirmó que: "... la tuberculosis y otras enfermedades pulmonares del trabajo son la condición de vida del capitalismo".

Marx integró a su análisis sociológico de la explotación capitalista las consecuencias de esta en la salud de la clase trabajadora expresada por medio de indicadores observables como la presencia de enfermedades desconocidas o poco difundidas, y mayores y más graves accidentes.

Los efectos sanitarios de la explotación no solo se manifestaron en el proceso de trabajo, además invadían la vida del obrero fuera de la fábrica. Las condiciones sociales en que se desarrollaban las enfermedades pulmonares afectaban a la familia y a la sociedad en general, pues el problema de hacinamiento se observaba también en las viviendas. Para ilustrar su tesis, Marx cita a las autoridades sanitarias de la época.

¹ Marx, *El Capital*, 1973.

El doctor Embleton, del hospital de fiebres infecciosas de Newcastle, dice: “No hay duda que la causa de que perdure y se extienda el tífus radica en el hacinamiento de seres humanos y en la suciedad de sus viviendas. Las casas donde viven los obreros están situadas en callejuelas y patios tenebrosos. Son, en lo tocante a la luz, aire, amplitud y limpieza, verdaderos modelos de imperfección e insalubridad, una vergüenza para cualquier país civilizado. En estos tugurios duermen revueltos hombres, mujeres y niños. El turno de la noche de los obreros continúa sin interrupción al turno del día, y viceversa, sin dar a las camas siquiera tiempo para enfriarse. Estas insalubres viviendas tienen poca agua y malos retretes, son sucias, falta ventilación, pestilentes”.²

El análisis de Marx es que... el capital no pregunta por el límite de vida de la fuerza de trabajo. Lo que a él le interesa es, única y exclusivamente, el máximo de fuerza de trabajo que puede movilizarse y ponerse en acción durante una jornada. Y para conseguir este rendimiento máximo, no tiene inconveniente en abreviar la vida de la fuerza de trabajo.

Por otra parte, los miembros de una sociedad no se enferman de la misma patología ni con la misma frecuencia y gravedad; no envejecen con igual rapidez ni tienen una esperanza de vida semejante. Tanto la salud y la enfermedad, como la respuesta social a las mismas, se presentan de forma diferente entre las diversas clases sociales.

Existe una diferencia entre las dos clases presentes en las sociedades capitalistas con respecto a la morbilidad, la esperanza de vida y el acceso real a los servicios médicos.

El proletariado solo cuenta con la fuerza de trabajo que vende como una mercancía para subsistir, que lo lleva a vivir

I ² *Óp. Cit.*

en condiciones perjudiciales para su salud. La burguesía posee los medios para producir mercancías, rentas e intereses, permitiéndole un nivel de vida superior. Esto genera las características de las enfermedades que padece, pues las enfermedades infecciosas y la desnutrición son mínimas, con menor frecuencia y gravedad de los cuadros patológicos. Dispone de recursos para evitar o reducir la presencia de la patología de la pobreza, disfrutando de una vivienda limpia y con todos los servicios, alimentación adecuada y asistencias médicas oportunas.

Contrario a esto, en la clase proletaria se representa en extremo la pobreza. Esta situación se manifiesta en un número mayor de defunciones en la clase trabajadora, en comparación con la clase burguesa. Marx establece una clara relación entre el número de defunciones y la disponibilidad de los medios de vida: cuanto menores sean estos, mayor será el número de defunciones. Marx explica la supervivencia del obrero en términos de que "... acuden a recursos heroicos, cuyo secreto solo el obrero conoce, mermando la ración diaria, comiendo pan de centeno en vez de pan de trigo; comiendo poca carne o ninguna, y lo mismo manteca y especias, acomodando a toda la familia en una o dos habitaciones, en donde chicos y muchachas duermen revueltos... ahorrando en el vestido, en la ropa interior, en el jabón y el agua; renunciando a las diversiones de los domingos; en una palabra, sometién dose a las más dolorosas privaciones", lo que provoca mayores enfermedades, cuya atención oportuna y adecuada es prácticamente imposible.

Marx presenta las condiciones de vida del proletariado como la causa verdadera de las *enfermedades nacidas del hambre*. Cita el informe del doctor Simon sobre sanidad quien, refiriéndose a la situación alimentaria de los obreros, afirma lo siguiente: "Todo el que haya ejercido la medicina entre gente pobre o pacientes de los hospitales, ya sean internos o vivan fuera del

establecimiento, sabe cuánto abundan los casos en que la falta de alimento provoca o agudiza las enfermedades... sin embargo, desde el punto de vista sanitario, hay que tener en cuenta otra circunstancia mucho más decisiva... Debe recordarse que el organismo no tolera que se le prive de alimento y que, por lo general, a la penuria precede toda otra clase de privaciones. Mucho antes de que el régimen alimenticio adquiera una importancia higiénica... la casa del paciente se habrá visto despojada de todo confort material. El vestido, la calefacción dejarán todavía más que desear que el mismo alimento. La familia estará expuesta a todas las inclemencias del tiempo; el espacio habitable se verá reducido a proporciones ideales de enfermedades; la casa y los muebles habrán desaparecido casi sin dejar rastro, y hasta la misma limpieza resultará costosa y casi inasequible y, si por un sentimiento de dignidad aún se intenta conservarla, cada uno de esos intentos representará un nuevo tormento de hambre. La vivienda se instalará donde resulte más barato; en barrios donde la policía sanitaria recolecta los frutos más insignificantes, con desagües espantosos, circulación escasa, basura abundante, poca agua y luz. Tales son los peligros sanitarios a que se expone la pobreza, cuando los pobres no pueden comer siquiera lo indispensable. Y si todos estos males, sumados, envuelven un grave peligro para la vida humana, la simple escasez del alimento, ya de suyo es algo verdaderamente espantoso... Ideas aterradoras, sobre todo si se tiene en cuenta que la pobreza a la que nos referimos no es la pobreza de la ociosidad, achacable a quien la padece. Se trata de la pobreza de los trabajadores”.

La explotación se traslada al núcleo familiar donde la población infantil sufre las consecuencias de las condiciones de trabajo y de vida impuestas a sus padres. Tal situación implica una menor esperanza de vida para los hijos de los obreros, debido a las precarias condiciones de su existencia. Es por esto

que Marx se refiere a la enorme mortalidad de niños de obreros en edad temprana.

“En Inglaterra hay 16 distritos en los que de cada 10 000 niños que nacen mueren al cabo de un año, por término medio, 9 000 (en uno de los distritos, la cifra media es de 7 047 solamente); 24 distritos en los que la cifra de mortalidad es superior a 10 000 pero inferior a 11 000; 39 distritos donde la cifra de mortalidad es superior a 10 000 pero inferior a 11 000; 39 distritos, en los que oscila entre 11 000 y 12 000; 48 distritos donde excede de 20 000; 25 distritos en los que la mortalidad rebasa la cifra de 21 000; 17 en los que excede de 22 000; 11, donde pasa de 23 000; en Hoo, Wolverhampton, Ashton Under-Lyne y Preston, la mortalidad infantil pasa de 24 000; en Nottingham, Stockport y Bradford, rebasa la cifra de 25 000; en Whisbeac, la de 26 000 y en Manchester la de 26 125. (Sixth Report on Public Health, Londres, 1864:34). Según se demostró en una investigación médica oficial abierta en 1861, estas cifras elevadas de mortalidad se deben, si prescindimos de las circunstancias de orden local, al trabajo de las madres fuera de la casa, al abandono y descuido de los niños, alimentación inadecuada e insuficiente, empleo de narcóticos, aborrecimiento de los niños por sus madres, seguidos de muchos casos de muerte provocada por hambre, envenenamiento, etcétera”.³

El análisis marxista de la salud y la enfermedad se torna complejo cuando se consideran los diversos grupos que componen a la clase trabajadora, dentro del proletariado existe una situación diferente entre los diversos sectores que lo integran, con respecto a las características de la morbimortalidad, la esperanza de vida, el nivel de conciencia sobre los problemas de salud y el acceso real a los servicios médicos.

³ Íbidem.

Existe una relación entre la forma en que grupos específicos de trabajadores producen y se reproducen, la manera como se enferman y mueren, también el nivel de esperanza de vida que alcanzan.

Las observaciones de Marx con relación a la diferencia en la morbimortalidad y la esperanza de vida entre la ciudad y el campo, demuestran que la enfermedad y la muerte son fenómenos que adquieren sus propias particularidades según las zonas en que el desarrollo capitalista divide a los países; es decir, las zonas rurales y las urbanas.

Existe una relación entre la forma en que grupos específicos de trabajadores producen y se reproducen, la manera como se enferman y mueren, también el nivel de esperanza de vida que alcanzan

Estas perspectivas teóricas mantienen una extraordinaria vigencia en el trabajo analítico de escuelas que estudian a los países desarrollados en comparación con los países subdesarrollados, en cuanto a que ambos presentan formas distintas de patología atribuible a la especialización económica a que los somete el desarrollo del capitalismo mundial.

● Perspectiva de Emilio Durkheim

El estudio de Durkheim sobre el fenómeno del suicidio, está dirigido a demostrar con datos e información fidedigna, su teoría de que el individuo está inmerso en una realidad superior, la realidad colectiva.

“Si en vez de ver los suicidios como ocurrencias separadas, no relacionadas y estudiadas por separado, se toman los suicidios cometidos en una sociedad durante un periodo dado como una totalidad, se observa que este total no es simplemente la suma de las unidades independientes, un

total colectivo, sino que es en sí mismo un hecho *sui generis*, con su propia unidad, individualidad y naturaleza, la cual es predominantemente social. Si no se considera un periodo largo, las estadísticas de la misma sociedad se mantienen invariables... Esto debido a que las circunstancias ambientales de la vida de la gente permanecen invariables de un año a otro. A veces ocurren grandes cambios, pero son hechos excepcionales... Si se toma un periodo más largo, se observarán variaciones más importantes.... A cada momento de su historia, cada sociedad presenta una aptitud definida para el suicidio. La intensidad relativa de esta aptitud se mide tomando la proporción entre el número total de muertes voluntarias y la población de cada sexo y edad. Llamaremos a este dato numérico tasa de mortalidad por suicidio, característica de la sociedad en consideración”.⁴

La preocupación central de Emilio Durkheim al escribir su libro *El suicidio*, fue demostrar que la Sociología es una disciplina científica *sui generis*. Desde el punto de vista de la persona, una sociedad es una realidad dada desde la perspectiva de sus miembros, pero también regula su acción mediante normas y metas, que constituyen un sistema de normas acompañadas de sanciones impuestas por los seres humanos.

Una sociedad es una realidad dada desde la perspectiva de sus miembros

Para el sociólogo, los límites entre *individuo* y *sociedad* no pueden ser los del sentido común. Si el primer concepto se interpreta como personalidad humana, debe incluir un sector del sistema social, más específicamente el aspecto normativo de ese sistema, las creencias y los sentimientos compartidos que constituyen la *conscience collective*. Es así como Durkheim postula que los elementos esenciales de la cultura y la estructura

⁴ Durkheim, 1966:46.

social están internalizados como parte de la personalidad del individuo. En esto coincidió con Freud y con el movimiento de la psicología social de Estados Unidos, desde Charles Cooley, hasta George Herbert Mead y W. I. Thomas.

La sensibilidad de Durkheim respecto a los grandes problemas del suicidio venía de la *División social del trabajo* y su crítica del utilitarismo, más específico, de la pretensión de que una creciente división del trabajo y el progreso económico consiguiente irían acompañados de una progresiva *felicidad*. Llamó su atención el hecho de que el progreso económico de las nuevas sociedades industrializadas iba acompañado en todas partes por una elevación del índice de suicidios.

Esta anomalía, desde el punto de vista de la teoría utilitarista, sentó la base de su monografía *El suicidio*. Su método esencial fue reunir sistemáticamente la información estadística disponible sobre las tasas de suicidio y relacionar sus variaciones con toda una serie de características de las poblaciones involucradas. Por su naturaleza, tuvo que limitarse al mundo occidental moderno, pues era el único que ofrecía la información buscada. Con esta limitación estudió la nacionalidad, la religión, la edad, el sexo, el estado civil, el tamaño de la familia, el lugar de residencia, la situación económica y las variaciones en las condiciones económicas, así como las estaciones del año, e incluso las horas del día en que ocurrían los suicidios.

Utilizó el material publicado, como estadísticas referentes al suicidio, muchas de las relaciones estadísticas ya establecidas entre la tasa de suicidio y diversas relaciones sociales por la floreciente escuela de estadísticos morales, y los métodos de análisis ideados por Bertillon y muchos otros. Sociólogos anteriores, especialmente Morselli (1879), habían sostenido que la sociedad, y en particular las costumbres morales de la sociedad, eran la causa más importante de una determinada

tasa de suicidios. De estos trabajos Durkheim tomó sus ideas acerca de las causas de las oscilaciones en las tasas de suicidio.

La idea central de Durkheim es que para todas las sociedades existe un punto de equilibrio o integración de egoísmo-altruismo, por una parte, y de anomia-fatalismo, por otra. Cualquier cambio en los pesos relativos de estas ideas debe guiar a un aumento de la *desintegración social*, que a su vez conducirá a un aumento en la tasa de suicidios y en el tipo particular de relación social asociados con la *fuerza* que está dominando. De ahí que exista una relación estadística entre las tasas de suicidio y la frecuencia de cada tipo de relaciones sociales.⁵

Los datos de Francia publicados por partes fueron desglosados en distritos para apreciar las variaciones ocultas en las unidades mayores. Se reunieron todos los datos que se pudieron encontrar con la más amplia diversidad comparativa posible, aun cuando no pudiera expresarlo cuantitativamente, como al citar el caso del auto sacrificio voluntario por parte de los religiosos budistas, como ejemplo de lo que llamó suicidio altruista.

Encontró que la clasificación convencional de las causas del suicidio, a las cuales se comunicaba generalmente los datos, no le servían de nada. Introdujo un esquema propio muy original construido en torno al problema de las relaciones del individuo con la estructuración normativa del sistema social al que pertenece. Este esquema cierra dos pares de polos extremos en los cuales las tasas de suicidio son relativamente altas, y una zona media entre los polos en la que dichas tasas son un tanto bajas. El primer polo tiene altruismo y egoísmo en los extremos, y el otro polo, anomia y fatalismo.

⁵ *Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales*, 1977:27-34.

El tipo de suicidio altruista muestra cómo las exigencias de la colectividad son tan fuertes que existe una tendencia repetida a subordinar a ellas los intereses personales, hasta el punto de sacrificar la vida, aun cuando no parezca existir una situación de emergencia que requiera tal sacrificio. Durkheim comprobó que los oficiales del ejército eran los más propensos a este tipo de suicidio en las sociedades modernas, pero citó muchos otros ejemplos de diferentes sociedades. Su antítesis es el suicidio egoísta cuyos índices son más altos entre los protestantes que los católicos, hecho que explicó atribuyéndolo a la presión social, inherente a las normas protestantes en favor de un orden superior de responsabilidad religiosa individual.

Los conceptos de anomia y fatalismo en relación con el suicidio son muy importantes para la interpretación teórica-sociológica que hizo Durkheim del fenómeno biológico y demográfico de la tasa de suicidio.

Para comprender el concepto de anomia, es preciso tener presente que para Durkheim el observador, en cuanto a persona, se preocupa por la definición de la realidad con la que se ve confrontado. En un contexto puramente cognitivo, se trata de la adecuación de sus datos y su análisis. Sin embargo, en la medida en que la realidad la hace la persona y en cierto aspecto es normativa, el problema se convierte en el de la definición de la situación.

El asunto se centra en lo que se espera de la persona y en el problema de la determinación de las expectativas. En el caso de las condiciones físicas de los procedimientos tecnológicos, las expectativas pueden definirse en función de las metas de las personas; no corresponden a los procesos externos y probabilidades técnicamente definidas relativas al propio ambiente, puesto que este no actúa. En un sistema de interacción social, el éxito no puede ser solo una función del control sobre el medio, sino que implica el sentido que tiene esforzarse y

gastar recursos, a menos que el resultado que pretende lograr el interesado sea claramente deseable.

El medio social de cualquier persona está formado por otras funciones cuya acción debe analizarse en la misma forma que la primera. En este marco, anomia es el estado de un sistema social que hace que una determinada clase de miembros considere que el esfuerzo para conseguir el éxito carece de sentido porque no tienen una definición clara de lo deseable. Es una patología del sistema normativo colectivo.

Anomia es el estado de un sistema social que hace que una determinada clase de miembros considere que el esfuerzo para conseguir el éxito carece de sentido

Queda claro con esta apretada síntesis del trabajo de Durkheim en torno a la muerte por suicidio, que demostró ser válido el abordaje de un fenómeno biomédico, desde la perspectiva global de la sociedad en donde se presenta el fenómeno.

Durkheim emplea el análisis de las relaciones entre la estructura de la sociedad y su tasa de suicidio, para establecer proposiciones teóricas respecto a la realidad colectiva que está en la base de su teoría sociológica de la estructura y la dinámica de la sociedad.

● Perspectiva de Talcott Parsons

Al igual que los casos de Marx y Durkheim, los trabajos de Parsons sobre la moderna práctica médica ilustran de manera clara la sociología aplicada a los problemas de salud y enfermedad del grupo humano.

En su libro *El sistema social*, Parsons cierra su capítulo décimo “Estructura social y proceso dinámico: El caso de la práctica

médica moderna” con estas palabras: “De este modo, el análisis de la moderna práctica médica no solo nos ha proporcionado un estudio de caso de un tipo de estructura social que es interesante y significativo en sí mismo, sino además como aplicación de un paradigma teórico para el análisis de la estructura social. Más que eso, nos ha abierto una ventana para la observación de procesos de equilibrio dentro del sistema social, que tienen una significación generalizada por encima de la ‘habitación’ dentro del edificio superior de la sociedad a que se abren estas ventanas particulares”.

Se destaca el doble propósito del análisis sociológico de un componente de la respuesta social a los problemas de salud y enfermedad. Por una parte el análisis de rasgos estratégicos de un subsistema de la sociedad occidental moderna, busca probar la importancia empírica del análisis indefinido del sistema social. Por otra, busca aprovechar la ubicación estratégica de una forma de institucionalización relacionada con un problema práctico presente en todas las sociedades como es el problema de la salud.

Parsons concentra su atención en la práctica médica orientada a superar las alteraciones de la salud del individuo. Concibe la salud dentro de las necesidades funcionales del miembro individual de la sociedad, ya que un nivel demasiado bajo de salud es disfuncional. En la medida en que la presencia de enfermedad incapacita para desempeñar roles sociales, hay un interés funcional de la sociedad en su control, para reducirla al mínimo.

En resumen, podemos decir que la enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento normal del individuo.

La idea del ajuste del individuo se comentaba con frecuencia en el análisis de las consecuencias de la enfermedad física, la deficiencia o enfermedad mental, el alcoholismo, la incultura o

la socialización incompleta, para la realización de los objetivos de la vida considerados normales por la mayoría de la gente.

La expansión de la relatividad cultural en la Sociología, así como las crisis de los años treinta y las revoluciones sociales en el mundo, descartó la patología social como forma viable de enfoque de los problemas sociales.

A la necesidad de conceptos que permitieran organizar el pensamiento acerca de las sociedades afectadas por profundos cambios y crisis, se unía la de situar el estudio de los problemas sociales dentro de un esquema intelectual más amplio, que se ajustara a las aspiraciones metodológicas de los sociólogos.

El concepto de desorganización social proponía que muchos de los fenómenos sociales catalogados como patología social o problemas sociales, eran síntomas o productos de procesos como desarrollo cultural desigual, conflicto, desacuerdo o cambio dialéctico.

Se estableció una distinción fundamental entre desorganización social y desorganización personal, y se supuso que la segunda estaba funcionalmente asociada a la primera. Este enfoque perdió vigencia cuando los estudios etnográficos en los barrios bajos demostraron que tales áreas están o pueden estar relativamente bien organizadas.

Otro enfoque es el de los problemas sociales vistos como disfunciones. Existen ciertos requisitos funcionales de la vida social en torno a los cuales operan las estructuras institucionales, apoyándose mutuamente, satisfaciendo las necesidades psicobiológicas de los individuos y contribuyendo a la integración general de la sociedad. Las prácticas que van en contra de esos requisitos, que quiebran el nexo institucional o frustran las necesidades del individuo, se definen como disfunciones sociales. Este enfoque presenta serias dificultades a la hora de decidir cuáles son esos requisitos indispensables

respecto a los que se declara una conducta como disfuncional o antisocial.

Relacionado con esta idea se encuentra el enfoque de los problemas sociales como desviación, en donde se violan normas o expectativas de la sociedad. Este enfoque ha conducido a una actitud moralizadora y negativa contra el *desviado*.

Una perspectiva que ha cobrado importancia y actualidad en la sociología aplicada es la llamada investigación operativa, que incorpora los métodos y teorías de la sociología a la investigación aplicada a problemas relacionados con las funciones administrativas y ejecutivas. Proyectos técnicos de desarrollo para la solución de problemas involucran necesariamente a la comunidad local o nacional, cuyos planes, metas y actitudes son decisivos para el éxito de la aplicación de que se trate.

La cooperación del grupo social involucrado, el conocimiento de sus características relevantes, y su disposición a reorganizar su conducta de acuerdo con los requisitos del proyecto, requieren una investigación sociológica especializada, interdisciplinaria y dirigida a los fines específicos del proyecto y del problema que se desea resolver.

La sociología de la salud y la enfermedad

Dentro de estos grandes marcos de desarrollo se ha planteado la especialización de la sociología de los fenómenos de salud y enfermedad.⁶

⁶ Para referirnos en forma unificada a estas áreas de especialización de los estudios sociológicos, llamaremos al conjunto sociología de la salud y la enfermedad, o en forma abreviada sociología de la salud.

Podemos distinguir las siguientes áreas de esta especialización particular:

- La sociología de la salud, engloba el estudio sociológico de todo el sistema de la respuesta social a los fenómenos de enfermedad y desarrollo de la salud.
- La sociología de la medicina, se refiere al campo específico del ejercicio de la medicina como estructura fundamental de la respuesta social a la enfermedad, en sus aspectos de atención médica y de su organización administrativa.

Se abordan problemas como:

- Los elementos sociales que intervienen en el proceso terapéutico.
- Los aspectos sociales de la relación médico-paciente.
- La sociología del sistema médico y de sus instituciones.
- Los componentes sociales de la prevención y de la readaptación.
- La sociología de la educación médica y de las profesiones de la salud.
- Aspectos sociales del sistema de salud.
- El sector salud en la sociedad.
- Políticas de salud.

La sociología de la salud estudia los factores sociales inmediatos y remotos que operan en los procesos patológicos, con el fin de participar con el equipo de salud en el planeamiento y la realización de actividades de campo, enseñanza, investigación epidemiológica y clínica. También se le llama sociología clínica porque estudia las conductas específicas que determinan un mayor o menor riesgo de enfermar, del grado de virulencia y gravedad, de la oportunidad de intervención terapéutica y de su

grado de éxito de la prevención y control de las patologías con base en la conducta social humana.

El sociólogo de la salud parte de los datos elaborados por el médico epidemiólogo, quien certifica la naturaleza del caso, mediante un diagnóstico clínico, y ordena los casos de acuerdo con la fluctuación de las tasas, su distribución demográfica y geográfica, y el tipo de conducta individual y social que está más vinculado a la epidemiología de la enfermedad de que se trate.

Si la conducta humana se manifiesta dentro de un condicionamiento histórico social derivado de un sistema de convivencia social históricamente organizada y en cambio permanente, la determinación sociocultural de la acción humana debe pasar por una remodelación de los impulsos biológicos básicos. Con esta base, el sociólogo establece el modelo de frecuencia y tipo de las conductas sociales que afectan el riesgo, y señala con exactitud la población meta, los comportamientos riesgosos y los mecanismos colectivos que determinan esos comportamientos.

Si la conducta humana se manifiesta dentro de un condicionamiento histórico social la determinación sociocultural de la acción humana debe pasar por una remodelación de los impulsos biológicos básicos

La lista de las diferentes categorías de factores sociológicos que aparecen ligados a la salud y a la enfermedad, da una idea del tipo de variables que manejan los sociólogos de la salud:

Características biológicas del grupo:

- Estructura étnica de la población; susceptibilidad étnica y de grupos.
- Grupos sanguíneos y factor Rh.
- Existencia de factores genéticos adversos en el grupo y que pueden desarrollar enfermedades y anomalías físicas o mentales de origen genético.

- Existencia de factores congénitos adversos.

Características demográficas del grupo:

- Estructura de la población: edad, sexo, profesión, actividad, densidad, situación urbana o rural, nivel de educación, religión y creencias.
- Dinámica de la población: natalidad, mortalidad, esperanza de vida, crecimiento y velocidad del crecimiento, migración interna y externa, urbanización y movilidad social.

Características socioculturales del grupo:

- Niveles culturales y analfabetismo. Niveles de educación sanitaria.
 - Barreras debidas al lenguaje.
 - Hábitos, actitudes y comportamiento frente a la salud. Dietas nacionales y regionales; hábitos alimentarios. Tamaño tradicional de la familia.
 - Uso de anticonceptivos.
 - Existencia de grupos sociales marginados.
 - Condición económica y social de los dos sexos, así como los grupos de edad.
 - Importancia y estabilidad de la familia.
 - Valor real de la educación familiar.
 - Representación social de los estados de salud y sociedad.
- Factores dependientes de las actividades del grupo:
- Condiciones y riesgos del ambiente laboral.
 - Distribución de la población por profesión y tipo de trabajo.
 - Nivel de salarios en relación con el costo de la vida. Hábitos domésticos.

- Hábitos de reposo y de recreación.

Factores del ambiente social externo del grupo:

- Geología y clima: severidad de las estaciones del año; lluvias y disponibilidad de agua, contenido mineral del suelo, bosques, etcétera.
- Grado de aislamiento geográfico de los grupos y medios de comunicación.
- Contaminación de suelo, atmósfera, agua y alimentos.
- Radiaciones naturales y artificiales.
- Tenencia y propiedad de la tierra.
- Cantidad de tierra cultivable en relación con la disponible.
- Condiciones del ambiente doméstico: calidad arquitectónica de la vivienda, número de habitantes por pieza, disponibilidad de agua sana y de servicios de eliminación de excretas y basuras, iluminación y ventilación.

Factores dependientes de la organización social:

- Nivel de vida y nivel de desarrollo social de la población.
- Costo de vida y niveles de salario.
- Propiedad de la tierra y de los medios de producción.
- Porcentaje de la población activa por categoría de actividad.
- Porcentaje de ausentismo en el trabajo.
- Porcentaje de suspendidos por sexo y edad.
- Porcentaje de hombres y mujeres en el empleo.
- Existencia o no de dependencias económicas externas y concentración económica nacional.

- Existencia de las clases sociales y grupos económica y culturalmente favorecidos, existencia de tensiones económicas y sociales.
- Producción nacional: PNB, exportación, importación.
- Comunicaciones y transportes.
- Cobertura y beneficios de los seguros sociales.
- Características del sistema de salud.

Desarrollo de la sociología de la salud

En la década de los años treinta, los estudios especializados de la sociología de la salud y la enfermedad se desligaron de las aplicaciones prácticas en el campo puramente médico, y tomaron un rumbo hacia el estudio de los factores socioculturales en la salud humana.

Esta tendencia aparece simultáneamente en varios centros de estudio: en la escuela de Chicago con los trabajos de Faris y Dunham; en la Universidad de Yale con los estudios epidemiológicos aplicados a la comunidad de New Haven y en Nueva York cuando se plantea la sociología de la educación sanitaria. Estos nuevos intereses científicos impulsan cambios que *generan* recursos para el desenvolvimiento definitivo de la especialización.

Importante fue el apoyo brindado por sociólogos de prestigio académico en Estados Unidos como Parsons, Merton, Kendall, Bloom y Fox en el desarrollo de los elementos teóricos en los cuales se ha basado buena parte de la sociología de la salud. El primer programa de doctorado se impartió en la Universidad

de Yale en 1954, dirigido por Augusto B. Hollingshead, autor del famoso ensayo *Clase social y enfermedad mental*. En 1960 se creó la sección de sociología de la medicina dentro de la Asociación Norteamericana de Sociología. En 1966 se comenzó a publicar el *Journal of Health and Behavior* bajo el patrocinio de la Asociación. Algunas fundaciones brindaron un apoyo especial a esta nueva disciplina, entre las que se encuentran *Milbank Memorial Fund* y la *Russel Sage Foundation*, al igual que importantes entidades públicas como el *National Institute of Health*.

En Europa el desarrollo de la disciplina se ha dado sobre todo en Gran Bretaña, Bélgica y Polonia. En España, ya en los últimos años del siglo XIX y los primeros del XX se encuentran médicos preocupados por los factores sociales, y sociólogos que analizan el sector sanitario. Esta primera época tiene, entre los médicos con orientación social, a José de Letamendi y a Gregorio Marañón. Después se dan las contribuciones de historiadores de la medicina como Pedro Lain Entralgo y José López Pinero.

En América Latina y en Costa Rica en particular, el desarrollo de esta especialidad de la Sociología es reciente y vigoroso, pero aún tiene planteado el reto de persuadir a médicos, sociólogos y políticos de la importancia de un conocimiento científico de los factores sociales de la salud y de la enfermedad. A finales de los sesenta, en las escuelas y facultades de medicina (con excepción de docentes aislados de cátedras de Medicina preventiva, Psiquiatría, Fisiología, etcétera), prevalece la voluntad de no incorporar contenidos que destaquen la importancia de lo social.

En los años cincuenta las ciencias sociales reciben un estímulo para adentrarse en los sistemas de salud. Su participación se da bajo la denominación de “ciencias de la conducta”. Una de sus perspectivas incluye a las ciencias biológicas, psicológicas

y sociales en la explicación de la conducta humana. La otra se limitaba a integrar lo social.

La denominación de ciencias de la conducta se dirigía a la búsqueda de legitimación en campos de aplicación específicos, mediante una aparente connotación neutral aceptable para científicos sociales y de la Biología. Así se trataba de separar el concepto de lo social del concepto político de socialismo. Esta actitud produjo la neutralización de la sociología al orientarla hacia la conducta individual, en vez de las instituciones, las relaciones sociales y la ideología.

Precedida por la tibia incorporación en cátedras de medicina preventiva y social que asignaban espacios para las ciencias de la conducta, comenzaron a difundirse intentos de innovación por parte de los organismos internacionales, fundaciones y asociaciones nacionales. De esta manera se dieron los seminarios sobre ciencias de la conducta aplicadas a la medicina, auspiciadas por la OPS/OMS, que propiciaron la legitimación e interrelación de los esfuerzos aislados y la estructuración de una red de comunicación. En la década de los setenta, se dio la crisis de la orientación. La magnitud de los problemas médico-sociales hacía obvia la determinación social de tales situaciones y ubicaba el análisis en una dimensión donde la conducta individual o grupal no constituía un criterio observacional y explicativo suficiente.

Cuando las tasas de mortalidad infantil se estimaban en un rango de 40 a 180 por mil, o la mitad de la población latinoamericana carecía de adecuada atención médica, el objeto de estudio, la estructura social, se imponía como realidad a los eufemismos teóricos o metodológicos. Las condiciones sociales mismas invalidaban el enfoque conductual. En esos años se formula un nuevo requisito teórico que debía incluir la presencia del componente histórico, la aprehensión de las diferencias sociales y económicas y de los conflictos de ella

derivados. Las investigaciones con datos primarios no eran frecuentes en esos años. El estudio de Juan César García sobre “La educación médica en América Latina” marca el cambio de un enfoque funcionalista a otro más completo y profundo. Así se presentaron estudios similares de los casos particulares de países específicos y los sociólogos encontraron una demanda de diagnóstico e intervención en escuelas que pretendían cambiar sus planes de estudio. La Sociología empezó a jugar un papel importante en el diseño curricular de la enseñanza de la Medicina.

La instauración de dictaduras y gobiernos dictatoriales puso en crisis todo el equipo teórico metodológico utilizado hasta entonces. Una segunda etapa de la sociología puede quedar comprendida entre 1975 y 1980. Berlinguer, Pollack, Comité d’Action de Sante, Maccacaro y Foucault pasan a tener una influencia teórica decisiva.

La OPS alentó en ese periodo, dentro del campo de la Sociología, la investigación empírica, que se opuso a la rutina del discurso teórico repetitivo, a la vez que apoyaba la constitución de programas de posgrado en medicina social. El resultado de estas investigaciones fue cimentar una identidad científica y profesional a partir de lo que el enfoque sociológico está en capacidad de abordar y explicar. De esta manera, se expandió la convicción de que el aporte sociológico era posible y necesario.

Los golpes de Estado, la aplicación de una política económica monetarista y la disminución de conquistas sociales que ocurren en esos años, hicieron que los científicos sociales trataran de entender dichos cambios mediante trabajos que analizan desde diferentes ángulos las repercusiones crecientes del autoritarismo en el plano sanitario.

El trabajo de Madel T. Luz, “As instituciones medicas no Brasil: Instituicao e estrategias de hegemonia” (1979), va más

allá de la articulación mecánica del Estado con la institución sanitaria, para identificar la introducción del proyecto autoritario global en la institución médica. J. C. García logra una aproximación histórico-social comparativa. Se realizan nuevos trabajos sobre temáticas que habían permanecido subvaloradas o cerradas, como la educación para la salud y la salud materno-infantil, con la convergencia de sociólogos, demógrafos, educadores y epidemiólogos. Lo social deja de ser un cuerpo de variables que interactúa con lo biológico y lo psicológico para penetrar la dimensión de lo médico, operando un cambio de la concepción de la totalidad bajo estudio.

Lo social deja de ser un cuerpo de variables que interactúa con lo biológico y lo psicológico para penetrar la dimensión de lo médico

En el enfoque marxista, la salud sigue considerándose efecto de una estructura social exterior al sujeto de los fenómenos de salud y enfermedad. La temática fundamental y los enfoques teóricos dan prioridad a dos campos centrales: poder y clases sociales. La estructuración de clases no alcanza un nivel adecuado de concreción empírica o es tratada solamente con referencia a la clase obrera. Desde 1980 a la fecha, algunos aspectos de la sociología aplicada pasan a ser más difundidos. De su ubicación inicial en las cátedras pasa a convertirse en una presencia más frecuente y diversificada en los organismos públicos, centros de investigación y el mundo académico.

● La sociología de la salud en América Latina

La sociología de la salud en América Latina parece alcanzar su madurez evidenciada por la existencia de centros de investigación reconocidos, reuniones internacionales y financiación de investigaciones. La principal preocupación se

desplaza de la fundamentación teórica al estudio empírico de los procesos sociales, estableciendo una relación más estrecha entre teoría y datos empíricos.

Los temas más analizados son salud y trabajo, servicios de salud y gestión estatal y popular, en donde se trata de descubrir procesos, señalar sus determinaciones y examinar las posibilidades de intervención. En numerosas investigaciones la intervención de los sujetos bajo estudio, pasa a ser un requisito metodológico fundamental. Actualmente las investigaciones suelen dirigirse a la caracterización de procesos sociales que se reflejan en el campo sanitario. El investigador acompaña estos procesos en su dinámica, para lo cual se utiliza una variada gama de técnicas de investigación que buscan superar las pequeñas restricciones de la encuesta o las distorsiones propias de la confianza en lo verbal, por los informantes.

En América Latina la reacción contra la participación de los sociólogos en el sector salud ha sido cerrada y frontal, llega a extremos como el ataque personal, el cierre del acceso a fuentes de datos epidemiológicos y estadísticos elaborados por las entidades oficiales, y la realización por parte de otros profesionales de la salud, sin entrenamiento en la teoría y la metodología sociológica de investigación, de estudios y análisis sociológicos con base en su intuición y sentido común. Poco a poco, a medida que los resultados de estas intervenciones ajenas a la Sociología van mostrando sus limitaciones, y por la necesidad de los profesionales en salud de trabajar con las comunidades, familias y grupos regionales, se han ido creando oportunidades promisorias de diálogo, cooperación y apoyo mutuo entre los sociólogos de la salud y el resto de los profesionales y científicos del sector.

Este libro pretende iniciar una nueva etapa de desarrollo mutuo para beneficio y aplicación eficaz de la ciencia a la solución de los graves problemas de salud que afronta nuestra sociedad.

Nociones de salud y enfermedad

En nuestro análisis de una sociología para la salud, como el estudio de la lógica social de los estados orgánicos de los seres humanos en el seno de grupos y poblaciones, es indispensable examinar las nociones de salud y enfermedad.

Pocos aspectos de la vida cotidiana dan la importancia necesaria a la salud y la enfermedad en nuestra sociedad. Se sabe que la primera comunicación entre dos seres humanos es un saludo; es decir, un intercambio de información sobre el estado de salud personal.

Por regla general, cuando dos personas se encuentran y se saludan, la pregunta fundamental es ¿cómo está usted?, con lo cual se expresa interés por el estado de salud de la persona. De inmediato, la respuesta muy bien, confirma que la persona goza de buen estado de salud.

Si la persona a la que se saluda, ha estado o está enferma, así lo explica y lo comunica. Nuevas preguntas: ¿cómo se siente? o ¿qué tiene?, expresan los conceptos implícitos en nuestra cultura

respecto a la salud y la enfermedad. La enfermedad es algo que se siente, que es subjetivo, una experiencia sensorial. Pero también, la enfermedad es algo que se posee, una cosa que se tiene, una entidad objetiva. Cuando decimos a alguien “espero que se restablezca”, estamos evidenciando nuestro concepto de que la dolencia es un estado transitorio, que puede superarse mediante un proceso de curación que restablece, reconstruye o restaura el equilibrio original, anterior a la crisis patológica.

Por lo general, se equipara la salud con el estado normal del organismo. La idea más generalizada es que lo normal es lo promedio. Para dejar bien claros estos conceptos, se debe tener en cuenta que la noción de salud entre los seres humanos se refiere tanto a las definiciones cognoscitivas de la ciencia natural respecto a los estados de la materia orgánica que constituye el cuerpo humano, como a las concepciones culturales y las definiciones establecidas por cada grupo sobre los signos externos que identifica como salud.

En el campo de la percepción científica moderna de los estados identificados como salud, es la biología la ciencia que resulta más pertinente. En biología, lo normal es un conjunto de variaciones finas en torno a un promedio característico para una población dada en un ambiente específico.

Las variaciones biológicas en el ser humano son notables, sin abandonar la noción de normales. Una persona puede considerarse normal a pesar de que su peso, estatura, temperamento, presión arterial, inteligencia, agudeza auditiva, etcétera, sean muy diferentes de otras personas también consideradas normales.

El paso de la normalidad a la anormalidad puede ser brusco o paulatino, depende mucho del marco de referencia. La variación ecológica está ligada al ambiente considerado normal en un lugar, pero puede no serlo en otro.

La presión arterial y la tasa de glóbulos rojos en la sangre serán diferentes en la población de La Paz, Bolivia, a 4 000 metros de altitud, que en Arica, Chile, al nivel del mar, a pocos cientos de kilómetros de La Paz, y considerado normal.

Las variaciones de los límites de la normalidad se hacen más complejas cuando se consideran poblaciones humanas en situaciones cada vez más diferentes, alcanzando un grado infinito de complejidad cuando se consideran las variaciones que implica la existencia de grupos de la especie humana distribuidos en la complicada gama de ambientes que ofrece el planeta en que habita.

Para la Biología, la normalidad relaciona los requisitos de la fisiología con el contexto de la ecología. Desde el punto de vista sociológico, la normalidad es una norma establecida por la sociedad y definida en forma diferente de acuerdo con el lugar que ocupa en su estructura.

Puesto que los fenómenos identificados como estados de salud son específicos y cambiantes de acuerdo con las condiciones ambientales y de grupo, es imposible establecer una noción de salud que tenga validez universal.

Puesto que los fenómenos identificados como estados de salud son específicos y cambiantes de acuerdo con las condiciones ambientales y de grupo, es imposible establecer una noción de salud que tenga validez universal

Sin embargo, se ha intentado llegar a una definición lo suficientemente flexible como para señalar los rasgos generales de la noción de salud humana que sea inteligible para la sociedad humana actual.

La idea de salud implica variación y adaptación continuas. No es el extremo opuesto en un continuo del estado de enfermedad. Entre los estados de salud y enfermedad existe

una escala de variación, con estados intermedios que van de la adaptación perfecta a la desadaptación total.

La salud y la enfermedad presentan síntomas clínicos directos, cuando esto sucede hace que los dos estados se excluyan mutuamente. No sucede así con la salud o la enfermedad latentes. Por ejemplo, una porción de la población adulta puede tener lesiones arterioscleróticas como se demuestra en las autopsias, pero solo un pequeño porcentaje presenta los signos clínicos. También es el caso de los exámenes de salud realizados en personas aparentemente sanas que revelan síntomas patológicos o de anormalidad.

El paso de la salud a la enfermedad se inicia con un periodo silencioso de incubación que puede ser corto o largo.

En la primera etapa, el proceso es activo, pero no hay medios técnicos para descubrirlo. En una segunda etapa, los procesos podrían ser detectados si se aplicaran las técnicas modernas de laboratorio. En una tercera etapa hay síntomas manifiestos que el enfermo puede descubrir y reportar o no, y que el médico puede o no identificar. En la etapa final la desadaptación provoca la reacción intensa del organismo como defensa final y el proceso patológico llega a interferir con la función normal del organismo y la vida del paciente. La gravedad de una enfermedad depende del grado de interferencia funcional que provoque.

La variación biológica que origina la adaptación física, mental y social del ser humano a las condiciones del ambiente, tiene como extremos la salud plena y la enfermedad grave. Entre ambos extremos se ubica una gama variada y compleja de estados de salud y enfermedad.

Hernán San Martín establece que... “un individuo sano es aquel que muestra y demuestra una armonía física, mental y social con su ambiente, incluyendo las variaciones, en tal forma

que puede contribuir con su trabajo productivo y social al bienestar individual y colectivo”.⁷

Por tanto, la salud es el equilibrio entre el medio interno y el externo del individuo, influido por las diferencias genéticas y las condiciones de vida.

De estas concepciones se entiende que la salud no es un hecho fatal e inevitable determinado por la herencia. Se hereda un equipo biológico que estará en relación constante de desarrollo favorable o desfavorable con los factores del ambiente a los que la persona se enfrenta a diario.

La salud es un estado variable que debe ser protegido, cultivado y fomentado mediante la creación de condiciones positivas de nivel de vida y calidad del ambiente inmediato, el conocimiento de los riesgos presentados por el ambiente para el estado de salud y la conducta efectiva en relación con ese estado.

Equilibrio dinámico entre salud y enfermedad	=	Potencial genético del individuo	+	Capacidad de adaptación del hombre y la población a su ambiente	+	Riesgos y peligros para la salud en el ambiente
--	---	----------------------------------	---	---	---	---

El organismo humano tiene la capacidad fisiológica de incluir una agresión externa, de manera que esta sea limitada y no provoque el desequilibrio percibido como enfermedad por el individuo, la salud es un estado que refleja las capacidades orgánicas de tolerancia, de compensación y de poder de adaptación. Al pasar a un estado patológico o de enfermedad, este expresa el desequilibrio, la descompensación y la intolerancia a los agentes agresores externos, propia de una total desadaptación. En este caso, los diversos mecanismos mediante los cuales el organismo habría podido contrarrestar

⁷ San Martín, 1963:8.

la agresión, actúan de manera negativa, amplificando los fenómenos patológicos.

Un ejemplo de lo anterior es la hipertermia o alta temperatura corporal, mecanismo de compensación y de lucha contra un estado infeccioso. La fiebre es percibida por el paciente como un síntoma patológico negativo. El médico conceptúa esta fiebre y conoce cómo puede ser el punto de partida de nuevos desequilibrios capaces de agravar el estado del enfermo y conducirlo a la muerte.

La salud es un estado variable que debe ser protegido, cultivado y fomentado mediante la creación de condiciones positivas de nivel de vida y calidad del ambiente inmediato

Con base en esta capacidad del organismo para la compensación y descompensación, se comprende la evolución espontánea de numerosas enfermedades sin tratamiento, y cómo muchos medicamentos solo refuerzan la resistencia a la capacidad de compensación del organismo sin actuar directamente contra la causa de la enfermedad.

Las nociones de salud y enfermedad modernas son concepciones sintéticas de múltiples nociones derivadas de la biología, la fisiología, la ecología, la sociología y la economía, para dar cuenta de una amplia variedad de fenómenos involucrados en los estados orgánicos resultantes.

El elemento decisivo de la noción de salud y de la enfermedad, desde la perspectiva de la sociología, es que se trata de expresiones de la interdependencia del individuo con la sociedad y con el ambiente total.

La salud como estado orgánico es un proceso biológico, pero implica factores que intervienen en su determinación y variación, como ecología, ambiente, sociedad y cultura.

Las concepciones de salud y de enfermedad son nociones dinámicas, que cambian de acuerdo con la época, las condiciones concretas de vida de las poblaciones y la ideología dominante en ese momento específico.

Las ideas de salud no son un conocimiento o un valor absoluto, sino una postulación tentativa establecida con base en la experiencia directa de la población y elaborada con base en su concepto del mundo y a su filosofía fundamental.

Todo parece indicar que actualmente se da un debate entre dos conceptos de salud: aquellos que enfatizan el aspecto subjetivo de experiencia de bienestar con malestar, y aquellas que enfatizan el elemento objetivo de equilibrio adaptativo al ambiente.

El problema con esta separación radical es que quizá la salud tenga componentes de ambas dimensiones. La salud y la enfermedad son percibidas como una experiencia inmediata y subjetiva de placer o dolor, tanto como un dato cognoscitivo falso o verdadero, y la respuesta individual y social a la salud y la enfermedad van a estar condicionadas a tales factores.

Hernán San Martín, en *Salud y enfermedad*, menciona algunas definiciones de salud que intentan tomar en cuenta varios factores importantes de la salud o que enfatizan alguno de sus componentes.

El profesor Lambert, subdirector del laboratorio de Antropología física de París, considera que “toda definición de la salud debe tener en cuenta la facultad de adaptación humana”.

La oms define la salud como un “estado de bienestar completo (físico, psíquico y social) y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez”.

Algunos países africanos han propuesto la definición *estratégica* de la salud, que estipula... “el mejor estado de

salud de la población de un país, corresponde al mejor estado de equilibrio entre los riesgos que afectan la salud de cada individuo, y de la población y los medios existentes en la colectividad para controlar estos riesgos, teniendo en cuenta la cooperación activa de la población”.

Para Milton Terris, la salud tiene dos aspectos. Uno subjetivo que se refiere al sentirse bien, y otro objetivo que implica la capacidad para la función.

Para Dubos, la salud es “el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones de este medio”.

El *Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas* de McGraw-Hill da la siguiente definición, concisa y elegante: “Estado de equilibrio dinámico entre el organismo y su ambiente que mantiene la integridad estructural y funcional del organismo dentro de límites normales para esa forma particular de vida (raza, género, especie) y la fase particular de su ciclo vital”.

Para el profesor Cornillot, la salud es “una noción perfectamente subjetiva, no reposando sobre ningún criterio objetivo de carácter biomédico o socioeconómico, la salud aparece como un estado de tolerancia y compensación física, psicológica, mental y social, fuera del cual toda otra situación es percibida como enfermedad”.

Para el doctor Hernán San Martín “la salud es una noción relativa que reposa sobre los criterios objetivos y subjetivos (adaptación biológica, mental y social) que aparece como un estado de tolerancia y compensación física, psicológica, mental y social, fuera del cual todo otro estado es percibido por el individuo y/o por su grupo, como la manifestación de un proceso mórbido”.

Todo parece indicar que la salud es, a la vez, un concepto cultural elaborado históricamente por una población en su relación con el ambiente, así como procesos orgánicos científicamente definibles. Si tanto los conceptos de salud como las ciencias que definen sus componentes cognoscitivos son parte de la cultura, que a su vez es un producto cambiante a lo largo del desarrollo de las sociedades, se tiene que la salud es un hecho eminentemente social.

Cada grupo humano establece su idea de salud y enfermedad, que a su vez determina las emociones, actitudes, temores, creencias y tradiciones que configuran la respuesta individual y colectiva a los procesos biológicos, trátase de los percibidos como salud o de los que se distinguen como enfermedad.

● La enfermedad

Por lo regular, se reconoce a la enfermedad como un proceso de deterioro que daña el funcionamiento o el aspecto externo de una persona, y que puede culminar con la muerte.

En la actualidad se da una apreciación por el individuo enfermo como miembro de una colectividad humana, es decir, un tipo de entidad que no está limitada al cuerpo de la persona.

Esta dimensión de pertenencia a una entidad colectiva es percibida y definida en forma diferente por las culturas del mundo. Las partes que integran un individuo, como su sangre, cuerpo, alma, espíritu, sombra, nombre, etcétera, son definidas de manera diversa en unas y otras culturas.

Sin embargo, la muerte del organismo es una constante biológica que todas las culturas toman en consideración de forma conceptual, y las costumbres prescriben la manera de disponer del cadáver.

Puede existir la creencia de que las diversas partes del ser humano abandonan el mundo de los vivos en diferentes momentos y estas partidas están señaladas por ceremonias. Algunas partes, como el alma, se consideran en ciertas culturas como entidades que jamás dejarán de existir, y que permanecen cerca de los seres vivos o en algún lugar señalado especialmente para ellas.

La enfermedad puede suponer un deterioro temporal o permanente, ya sea del funcionamiento de cualquier parte concreta de las que componen al individuo o de la relación entre dichas partes.

La explicación de la enfermedad es útil para reafirmar los valores de una colectividad, para hacer que la muerte más aceptable, a la vez que sirve para indicar métodos de acción preventiva y curativa.

Durante los últimos decenios de siglo XIX y el principio del XX, la medicina occidental se hallaba dominada por una concepción que afirmaba que la mayor parte de las enfermedades son resultado de una infección causada por microorganismos.

Este tipo de concepción, según la cual la enfermedad viene determinada simplemente por la introducción de un agente extraño en el cuerpo del paciente, tiene su paralelo en las ideas encontradas en numerosos pueblos tribales que afirman que las enfermedades son causadas por la introducción de un elemento externo o por la posesión de los espíritus.

Walther Riese ha llamado la atención sobre la similitud de estas concepciones, señalando que la etiología ontológica, (concepción según la cual las enfermedades tienen su causa en

La enfermedad puede suponer un deterioro temporal o permanente, ya sea del funcionamiento de cualquier parte concreta de las que componen al individuo o de la relación entre dichas partes

un *fermento externo, monádico*), identifica estos agentes, en su versión mágica con los demonios, y en su versión científica con los gérmenes.

El establecimiento de la doctrina de la etiología específica de las enfermedades como concepción dominante de la medicina, se encuentra relacionado con las concepciones mecanicistas del mundo, predominantes a finales del siglo XIX.

Otras características mucho más antiguas del pensamiento occidental, como el dualismo gramatical sujeto-predicado, la separación judeocristiana y platónica de cuerpo y alma, y el método experimental de los alquimistas, proporcionaron bases adecuadas para el desarrollo de esa doctrina.

Los descubrimientos de Pasteur y Koch en el terreno de la bacteriología fueron de suma importancia en este sentido. La tradición médica occidental enfatizó la relación del paciente con su medio; la nueva doctrina defendió la concepción de que todas las infecciones importantes podían controlarse mediante sueros terapéuticos y vacunas preventivas aplicables a cada tipo de microbios.

A pesar de que algunas vacunas y antitoxinas habían sido descubiertas antes de finales del siglo pasado, hasta los años treinta no se descubrieron las sulfamidas, y aún hubo de pasar otro decenio antes de que se utilizara la penicilina.

La disminución de la mortalidad infantil y de personas jóvenes, que a menudo se atribuye a la medicina clínica y a la utilización de medicamentos específicos, tuvo lugar antes de estos descubrimientos, y fue también el resultado de mejoras en la alimentación y de medidas higiénicas llevadas a cabo bajo la dirección de los reformadores médicos, muchos de los cuales negaban la concepción de que veían en los gérmenes la causa de las enfermedades.

En la práctica actual de la medicina clínica con frecuencia los pacientes que sufren una enfermedad cuya etiología no es específica, son tratados inadecuadamente. Von Mering y Early remontan estas dificultades al legado de la época bacteriológica, al hecho de que el hospital sea el lugar donde tiene lugar el diagnóstico y el tratamiento, y el desarrollo de la medicina como una ciencia de experimentación y medición más que un arte que entraña el uso de los cinco sentidos. Estos autores creen que “el médico general y el clínico comparten una concepción muy individualista de la medicina, lo cual parece predisponerlos a lo que hay de específico en los síntomas revelados, y a buscar ansiosamente una enfermedad grave en cada consulta o en cada cama del hospital”.

Los logros teóricos que se apartan de la doctrina de la etiología específica, han sido llevados a cabo por los defensores del tratamiento médico total y de la medicina psicósomática, así como de algunos epidemiólogos. Estos tres sectores de la comunidad médica consideran la enfermedad como la interacción de muchos factores, y apoyan el tratamiento del paciente como organismo insertado en un medio complejo.

John Gordon, uno de los epidemiólogos más sobresalientes en esta corriente, señaló la interrelación existente entre el huésped, el agente y el medio (físico, biológico y social) en la propagación de un buen número de enfermedades. También el epidemiólogo John Cassel analizó la gama de trastornos de la salud como resultado de procesos socioculturales estudiados independientemente.

La teoría que sale detrás de la escuela del cuidado médico total, rechaza la concepción de la enfermedad que predomina en la medicina occidental moderna como la separación orgánico-funcional, destacando en primer lugar al paciente como persona.

Las concepciones multicausales de la enfermedad no son nuevas en la tradición médica occidental ni están circunscritas a esta. Uno de los temas principales en la obra de Hipócrates es que la enfermedad debe verse como producto de un desequilibrio entre el individuo y su medio. Destacan las relaciones entre los distintos factores ambientales, como el ejercicio y la dieta, y las conexiones entre los trastornos presentes en un órgano y la totalidad del cuerpo.

En las sociedades no occidentales existen numerosas ideas de tipo multicausal acerca de las enfermedades. Es común la distinción entre condiciones que hacen a las personas particularmente susceptibles, y los acontecimientos que hacen que se desencadene la enfermedad.

Uno de los temas principales en la obra de Hipócrates es que la enfermedad debe verse como producto de un desequilibrio entre el individuo y su medio

Los maori de Nueva Zelanda consideran que las malas acciones del paciente lo predisponen para la enfermedad, pero que espíritus u objetos externos constituyen su causa inmediata. En el Oriente Medio se cree que los niños de buena constitución son especialmente susceptibles al mal de ojo.

La tradición judeocristiana atribuyó las enfermedades a la existencia de comportamientos pecaminosos. La creciente secularización hizo que esta categoría de diagnóstico se hiciera cada vez menos satisfactoria con lo que la medicina científica las reemplazó con explicaciones naturalistas. Algunos restos del antiguo concepto de pecado influyen todavía en las actitudes de la gente en relación con las enfermedades. Para los pacientes y sus familias, un diagnóstico médico que no responsabilice a alguien o a algo por la existencia de una enfermedad, no conseguirá suprimir los sentimientos de culpabilidad que a menudo les asaltan.

Si se considera que la enfermedad es la separación por parte de un individuo de un funcionamiento social o fisiológico bien equilibrado; la salud, por contraste, se convierte en un ideal al que puede acercarse, pero jamás ser alcanzado realmente.

La idea de funcionamiento armónico de elementos discordes, que constituye el tema dominante de la tradición indoeuropea anterior a la idea de los cuatro fluidos de Galeno, se manifiesta en la influencia actual que ejercen las ideas de Walter Cannon sobre la homeostasis. El *yin* y el *yang* de la filosofía china indican también que la búsqueda de equilibrio es una de las tareas del médico.

Otras concepciones idealistas son las que postulan un romanticismo retrógrado. Para Rousseau, los males que acosan a la sociedad occidental son consecuencia del abandono de un perfecto estado de armonía con la naturaleza, que se verifica durante el proceso de transformación de los hombres en seres civilizados. Freud también aceptó el mito de un precursor del hombre moderno exento de la neurosis de este último, pues su imaginario salvaje no inhibía los impulsos biológicos que inclinaban a la agresión y al sexo.

Otros conceptos acerca de la salud enfatizan la acumulación de resistencia contra el peligro potencial; la enfermedad no se considera como la ruptura de una armonía anterior o última, sino como una circunstancia ordinaria y previsible para la que el individuo puede prepararse. Esta conceptualización juega un papel importante en la moderna medicina preventiva.

Existen otros temas que consideran a la muerte como el cero absoluto, sin fijar límites superiores para el funcionamiento del organismo humano. En esta orientación se postula una filosofía de la actitud mental positiva, donde el crecimiento personal, el deleite y la creatividad son conceptos de niveles alcanzables de salud. Las metas positivas nada tienen que ver con las

enfermedades. En las sociedades urbanas modernas, estos conceptos de salud solo se llevan a la práctica en los parques de recreación o naturales, en salas de belleza y gimnasios, pero no en las salas de consulta de los médicos y psicólogos. Los médicos pueden recomendar vacaciones, paseos al aire libre, ejercicio, etcétera, únicamente en el caso de una enfermedad o debido a problemas de obesidad, más que para promover y desarrollar la salud como tal.

En las sociedades distintas de la occidental, las prácticas destinadas a aumentar el poder sobrenatural, la fuerza física, la prosperidad, la sabiduría, la virilidad o la feminidad se integran con actividades dirigidas a prevenir o curar las enfermedades.

En la medicina moderna occidental no se da énfasis a prácticas como el tomar duchas frías, ingerir pastillas de vitaminas para acumular energía, dar a los niños laxantes de vez en cuando, pasear por el bosque, meditar, escuchar la música o tomar masajes. Esta cultura del desarrollo de la salud es más bien difundida por medio de los amigos, parientes o medios de comunicación.

Desde el siglo v antes de Cristo, con el pensamiento médico griego, ha existido una corriente de pensamiento médico que considera la salud como interacción entre una persona y el medio que la rodea.

En algunas culturas se afirma la continuidad entre el bienestar del hombre y el de la tierra, así como el del cuerpo individual y el de los otros cuerpos de la unidad social.

Para la especialidad médica conocida como salud pública, el paciente es una comunidad, y los estudios de la salud se

El grado de resistencia de los distintos grupos de edad, o la dispersión de la población en el espacio, son elementos cruciales a la hora de calcular la inmunidad colectiva

refieren a otras entidades como la familia, la sociedad nacional, la especie humana o la exosfera misma de nuestro planeta.

Obviamente, la capacidad de resistencia de una colectividad humana frente a una epidemia contagiosa no puede definirse como la suma o la media aritmética de las inmunidades individuales: el grado de resistencia de los distintos grupos de edad, o la dispersión de la población en el espacio, son elementos cruciales a la hora de calcular la *inmunidad colectiva*.

Las enfermedades mentales son consideradas por algunos psicólogos y psiquiatras como un estado patológico de toda una familia. Una enfermedad de este tipo puede ser descubierta por medio del tratamiento de un solo miembro que actúa como mensajero para llevar, al mundo exterior del grupo familiar, la información sobre el problema que existe, aunque no sea el único que se encuentre enfermo ni el más perturbado.

Se han propuesto modelos de análisis que consideran apropiado definir como patológica la totalidad de ciertas sociedades o de ciertos periodos históricos del desarrollo de esas sociedades, y señalan la dificultad de que los individuos puedan estar sanos perteneciendo a tales estructuras sociales.

La medicina occidental moderna concede mayor importancia a la propagación de la vida del individuo, que a la salud de la colectividad, como lo demuestra el hecho de que por medio de catéteres, sedantes y tiendas de oxígeno, se impida a los moribundos separarse definitivamente de su familia de una manera digna y serena. Esto contrasta con la cultura de los indios navajo del sudoeste de Estados Unidos, que se preocupan más del bienestar de todo el grupo familiar, que de la máxima comodidad que puede ofrecerse a un niño con una deformidad congénita.

Las concepciones de salud como atributo de toda una especie o raza, se centran en la concepción darwiniana de la aptitud

para la supervivencia. Sin embargo, a menos que una especie se esté acercando a la extinción, es imposible diagnosticar su grado de aptitud en un momento dado.

La posibilidad de utilizar la medicina moderna para mantener vivos a individuos con enfermedades heredadas genéticamente, y el incremento de la tasa de reproducción de las clases más pobres, han creado posiciones novedosas respecto a la concepción de salud, desde el punto de vista de la eugenesia. La idea de que pueda estar en proceso de degeneración el fondo genético de toda la especie humana está siendo analizada.

A lo largo de la historia y todavía en nuestro tiempo, han existido conceptos de salud que incluyen la afirmación de que un pueblo racial o culturalmente definido, biológicamente superior a otro, y que para mantener y desarrollar ese rasgo de la salud colectiva debe buscar su proliferación como pueblo especial o elegido, evitando convertirse en minoría respecto a otros grupos considerados inferiores, enfermos o débiles.

El bienestar de la especie humana depende cada día más de la respuesta social a los problemas de adaptación positiva al ambiente

La salud de la totalidad del sistema ecológico que existe sobre la superficie terrestre puede valorarse también de acuerdo con el potencial de supervivencia de la vida.

La catástrofe de una guerra nuclear o las consecuencias lentas e irreparables del acelerado crecimiento de la población y la destrucción de la naturaleza, constituyen amenazas a la supervivencia, no solo del hombre civilizado, sino también del equilibrio energético de todo el sistema ecológico de la Tierra. Estas situaciones crean una expectativa de patología límite, donde la salud deja de tener sentido y es sustituida por la probabilidad de la simple supervivencia.

El bienestar de la especie humana depende cada día más de la respuesta social a los problemas de adaptación positiva al ambiente, para salvaguardar y desarrollar los sistemas ordenados de energía e información que hemos alcanzado a lo largo de la evolución. Es por esto que el pensamiento sociológico respecto a la salud y la enfermedad adquiere especial importancia como conocimiento relevante para el logro de esta meta.

● La Medicina, una perspectiva social de la salud

Para el lector interesado en desarrollar un conocimiento adecuado de la sociología de la salud, es indispensable hacer algunas consideraciones fundamentales en torno a la medicina.

La Medicina es un objeto de estudio fundamental desde varias perspectivas. En primer lugar, los fenómenos de salud y enfermedad, pueden ser analizados como expresión, consecuencia o resultado de la estructura y funcionamiento de la sociedad. También a partir de ellos mismos, buscando la relación que tienen con aspectos específicos de la estructura social y el comportamiento colectivo.

Los fenómenos de salud y enfermedad, pueden ser analizados como expresión, consecuencia o resultado de la estructura y funcionamiento de la sociedad

Tanto teórica como metodológicamente, la sociología de la salud no asume la tarea de determinar la naturaleza y magnitud de los fenómenos biomédicos constitutivos de un estado de salud o enfermedad específico. Esta tarea corresponde a la Medicina, y el diagnóstico o determinación de la presencia o ausencia de un cuadro patológico debe ser establecida por un médico profesionalmente entrenado y autorizado para establecer el hecho. El sociólogo solo puede asumir de manera

crítica los datos suministrados por el médico. Sobre esta base, construye su análisis, el cual viene a explicar las relaciones existentes entre los fenómenos biomédicos y los sociales.

Por otra parte, la Sociología se dedica al estudio de la respuesta social a la salud y la enfermedad y a la forma de la estructura organizada que favorece o dificulta el desarrollo de los procesos biológicos. Desde este punto de vista, la Medicina constituye uno de los instrumentos fundamentales de esa respuesta social. Como conocimiento y tecnología administrados por una comunidad profesional organizada en instituciones, es en sí misma un objeto de estudio propio de la Sociología, particularmente en la rama especializada de la sociología de la medicina.

La Medicina moderna, como disciplina de conocimiento y organización profesional, ha venido desarrollando una mayor introducción en la estructura social, y no solo han aparecido nuevas especialidades dentro de la disciplina, como la medicina preventiva, la medicina epidemiológica, la salud pública y la medicina comunitaria, que implican un contenido sustancial de carácter sociológico, sino además la medicina como tal ha ido reorientando su pensamiento teórico y su metodología más allá del organismo individual, hacia el ambiente ecológico y sociocultural en donde ese individuo lleva a cabo su existencia.

Por todas estas razones, incluimos en esta sección un análisis de la Medicina, su naturaleza y desarrollo histórico desde una perspectiva sociológica, como fuente de información científica de la cual parte el trabajo sociológico, y como elemento esencial en la respuesta social a los problemas derivados de la dolencia o de la necesidad de desarrollo de la salud.

Respecto a la historia de la Medicina en la sociedad, puede verse que la ciencia y la práctica médicas constituyen un saber con los más notables progresos técnicos. Los avances han sido

tan espectaculares que las expectativas de vida y las posibilidades terapéuticas han cambiado radicalmente.

Este progreso ocurrido en el último siglo ha sido de carácter técnico, científico e instrumental, sin que haya contribuido de igual manera al progreso de la consideración social del médico y del enfermo.

El problema social y científico planteado por el enfermo y la enfermedad está lejos de ser resuelto, pues cada día se descubren retos de los que no se tenía conciencia.

El progreso técnico no se ha acompañado de un auténtico progreso humano, al extremo de que con frecuencia se da una valoración exclusivamente económica del enfermo y la enfermedad, sin tomar en consideración su dimensión personal.

Por esto interesa examinar el pasado de la Medicina, no solo desde el punto de vista del progreso del saber y del quehacer médico, sino también desde la situación real del enfermo y del médico, y sus múltiples relaciones con el entorno social en donde se centra la actividad curadora.

En el siglo XIX se dio una tecnificación de la medicina acompañada por un enriquecimiento y revolución de los conocimientos teóricos y técnicos. Esto produjo una creciente especialización en orden al saber y a la práctica médica, así como el rápido envejecimiento y obsolescencia de la Medicina precedente.

Para la mayoría de los médicos de comienzos del siglo XIX, el desarrollo de la medicina no era sino la historia de errores cometidos hasta alcanzar la certeza definitiva con el advenimiento de la medicina experimental, basada en el pensamiento científico natural o positivista.

Es importante aclarar que el contenido y significado del término medicina, entre los profesionales médicos, se restringe

a los conocimientos y técnicas que posee la comunidad médica en su lucha contra la enfermedad.

Para nuestro propósito, el término medicina, se refiere también a esferas de actividad profesional, instituciones, normas e intereses que desbordan el cometido específico del médico y comprometen por entero a la colectividad.

Nos interesa la salud y la enfermedad a través del tiempo, las condiciones sociales de la salud, bienestar y enfermedad individual y colectivamente consideradas, junto con todas las actividades que tienden a promover la salud y el bienestar, a prevenir la enfermedad y a lograr el restablecimiento del enfermo; sean cuales fueren los métodos y los profesionales que se ocupan de tales cometidos.

En resumen, el término medicina engloba, además del quehacer de los médicos, el de científicos naturales y sociales, técnicos en diferentes campos como la educación, la ingeniería sanitaria, la comunicación, el manejo de aparatos radiológicos, nucleares, etcétera. Nos referimos al conjunto de acciones socialmente estructuradas en conductas intencionales, dirigidas a los fenómenos de la salud y enfermedad en todos sus aspectos.

El médico del pasado puede ser estructurado por periodos según los cambios cualitativos y doctrinales acontecidos y de mayor importancia. Así, se puede hablar de una medicina precientífica y de una medicina científica y técnica.

La medicina precientífica se extiende desde los comienzos de la humanidad hasta el siglo VI a. C. La medicina científica apareció a finales del siglo VI antes de Cristo, y su evolución se extiende hasta la actualidad.

1. Medicina precientífica

Medicina precientífica

Medicina primitiva (animismo) hasta el milenio IV a. C.

Medicina teúrgica (enfermedad como pecado) hasta el siglo VI a. C.

2. Medicina científica

Medicina antigua y medieval (humoralismo)

Antigua: del siglo VI a. C. al siglo V d. C.

Medieval: hasta el siglo XV d. C.

Los hallazgos paleontológicos de restos óseos muestran lesiones que atestiguan que la enfermedad es tan antigua como la especie humana.

El dolor o daño producidos por el frío, el fuego, el viento, las plantas venenosas, los animales salvajes o el hombre mismo, fueron experiencias que les permitieron a los seres humanos primitivos aprender a actuar para remediar o evitar estos males, con sus medios personales y los de la organización de su grupo. Es posible que la medicina se originara por el deseo instintivo de la conservación, alertado por el sufrimiento y la muerte.

Los grupos primitivos observaron que sus dolencias se derivaban de la introducción en su cuerpo de algún objeto extraño, y pensaron que al conocer la causa y eliminarla, desaparecía el efecto doloroso o maligno. Este esquema lógico

entre el efecto doloroso y la causa externa, se generalizó a otras dolencias donde la introducción desde el exterior no era tan clara a los sentidos, suponiendo que la causa también era externa, aunque invisible y misteriosa.

De este esquema surgió el principio que concebía a la enfermedad como provocada por fuerzas sobrenaturales, influencias y seres maléficos que habitaban invisiblemente el medio en el que vivían. El médico se convirtió en un experto en expulsar demonios, y así nació la medicina basada en rituales y amuletos que protegían de las fuerzas destructivas. Tal vez las conductas instintivas de los humanos y los animales, que los llevaban a lamer sus heridas, sacar las astillas con las uñas y los parásitos con las garras, hicieron posible la creación de instrumentos para cumplir esas prácticas.

El transcurso del tiempo debe haber favorecido que los médicos-magos, para garantizar el secreto del ejercicio de su profesión, se separaran del resto de la población y constituyeran una casta aparte, que rodeó de misterio su conocimiento y sus prácticas terapéuticas. La vida del ser humano en el paleolítico estuvo llena de riesgos, y debe haber sido una lucha despiadada con el ambiente para sobrevivir. La asociación entre la magia, la religión y la medicina continuó por siglos hasta la Edad Media europea, y no fue sino hasta el Renacimiento que la Medicina y el arte se independizaron de la magia y de la religión, bajo la influencia del pensamiento científico que comenzó a predominar en la mente humana.

En las sociedades primitivas actuales no se hace distinción entre la Medicina, la magia y la religión. Para el razonamiento propio de las culturas de desarrollo incipiente, la medicina mágica es significativa y lógica, considerando las circunstancias de los grupos que la practican. A pesar de la separación de la magia y la Medicina, en las culturas actuales todavía existe una vaga expectativa de poderes mágicos y milagrosos en la medicina.

La profesión médica se establece de forma independiente hace unos 5 000 años, tal vez más, en Egipto y Babilonia, y más tarde en China e India. Los primeros médicos eran funcionarios del Estado que atendían las dolencias de los cortesanos. La teología y la astrología dominaron la medicina babilónica e influyeron en las ideas médicas de los antiguos persas y judíos. El Zend-Avesta y el Antiguo Testamento contienen ideas médicas parecidas a las de Babilonia. Por otra parte, en Babilonia también se desarrollaron tratamientos de enfermedades por medio de drogas y de cirugía. La medicina egipcia fue más bien un oficio que una ciencia religiosa. Se desarrollaron los métodos de examen y la precisión diagnóstica, junto con manifestaciones de medicina religiosa y mágica.

A partir de esa época, el conocimiento médico se ha registrado por medio de la escritura, quedando establecidos conocimientos exactos de las enfermedades de aquel entonces y diagnósticos que hoy pueden ser identificados con enfermedades como disentería y bilharziasis. Hasta el siglo VII o VI a. C. el conocimiento médico era privilegio de grupos oficiales, y en esa época se inició la instrucción médica formal en India.

La medicina griega apareció alrededor del siglo VI a. C. Los griegos de la antigüedad clásica occidental desarrollaron el primer sistema médico racional y retuvieron su monopolio por más de 200 años. La medicina homérica alcanzó grandes progresos en la cirugía de guerra, y fue un tipo de medicina popular, mágica y empírica. La aparición de Hipócrates en el siglo V y su cuerpo de doctrinas corresponde a una etapa de síntesis dialéctica, y marca el cambio de la medicina occidental de lo empírico y mágico a lo científico. En el hipocratismo se sintetizaron los elementos de la medicina empírica antigua, con el aporte de las escuelas y de los grandes sistemas filosóficos. Sin embargo, los médicos griegos no se preocuparon por hacer de la medicina un instrumento útil para la comunidad, quizá

dificultado por la organización clasista de la sociedad griega.

Las principales características de la medicina griega fueron su origen filosófico, su desarrollo de la observación clínica y del hombre considerado como un ser social; observación, medida y honestidad fueron las pautas a seguir de sus médicos, sus recursos terapéuticos fundamentalmente naturistas, su doctrina de la fisiopatología humoralista y su ética laica y emancipada. Los dos más grandes descubrimientos de la medicina griega fueron la enfermedad como un proceso natural y el organismo humano con capacidad natural para restablecer el equilibrio perturbado por la enfermedad.

Los dos más grandes descubrimientos de la medicina griega fueron la enfermedad como un proceso natural y el organismo humano con capacidad natural para restablecer el equilibrio perturbado por la enfermedad

Los romanos asimilaron el conocimiento griego repitiendo la medicina griega. En los primeros tiempos los médicos eran esclavos con un conocimiento muy limitado, después la profesión llegó a ser muy prestigiosa. Durante el imperio existían médicos asignados por el Estado para atender a la población, pero los romanos dieron más importancia al saneamiento ambiental que a la medicina misma.

El auge del cristianismo produjo un cambio profundo en la orientación de la medicina europea u occidental. La doctrina cristiana y la ciencia helenística eran irreconciliables. La medicina cristiana se organizó como un trabajo caritativo para los pobres y sus métodos se basaban más en la fe que en el conocimiento científico. El estrecho control de la Iglesia sobre la práctica de las artes y las ciencias, así como el monopolio de los documentos en los monasterios, impidieron que durante un largo periodo se hicieran avances significativos en la medicina.

Durante toda la Edad Media, la práctica de la medicina formó parte integral del modo de vida cristiano y estuvo dominada por la Teología. Se enfatizó su aspecto caritativo y el cuidado de los enfermos pasó a ser un deber de la vida religiosa y monástica. Los médicos eran monjes dedicados por la Iglesia a mantener la medicina como parte de la caridad cristiana. El principal propósito de su trabajo era la salvación del alma más que la cura de las enfermedades. Los hospitales eran lugares para confortar el espíritu de los moribundos y no había espacio para el trabajo clínico.

La escuela de Salerno, al Sur de Nápoles, mantuvo por siglos la tradición hipocrática, y los árabes, en la cumbre de su evolución cultural, desarrollaron una medicina con las mismas bases. Las universidades daban gran importancia a la preparación de los médicos, sobresaliendo las universidades de Salerno, Córdoba, Bolonia, Padua, Pavia, París, Oxford y Montpellier. Las universidades medievales ofrecieron resistencia a las nuevas formas de organización social y económica que se gestaban en Europa, y fue la burguesía comercial que surgía con nuevos intereses, la que estimuló la experimentación y la ciencia.

En China el panorama era diferente. Se había descubierto la forma de inmunizar contra la viruela y se preocupaban tanto de la higiene personal como de la higiene pública.

Durante los siglos XVI y XVII, la caída del Feudalismo y el surgimiento del capitalismo bajo el liderazgo de la burguesía produjeron grandes cambios. El Renacimiento significó una rebelión contra lo establecido, la aparición de las nacionalidades europeas, la disminución del poder de la Iglesia, descubrimientos geográficos y desarrollo de una nueva ciencia y una nueva forma de hacer arte.

Este Renacimiento dio gran impulso a la ciencia, particularmente a la medicina, sobrepasando desde entonces los avances de la que se practicaba en otros lugares fuera de Europa, por eso, desde entonces, la historia de la medicina se hizo sinónimo de la historia del desarrollo de esta disciplina en el occidente europeo.

Se desarrolló una actitud de interés por los problemas de la existencia terrenal en vez de los problemas metafísicos y teológicos de la vida eterna y la salvación del alma, tema central de la Edad Media. La medicina también modificó su actitud. El médico dejó de ser el monje y el artesano, y se convirtió en un hombre de ciencia. El descubrimiento del sistema de circulación de la sangre en el cuerpo, hecho por Harvey, fue una de las primeras demostraciones de la aplicación del método experimental en medicina. De igual manera, en el siglo XVI Fracastoro demostró que la enfermedad se podía estudiar desde el punto de vista epidemiológico. Con el surgimiento del liberalismo económico y de la libre competencia, el médico se encontró a merced de los vaivenes de la oferta y la demanda. La medicina ya no fue considerada una misión divina o caritativa, sino un medio de vida.

En el siglo XVII la Medicina había alcanzado un desarrollo considerable en relación con el estudio clínico de los enfermos y con la terapéutica. Se conocía bastante bien la anatomía del cuerpo humano y se había iniciado el estudio de la Fisiología. Lo que no se había intentado era el análisis de la patogenia de las enfermedades. A finales de ese siglo la Medicina se aproximó a las ciencias sociales, y se dio a conocer que los problemas de salud y enfermedad eran fenómenos sociales que importaban tanto al individuo como a la sociedad. Las necesidades de acción gubernamental para enfocar los problemas de la salud pública se plantearon en forma muy insistente durante todo el siglo XVIII.

La Revolución Industrial demostró la influencia de los factores económicos sobre la salud de la población. El desarrollo de la economía industrial produjo la explotación abusiva de las clases asalariadas en forma que los grupos gobernantes descuidaron el bienestar social. Hacia 1850 la clase obrera reaccionó enérgicamente. Desde el punto de vista técnico la Medicina había tenido un gran avance, pero presentaba un desequilibrio con su desarrollo social. Durante el siglo XIX, a causa de la expansión y la organización de la clase obrera creada por la industrialización, así como el desarrollo de la estadística que permitió medir los problemas de salud, se hizo posible la extensión de los beneficios médicos a la mayoría de la población.

El saneamiento ambiental comenzó a progresar; sin embargo, las estadísticas mostraban que las tasas de mortalidad y de morbilidad de la población se modificaban muy poco con los tratamientos clínicos. Fue así como entre 1800 y 1880 resurgieron los programas de salubridad colectivos, especialmente el saneamiento y control de enfermedades infecciosas. Esto último fue la mayor hazaña médico-sanitaria del siglo XIX.

La industrialización había producido enormes beneficios económicos a los propietarios más ricos y a los grupos gobernantes, pero a las clases obreras las había empobrecido en forma extrema, hasta hacer crisis a mediados del siglo XIX, cuando por primera vez se introdujeron los seguros de enfermedad como parte de los sistemas nacionales de seguridad social.

La idea de que la Medicina es una ciencia social fue discutida en conexión con el movimiento de los obreros en Alemania, durante la revolución de 1848. Virchow proclamó el derecho de los ciudadanos al trabajo como un principio fundamental que debería ser incluido en la constitución de todo país democrático.

Fue en ese año que se usó por primera vez el término medicina social. Al mismo tiempo, los clínicos comenzaron a llamar la atención sobre la importancia de los factores sociales en la génesis de las enfermedades y en la práctica médica.

La idea se mantuvo viva en Alemania durante la segunda mitad del siglo XIX, a pesar de que la revolución fue sofocada y el movimiento médico social se detuvo. Un estudiante de medicina llamado Alfredo Grotjahu concibió la idea de investigar los problemas médicos usando el conocimiento de las ciencias sociales. Esto dio como resultado la teoría de la patología social y de la higiene social, que fueron punto de partida del desarrollo teórico de la medicina social durante la primera mitad del siglo XX.

Los trabajos de Grotjahu influyeron a Gustavo Mayer, quien enfatizó la tarea médica de mantener, mediante la prevención, la capacidad de trabajo del individuo. Los médicos Landonzy, Ludwig Telky, Adolf Gottstein y Alfons Fischer, durante los dos primeros decenios de este siglo desarrollaron la teoría de la medicina social y de sus aplicaciones en la práctica y en la educación médica.

A comienzos de siglo, la medicina social adquirió la categoría de un conocimiento especializado. La primera cátedra de medicina social se fundó en Berlín en 1902. La historia de su desarrollo es el resultado de la adaptación de la medicina a las necesidades de su tiempo y a las transformaciones científicas, económicas y culturales que van modelando continuamente la organización social.

El sociólogo clínico y sanitario

Al hablar del equipo de salud es oportuno referirnos al uso particular de la sociología en la práctica clínica y sanitaria con grupos, miembros de grupos, comunidades y organizaciones.

Si se pregunta a la mayoría de los clínicos contemporáneos en los campos de la medicina, la enfermería o la psiquiatría, si en sus diagnósticos y tratamientos consideran los componentes sociales de los problemas que atienden, y los factores causales de carácter social, presentes en la etiología de las enfermedades o en su prevención, quizá contestarán muy honestamente en forma afirmativa. El problema radica en que en la mayoría de los casos conciben el manejo y análisis de los fenómenos sociales relevantes como una mera formulación de preguntas de naturaleza social, y la inclusión de los resultados como contexto general de la situación específica de que se trata.

Glassner y Freedman citan un caso interesante que ilustra la manera en que un sociólogo profesional puede contribuir al éxito de un programa terapéutico. Se trata de una mujer negra de Estados Unidos, quien participaba en un programa diurno para pacientes geriátricos, ella se había resistido a algunas actividades del programa terapéutico y se pasaba el tiempo sentada en un rincón, repitiendo las mismas palabras una y otra vez. Su caso fue presentado a un equipo de profesionales asesorados por expertos externos, entre ellos se encontraba un sociólogo clínico. Después de considerar una variedad de preguntas exploratorias, el sociólogo formuló la que resultó ser la clave: ¿Cuál es su religión? A esta la paciente contestó: Pentecostés. La señora había sido misionera pentecostés cuando era joven y aún era profundamente religiosa. A partir de esta información, el sociólogo dirigió su interrogatorio hasta descubrir que ella objetaba aquella parte del programa diurno que utilizaba ayudas audiovisuales, a las que consideraba

pecaminosos artificios, porque no se mencionaban en la Biblia. Su renuencia resultó ser para ella un hablar en lenguas, carisma clave de su experiencia y sus creencias religiosas. A partir de ahí, la comprensión de la mentalidad y la dimensión ideológica de la conducta y estilo de vida de la mujer, facilitaron la adopción de medidas de adaptación del programa que se hizo un proceso mucho más productivo y exitoso.⁸

En 1931 Louis OIRT, de la Universidad de Chicago, publicó un artículo en el *Americana Journal Of Sociology*, titulado “Sociología clínica”. Su concepto se limitaba a un aspecto de una práctica clínica total, como la terapia para miembros de un grupo. Su idea central era que los problemas de conducta de las personas no son objetivamente reales en el sentido que, por ejemplo, los problemas causados por una infección bacteriana sí lo son. La presencia de bacterias puede demostrarse con la ayuda de un microscopio. Los problemas de conducta se presentan en su mayor parte porque una comunidad considera ciertas conductas como problema. Las acciones específicas de los individuos se clasifican así cuando la comunidad a la que pertenece las define de modo específico. OIRT visualizaba al sociólogo clínico como miembro de un equipo terapéutico, responsable de una de estas tres posibles actividades: investigación, entrenamiento a los médicos, psiquiatras y trabajadores sociales en el manejo de los enfoques socioculturales y ayuda a dichos profesionales en lo referente a las historias sociales o con los problemas relacionados con la comunidad de sus pacientes.⁹

Kart Manéis propuso una importante diferencia entre la Psicología y la Sociología, refutando la distinción que plantea que la Psicología trata con las personas y la Sociología con las masas. Afirmó que para comprender al individuo uno debe

⁸ Glassner y Freedman, 1985:162.

⁹ OIRT, 1931:49-66.

visualizarlo, no en aislamiento, sino en ambientes sociales, y para comprender a las masas uno debe entender las posibilidades de conducta y de actitudes que existen al interior de los individuos. Rechazaba la idea de que el origen último de la conducta individual se encuentra en la *psiquis* del individuo y que las últimas determinaciones de esta conducta son las instituciones a las cuales pertenece este individuo.

El uso especial de la Sociología a la que nos referimos, resulta novedoso para esta disciplina, pero ha sido una tendencia de desarrollo normal en muchas otras. Si se consideran las ciencias como la Biología, la Química o la Física, se observa que las actividades de quienes las estudian son bidimensionales. El científico se propone comprender, a partir de la aplicación del método científico, los procesos de la realidad. Por otra parte, el científico interviene en los procesos en cuestión. Dichas intervenciones han influido en el control de enfermedades, la creación de armas nucleares, los viajes espaciales, etcétera. En la Sociología solo ha ocurrido en raras ocasiones, en contraste con las frecuentes intervenciones de tipo clínico en disciplinas afines como la psicología, la economía y la ciencia política.

En general, los clínicos, trátase de clínicos en Medicina, Psicología o Sociología, son profesionales que interpretan información obtenida a partir de investigar en su disciplina con propósitos de diagnóstico y terapia. En general depende del trabajo de los académicos, pero ellos mismos no suelen ser académicos. Los académicos tienden a examinar problemas teóricos y de investigación de acuerdo con las corrientes, paradigmas y modas de la disciplina en sí, mientras que los clínicos se ocupan de las cuestiones teóricas y de investigación en la medida en que estas mejoran su habilidad para ayudar a sus pacientes y a la comunidad donde viven.

Entre los sociólogos existen diversas opciones para dedicarse al ejercicio de los trabajos intelectuales. Los sociólogos orientados a la ciencia pura tienen como meta predecir con certeza cómo ocurren los fenómenos en el universo de la conducta social; su actividad se centra en la investigación. En la orientación de la ciencia aplicada, los sociólogos buscan el conocimiento práctico que ayude a resolver los problemas sociales que preocupan a científicos sociales o a sus pacientes. En vez de buscar leyes generales para la conducta social humana, investiga cualquier tipo de conocimiento sociológico que ayude a resolver problemas sociales urgentes, como el alcoholismo, la pobreza, la discriminación y la violencia.

Los sociólogos orientados hacia la ciencia crítica hacen énfasis la importancia de comprender las relaciones sociales en términos de los procesos históricos, y en términos de las metas futuras que motivan las acciones de las personas y de los grupos. El punto central radica en las estructuras a gran escala o macrosociales, generalmente con atención en el medio de producción de bienes materiales o de conocimiento, como los análisis actuales de la historia y del desarrollo del capitalismo internacional.

Glassner y Freedman proponen un ejemplo ilustrativo que aclara perfectamente el objeto de este uso particular del conocimiento sociológico en el campo de la salud: “Un médico cirujano debe atender no solo las pocas pulgadas del cuerpo humano que serán tocadas por los instrumentos quirúrgicos, sino también al funcionamiento de todo el resto del cuerpo durante la intervención quirúrgica. Así, en cirugía del corazón, el cirujano debe poner atención a la marcha de los sistemas circulatorio, respiratorio y otros (o cooperar con los que atienden estos sistemas); y, después de la intervención, prestar atención a los hábitos alimenticios, a las enfermedades secundarias y al programa de ejercicios del paciente. Sin la

debida atención a estas variadas dimensiones de la enfermedad en sí, la cirugía es probable que sea inefectiva. De manera similar, el sociólogo clínico reconoce la limitada efectividad de atender el alcoholismo de un grupo sin prestar atención a la familia, edad, estrato social, sexo y otros aspectos del intrincado tejido del grupo social”.¹⁰

Con mucha frecuencia se confunde el trabajo y la profesión del sociólogo con la del trabajador social. En nuestro país, al igual que en casi todo el mundo, la confusión ha llevado a serias confrontaciones y roces interpersonales e interinstitucionales. Ahora los trabajadores sociales son reconocidos tempranamente en el mundo de la salud, y los sociólogos recién inician sus aportes en el campo. En el fondo es un problema de interés económico y de prestigio, donde los trabajadores sociales acusan a los sociólogos de invadir su campo y de pretender hacer en la práctica lo que ellos han hecho siempre. Por su parte, los sociólogos afirman que la orientación epistemológica, la formación teórica y el entrenamiento para la investigación científica social son muy diferentes en la carrera de Sociología, y que son los trabajadores sociales los que invaden un campo estrictamente sociológico. Es posible que ambos profesionales sean complementarios y que sus diferencias desaparecerían si adoptaran una actitud más sobria, y dialogaran sobre sus puntos de vista, uniendo fuerzas para hacer valer en las instituciones una visión más social.

Los trabajadores sociales son entrenados para relacionar la conducta humana con el ambiente social

En general, los trabajadores sociales son entrenados para relacionar la conducta humana con el ambiente social. Esta profesión aún hace esfuerzos por desarrollar una teoría

¹⁰ Glassner y Freedman, 1985:20.

propia, pero todavía sigue muy de cerca a la Psicología del desarrollo y la Psiquiatría. Sus métodos de trabajo son: el caso, trabajo de grupo, terapia familiar y organización comunitaria. Generalmente laboran en organismos sociales y con frecuencia el principal obstáculo a sus métodos de bienestar social, es el trámite burocrático.

Se ha mencionado la tendencia a hacer de toda terapia, incluyendo la psicoterapia de grupo, una terapia de individuos, pues la idea básica es que solo los individuos sienten dolor y se les puede considerar enfermos. En la Sociología hay profesionales que emplean procedimientos científicos para comprender mejor los problemas, brindando su información y sus análisis propios. Con frecuencia su producto es una comprensión más clara del problema, pero no una propuesta de solución viable al mismo. Los sociólogos que sí ayudan a las personas con problemas de salud, se orientan a tratar a personas específicas, ofreciéndoles caminos para enfrentar las situaciones, llamando terapia a estos métodos o modos de solución. Puesto que las terapias tradicionales siguen un modelo de desviación de patología social, se basan en la idea de que algo anda mal en el individuo que no se ajusta a las normas de la sociedad o que cae ante la deshumanización, y esta persona debe ser tratada como caso individual o en el trabajo de grupo, reeducando y rehabilitándolo para que acepte las normas prevalecientes. Si la persona no se adapta después de tales esfuerzos, se transforma en víctima y se le culpa de su desafortunado estado. En este caso, el terapeuta viene en rescate de la víctima, quien ha sido definida como alguien que necesita ayuda. Por lo general, el terapeuta se entrena en técnicas que enfatizan el cambio de la *psiquis* de la víctima, ayudándolo a comprender, enfrentar y actuar con energía para cambiar el estilo de vida, lo cual coincide con el discurso moral de la clase media establecida. En relación con el medio social, la persona se transforma en el

problema y el terapeuta tiende a minimizar y hacer caso omiso de las vinculaciones sociales y culturales del paciente, como clase social, grupo étnico, edad y religión, suponiendo que las aspiraciones del paciente son similares a las del terapeuta.

El problema en este tipo de terapia es que la mentalidad del terapeuta es diferente de la del paciente, y en la relación terapéutica se da una situación parecida a la que los antropólogos llaman etnocentrismo, situación social donde uno de los participantes asume que el otro tiene su misma cultura, ideología o creencias y le impone una conducta consecuente con su propia mentalidad.

La sociología clínica ofrece lograr una perspectiva sobre la relación entre personas, grupos, comunidades y sociedades

Con frecuencia el proceso mediante el cual las personas llegan a ser pacientes en una relación terapeuta-paciente implica que la persona ha sido socialmente catalogada como tal. Para el modelo funcionalista, el terapeuta es un socializador de aquellos que han aprendido a jugar el papel de paciente.

Este se ve inmerso en un sofisticado y elaborado proceso de educación y enseñanza por parte del terapeuta. De acuerdo con el modelo médico, se supone que el paciente está enfermo y necesita tratamiento.

La psicoterapia mejora la calidad de vida de un porcentaje relativamente pequeño de individuos que tienden a ser de clase media y alta, quienes podrían haber logrado los mismos resultados si hubieran platicado con un amigo inteligente que supiera escuchar. Muchos o la mayoría de los terapeutas quieren ayudar a sus pacientes, pero la psicoterapia ha llegado a desempeñar una función de control social en la sociedad, y los psicoterapeutas en general han aceptado su papel de controladores sociales.

Este hecho se demuestra mediante la difusión de las terapias conductistas, donde el modelar se considera terapia, consiste únicamente en mostrar al paciente lo que se cree es una conducta social aceptable. Estos hechos muestran la razón por la cual a la psicoterapia no se le ubica en el contexto comunidad-sociedad, pues de hacerlo, disminuiría los usos sociales para los cuales se utiliza regularmente la psicoterapia.

Las deficiencias y usos sociales e ideológicos de la psicoterapia, así como la naturaleza social de las enfermedades físicas y en particular de las mentales, sugieren que un cuidado apropiado requiere incluir el diagnóstico y la terapia sociológicos. La sociología clínica ofrece lograr una perspectiva sobre la relación entre personas, grupos, comunidades y sociedades, cómo se relacionan y cómo trabajan por el cambio mediante la manipulación de estas relaciones.

La terapia consiste en aprender opciones más benéficas para producir una o más de estas en la realidad, esto hace el sociólogo clínico cuando crea un grupo de pares para autoapoyo.

Lo principal de toda terapia sociológica son los grupos, aunque el clínico puede trabajar con miembros individuales. Las dos variedades de trabajo clínico sociológico son terapia de grupos y terapia para miembros de grupos. En el primero el clínico trabaja con grupos sociales para desarrollar patrones estructurales o interacciones más adecuados.

Los grupos varían desde un matrimonio o un banco privado hasta los pueblos del mundo entero. Los problemas pueden ser desde la enfermedad mental o los desacuerdos culturales o ideológicos, hasta la guerra nuclear. En cada caso lo que cambia es el grupo.

En el segundo, el clínico trabaja con individuos para desarrollar estrategias efectivas para la vida en grupo.

Problemas que parecen ser psicológicos, a menudo resultan ser dificultades que las personas tienen al interior del grupo. Un hombre con tendencias suicidas o profundas depresiones, puede estar tratando de enfrentar problemas matrimoniales o afrontando su incapacidad para desempeñar el papel que le plantea un nuevo trabajo o a su estado general en un mundo cultural e ideológico con exigencias conflictivas y desconcertantes. La terapia para miembros de grupos proporciona una mejor comprensión de la estructura e interacciones al interior de sus grupos y la posibilidad de que los miembros individuales se ajusten o cambien a estos grupos.

Es importante señalar que la sociología médica está adquiriendo la categoría de ciencia y profesión de la salud, junto con otras profesiones como farmacia, microbiología, odontología, epidemiología, estadística vital, enfermería, etcétera. El reconocimiento creciente del componente social en los procesos biológicos de patología o salud, hace necesario incluir a la sociología médica en el conjunto de conocimientos y técnicas con las que se analizan los problemas de salud que atiende la medicina. No basta con ilustrar al médico y a los demás miembros del equipo de salud con nociones sobre aspectos estructurales y comportamientos sociales que inciden en los fenómenos epidemiológicos y que se presentan al momento de desarrollar programas de salud; es necesario que la disciplina y sus realizadores sean acogidos en la medicina como componentes del esfuerzo médico por prevenir, curar o rehabilitar a los seres humanos.

Los cambios en la Medicina en sus aspectos científicos, técnicos y sociales son tales que los progresos ocurridos en los últimos cien años superan todo su desarrollo anterior. Este progreso ha estado asociado con el análisis realista y científico de la medicina a sus problemas, el desarrollo de otras ciencias y la evolución social y económica de los pueblos.

La Medicina ha hecho aportaciones fundamentales al desarrollo de la sociedad humana, como la prolongación de la vida media de la población, los cambios en su composición general, el aumento del periodo productivo de la vida humana, etcétera. Todas estas aportaciones han tenido que vencer las limitaciones impuestas por los reducidos servicios médicos a las poblaciones, y por la tendencia de la institución médica como comunidad profesional a ser renuente a aceptar innovaciones y a adoptar métodos efectivos.

La nueva concepción de la medicina como la suma de actividades que tienden a mantener la salud la convierte en un elemento clave en la respuesta social a los nuevos problemas de salud

El esfuerzo de los especialistas en higiene creó un ambiente físico más sano para la población. Los descubrimientos de Pasteur proporcionaron los métodos de trabajo. La lucha contra la mortalidad infantil, la tuberculosis y las enfermedades venéreas concentró la atención en el individuo. Finalmente, la atención médica se expandió hacia el ambiente social, económico y cultural del individuo y de su grupo.

El avance técnico y de nuevos conocimientos en la Medicina coincidió con la transformación radical de las estructuras sociales a partir del siglo pasado. La sociedad presente constituida por asalariados de recursos económicos limitados y la Medicina moderna, debido a la especialización y a su avance técnico, resulta demasiado cara para el poder adquisitivo de la población. El problema radica en poner esta Medicina avanzada al servicio de usuarios que la necesitan con urgencia, pero que no pueden adquirirla por razones socioeconómicas. La nueva concepción de la medicina como la suma de actividades que tienden a mantener la salud, a prevenir las enfermedades y a restablecer la capacidad de trabajo, la convierte en un elemento clave en la respuesta social a los nuevos problemas de salud, conocida como seguridad social.

Salud comunitaria

Es indispensable hacer referencia al tema de la comunidad en el contexto de la salud, en nuestro país esta parece ser la tendencia más marcada en los círculos del sector salud del Estado y en el pensamiento en torno a la salud y la enfermedad.

Es evidente que la protección de la salud nunca se ha planificado como un modo sano de vida o cultura de la salud ni como la eliminación sistemática de los riesgos ambientales que constantemente produce la actividad humana. El sector salud se ha relegado, como si la salud y la enfermedad no formaran parte, tanto en sus orígenes como en sus consecuencias, de nuestra vida social total; es como si el cultivo y la protección de la salud pudieran hacerse al margen de las relaciones sociales y como si la actividad productiva humana fuera siempre favorable a la biología y a la ecología humanas.

El sistema actual de producción-consumo, la degradación ecológica del ambiente y las desigualdades socioeconómicas existentes crean, en su conjunto, las condiciones para una crisis mundial de salud.

Este sistema, en su totalidad, está concebido para favorecer la producción de las enfermedades y para sanar solo a los que se puedan recuperar. Esto se da a un costo cada vez más elevado en relación con la industrialización del sector médico-curativo y al abandono de la salud pública como solución más racional.

El problema se ha vuelto más complejo a raíz del cambio de la patología predominante en un mundo más desarrollado, ahora se trata de una patología más grave y menos tratable, ligada a los modos de vida, sistemas de producción y consumo, la vida social diaria (inherente a la simple vida diaria).

La noción de salud comunitaria aparece en todas partes del mundo hacia los años sesenta, enfatizando en la participación real y consciente de las comunidades; también en la planificación local, descentralizada, en relación con las necesidades reales de salud de la población y en la integración de las actividades médico-sanitario-ambiental-sociales; en la concepción social de la salud; en la orientación epidemiológica de las actividades, niveles de atención, cobertura universal, predominio de lo general sobre lo especializado, y lo mayoritario sobre lo minoritario.

El concepto introdujo la aceptación de un doble movimiento de relación entre lo macrosocial y lo microsociales, las prácticas se consideran en el contexto de la organización social en donde se producen los fenómenos de salud-enfermedad.

Producto de un contexto social de crisis económica, la salud comunitaria y la atención primaria de la salud se articulan desde el comienzo en un polo tecnocrático y en otro participativo. El primero se refiere a la reorganización de la práctica tradicional sociosanitaria, para obtener mayor eficacia organizativa y social (cobertura universal; menores costos, etcétera). El segundo se refiere a aceptar un cierto grado de participación de la población en el proceso de planificación, gestión y evaluación de los servicios de salud comunales, todo sin salirse del contexto social existente; es decir, sin un cambio de las relaciones sociales productoras de desigualdades frente a la salud-enfermedad-muerte.

Hacia 1920, en la URSS, con el desarrollo de un sistema de servicios médicos, sanitarios y sociales, cuyo objeto era la protección de la salud de la población y educarla hacia una cultura de salud integrada a los modos de vida de cada quien, se introdujo el concepto de planificación de la salud, la regionalización y la división en sectores de los servicios y de la población a servir, la integración de las actividades y la incorporación de la salud pública en la formación del personal de salud.

Luego de esta experiencia masiva, la idea comenzó a ser adoptada y adaptada en otros países, conjuntamente con el desarrollo de la epidemiología en países anglosajones, con el resurgimiento de la idea de la medicina social y con las nuevas formulaciones de la salud pública. Estas primeras experiencias coinciden en los años veinte con los *Country Health Departments* de Inglaterra, los centros de salud rural desarrollados en la región de Zagreb en Yugoslavia hacia 1925, y los centros médicos sociales en Inglaterra de la década de los treinta. Entre 1940 y 1950 se experimentó con unidades sanitarias y centros de salud en Chile, México, Colombia, Brasil, Costa Rica y otros países de América Latina.

La medicina de la comunidad fue definida en Inglaterra en 1974 como aquella orientada al estudio de la salud y de la enfermedad en las comunidades. La función del especialista en medicina era investigar y valorar las necesidades de salud de la población, de manera que se pudieran establecer prioridades para la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y la atención médico-curativa. Este especialista debería capacitarse para orientar las actividades hacia la integración y coordinación, o una u otra, de los recursos comunales; se consideró en esa época que la mayor contribución que la nueva especialidad debería realizar era la integración completa del trabajo médico-sanitario.

Estas concepciones entrañaban serias contradicciones, como la de asignar la medicina comunitaria a un médico clínico cuyo trabajo es individual y curativo, y la incertidumbre en considerar la medicina comunitaria a veces como la medicina familiar, otras como medicina general y unas más como medicina general más salud pública. Todo esto culmina con la simple aplicación de programas locales de salud pública, que no llegan a ser acciones plenamente comunitarias.

Desde 1951 la oms había comenzado a fundamentar la necesidad de organizar servicios de salud de base dirigidos

al Tercer Mundo y eliminando las tradicionales campañas de emergencia dirigidas a la erradicación o control de enfermedades transmisibles. Hacia 1960 el pensamiento de la OMS se concentra en el desarrollo económico y en la organización de los servicios integrados de salud-enfermedad de carácter público, con cobertura universal y con participación de la población. Estas dos características serán incorporadas en el concepto de salud comunitaria.

En los años setenta la OPS analiza los servicios comunitarios de salud y los problemas de la participación de la comunidad, la planificación participante y la participación y salud. En esta misma década se pone en duda la creencia de que el desarrollo económico trae por sí mismo el desarrollo de la salud de la población al que se habían adherido los pensadores y mandatarios internacionales de la salud, y un poco a disgusto se comenzó a aceptar el fracaso de todos los programas y las ideas prevalecientes y la aceptación de que la salud mundial estaba en profunda crisis.

En 1978 la OMS organizó en Alma-Ata, URSS, un seminario sobre atención primaria de la salud y niveles de atención; las conclusiones del seminario reforzaron la idea de la mayor racionalidad de la estructura llamada servicio nacional de salud y de la estrategia conocida como salud comunitaria, aplicable al nivel primario de atenciones de salud y enfermedad, en conexión con los niveles de especialización creciente.

El asunto ha causado controversia en todo el mundo. En los países más desarrollados existe una tendencia a considerar la medicina y la salud comunitarias como disciplinas especializadas de reemplazo a la salud pública, mientras que en los países subdesarrollados se habla de salud pública como política, y de salud comunitaria como estrategia, para aplicar localmente los programas de salud pública. Algunos autores señalan la posibilidad de que la diferencia exprese intereses políticos e ideológicos.

El interés por esta innovación quizás obedezca a que la descentralización que anuncia el nuevo modelo favorece las adaptaciones locales, permite la participación, facilita la educación para la salud, posibilita la cobertura universal, aumenta la eficacia de los servicios permitiendo controlar y hasta rebajar los costos a la vez que humaniza aún más los servicios. Es posible que constituya una reacción frente a la inercia y la ineficacia de los modelos tradicionales centralizados o la crisis mundial de la salud, la tecnificación y deshumanización de la medicina especializada o el monopolio de la salud por la medicina.

La emergencia de la salud comunitaria en esta coyuntura crítica del desarrollo de la economía capitalista mundial, se puede usar de manera diferente en cada contexto político y social. Puede ser una buena política de salud o una estrategia para la legitimación del Estado, el control social, la industrialización del sector salud o una verdadera arma política y social en manos de las poblaciones de los países pobres.

No sorprende encontrar en países como el nuestro un profundo desacuerdo entre los grupos del sector salud y los sectores políticos y sociales del país, en torno a si los programas de salud llamados comunitarios lo son realmente, o constituyen formas solapadas de transferir a las comunidades la responsabilidad de la atención que corresponde al Estado al que la población otorga recursos en forma de tributo.

● La noción de comunidad

Por la alta prioridad y la forma con que se ha difundido el pensamiento de salud orientado por la dimensión comunitaria, se observan con frecuencia confusiones sobre simplificaciones derivadas del manejo descuidado de la noción de comunidad.

Profesionales de la salud, incluidos los médicos, con frecuencia utilizan en su discurso el lenguaje de la salud comunitaria con profundas confusiones de significado. El término ha llegado a vulgarizarse a tal extremo que es difícil saber a qué se refiere en particular una persona que califica un programa de comunitario.

Por regla, el término comunidad no designa un concepto derivado de un modelo teórico de la vida social como un todo. Esto es tarea específica de las ciencias sociales, las cuales casi siempre son excluidas en los análisis de lo comunitario que se realizan en las reuniones del sector salud.

En general, la idea de comunidad se deriva de impresiones inmediatas acerca de algunas características demográficas, geográficas y psicosociales de las poblaciones que viven aisladas. Es muy posible que el origen del concepto se remonte al trabajo de los antropólogos culturales como Malinowski o Mead, quienes estudiaron grupos de indígenas no europeos en áreas remotas de África o de las islas del Pacífico. Estos conceptos han heredado una cierta visión etnocentrista de superioridad del grupo de origen europeo, sobre los aborígenes, generalmente calificados de primitivos por el hecho de no ser europeos o no haber sido colonizados por ellos.

Al poner énfasis en el carácter occidental se pierde de vista el carácter integral de toda la estructura de las relaciones sociales y económicas en donde esa comunidad no es sino una expresión particular

Ante la dificultad de percibir con el simple sentido común (sin métodos precisos de investigación científica social) la identidad comunitaria de los grupos humanos, los organizadores de la salud comunitaria han optado por el camino práctico de definir cuál es la comunidad y quiénes pertenecen a ella, e imponer esta definición a poblaciones que con frecuencia no se consideran ellos mismos miembros de

una misma comunidad. Por regla general, este sentido común fracasa totalmente, y ante los resultados de falta de respuesta y participación comunal, se culpa a la población de renuencia a su propio desarrollo, tradicionalismo, falta de espíritu de cooperación y se le achaca a este estado de postración social su problemática de salud y enfermedad.

Mucho se ha criticado al interior de las ciencias sociales, la concepción de comunidad que postula una separación entre comunidad *folk* o tradicional y comunidad moderna o desarrollada. Al poner énfasis en el carácter occidental, particularmente el desarrollo del mercado capitalista moderno, se pierde de vista el carácter integral de toda la estructura de las relaciones sociales y económicas en donde esa comunidad no es sino una expresión particular.

Cuando se consideran las definiciones más usuales de comunidad, uno se encuentra con Hernán San Martín, autor quien concibe la comunidad como el conjunto de grupos de población que viven juntos en un lugar, urbano o rural, en condiciones específicas de organización y de cohesión social y cultural. En esta definición se pone de relieve la preocupación por categorizar grupos de población en términos de unidades o entidades individuales. Esta concepción no es fiel a la posición defendida por el mismo San Martín de la relación entre la población y su ambiente total, tanto geográfico y ecológico como sociocultural. La comunidad no es vista como un momento en el proceso de adaptación humana al ambiente, sino como una entidad indefnida a la que se agreguen sus supuestos miembros a manera individual. De ahí se sigue la concepción de organización y desarrollo de la comunidad, como el proceso permanente de acción social planificado, con objetivos precisos, por el cual la población de una comunidad se organiza para realizar el desarrollo social, con el objeto de mejorar las condiciones de vida de la localidad. Esto implica una identificación de las necesidades y

aspiraciones, así como de los problemas y recursos existentes en la comunidad.

La noción adyacente de organización y de desarrollo de la comunidad padece de las mismas limitaciones de la noción de comunidad. El problema que se desea resolver con la aplicación de la metodología de la acción comunitaria no es la situación problemática tal y como la viven, perciben, conceptualizan y expresan los miembros de un grupo social unidos por el reto de la vida, sino que es un problema previamente definido a nivel nacional en las políticas de salud, al que como consecuencia se le atribuye una dimensión local específica. La tarea es, pues, diseñar en forma indefinida el modelo de comunidad, que pueda ser señalado como objeto de la acción local, y realizar esfuerzos por persuadir a los habitantes de que determinada dificultad es un problema común y de que la acción común es la única solución a ese problema.

Estas preconcepciones constituyen un escollo y una contradicción con la esencia de la salud comunitaria, que busca la descentralización de las decisiones y poder decidir y actuar por parte de la población misma.

Hernán San Martín y Vicente Pastor, en su libro *Salud comunitaria, teoría y práctica*, escriben: “el desarrollo y organización de la comunidad como proceso y técnica para mejorar el nivel de vida de la población, tiene dos efectos en la salud: la influye favorablemente y ofrece un mecanismo nuevo para que el equipo de salud penetre en la comunidad y la disponga a trabajar por la solución de sus propios problemas de salud. Precisamente en esto estriba la diferencia entre los programas de desarrollo de la comunidad y los de agencias o servicios técnicos, estatales o particulares. Aquellos empiezan por considerar al pueblo como la entidad que dictamina, y a las necesidades sentidas por los pobladores como las bases de partida del programa. Las instituciones llegan a la comunidad,

generalmente, como un conjunto de programas y técnicas que se imponen de forma más o menos violenta o persuasiva, porque se considera que son buenas y que la comunidad lo necesita”.¹¹

En estos párrafos encontramos las ideas que hemos mencionado. Se concibe al equipo de salud como un ente que penetra en la comunidad y la dispone a trabajar en la dirección de sus supuestos verdaderos problemas de salud. No es cierto que las agencias impongan en forma más o menos violenta sus programas y sus técnicas, mientras que el desarrollo de la comunidad no lo hace.

Con frecuencia nos hemos encontrado en la práctica con comunidades que no consideran siquiera que sus estados de salud y enfermedad sean un problema, y mucho menos su problema más apremiante. Piensan que es más grave la falta de tierra o de capital de trabajo, mercado o crédito, falta de carreteras o de educación y capacitación, etcétera, que sus problemas infecciosos o crónicos. Al equipo de salud no le queda, en tales casos, más que imponer en forma un tanto violenta la idea de que la comunidad tiene un grave problema de salud y ese problema puede ser resuelto mediante la intervención del equipo de salud. De no ser así, el equipo de salud no tendría ningún papel que jugar en la población.

La concepción de la comunidad como entidad indefinida hace que los problemas de salud y enfermedad no sean revelados en su causalidad social y económica. Una población que presenta un cuadro de desnutrición, altas tasas de infección y de accidentes y riesgos de trabajo, puede estar sufriendo de la influencia desfavorable de la organización de la economía local, de la excesiva concentración de la propiedad y del capital, de la explotación y del deterioro ambiental a causa de los bajos ingresos, alta natalidad y poca educación. Si en un caso como

¹¹ San Martín y Pastor, 1984; 49.

este el equipo de salud comunitaria entrara lo suficiente en la comunidad como para ayudarla a tomar conciencia de estos factores negativos de su estado de salud y enfermedad, y capacitar a la población en demanda de transformaciones estructurales que vinieran a eliminar los factores de riesgo, el equipo de salud comunitaria tendría que enfrentarse en una lucha política con los sectores propietarios y empleadores de la mano de obra que constituye la comunidad.

Con asombro y frustración las autoridades de salud, aun las mejor intencionadas, ven fracasar los programas de salud. Generalmente el diagnóstico es que tales programas fracasan por falta de apoyo de la población y de su participación activa en los mismos. Nuestro análisis difiere de esa perspectiva. Lo que ha ocurrido es que el objeto último de los programas ha sido satisfacer las expectativas y demandas de la población local, sin arriesgar una verdadera participación en el poder real, y que las comunidades menos favorecidas presentan entre sus numerosas limitaciones, una incapacidad de análisis de su propia condición social, económica y política. No basta con postular que las comunidades tienen la libertad de determinar cuáles son sus problemas prioritarios en materia social; se vuelve inevitable la necesidad de capacitar a la población en ese tipo de operación cognitiva, que no es otra cosa que investigación colectiva de su propia realidad, a fin de conocerla y actuar eficazmente para transformarla. Esta tarea es doblemente difícil por cuanto implica un entrenamiento en las técnicas y métodos de la investigación social que se ha desarrollado en las ciencias sociales y debe vencer las barreras lingüísticas y psicológicas que definen los procesos de investigación científica como privilegio de los académicos. Es complicado que un médico con entrenamiento clínico, un experto en salubridad con entrenamiento en epidemiología o un administrador de programas de salud bien intencionado, pueda lograr que una

población desarrolle las capacidades cognitivas para descubrir su propia realidad, definir sus situaciones problemáticas reales, algunas más allá de su comprensión y de su capacidad de análisis, y las habilidades y destrezas necesarias para la organización eficiente y la acción efectiva junto con el equipo de salud.

Resulta imposible en una obra que no está dedicada a la sociología de la comunidad ni a la acción comunitaria, agotar los aspectos relacionados con el tema de la dimensión comunitaria de la salud y la enfermedad. Nuestro interés es dejar una idea precisa de los problemas, indeterminación y retos que tiene este nuevo paradigma que con frecuencia se presenta como panacea para todos los males de salud de un país o una región. No basta con añadir el adjetivo comunitario a toda acción encaminada a la prevención de la enfermedad, curación y tratamiento o desarrollo de la salud de una población, para que se constituya en un programa comunitario.

La evolución de la Medicina demuestra que constituye un instrumento social para la afirmación y el desarrollo de la vida humana en el planeta, incluyendo no solo un conjunto de conocimientos científicos y de técnicas y prácticas, sino una conciencia alerta frente a los riesgos que la cultura humana crea contra la vida.

En este momento, la amenaza de exterminio total de la vida en el planeta mediante una conflagración nuclear derivada de las luchas militares por el poder económico, político y social de diversos sectores de la humanidad, crea un reto inédito en la historia de la medicina. Igualmente trágicos son los retos creados por la destrucción sistemática del ambiente y la aparición de enfermedades mortales derivadas del desarrollo económico y social moderno de la humanidad. En estos casos la prevención, única salida y respuesta posibles, implica una medicina humanística, verdadero movimiento social por la justicia, el derecho y la fraternidad de todos los seres de la tierra.

Bibliografía

En la presente guía se ofrece a los lectores una gama de textos generales introductorios especializados de consulta, ampliación o ilustración de diversos tópicos, problemas, técnicas, modelos teóricos y debates tratados en este libro.

En el trabajo de lectura de este libro, se recomienda tener a la mano diversos diccionarios enciclopédicos especializados, pues hay que hacer un esfuerzo especial por aprender los términos y conceptos nuevos de las ciencias sociales y biomédicas.

Diccionario enciclopédico de las ciencias médicas, McGraw-Hill, México, 1974.

HELMUT, Shoeck. *Diccionario de Sociología*, Herder, Barcelona, 1985.

PRATT Fairchild, Henry. *Diccionario de Sociología*, Fondo de Cultura Económica, México, 1976.

SILLS, David. *Enciclopedia internacional de las ciencias sociales*, Aguilar, Bilbao, 1976.

A continuación se sugieren algunas obras básicas de lectura y estudio indispensable para quien aspira a elaborar un amplio y profundo conocimiento de este campo de la Sociología.

COE, Rodney. *Sociología de la medicina*, Alianza, Madrid, 1979.

DE MIGUEL, Jesús M. *La salud pública del futuro*, Ariel, Barcelona, 1985.

DOMÍNGUEZ *et al.* *Sociología y enfermería*, Pirámide, Madrid, 1983.

DURKHEIM, Emile. *Suicide*, Free Press, New York, 1951.

GLASSNER y Freedman. *Sociología clínica*, Continental, México, 1985.

ROJAS Soriano, Raúl. *Sociología médica*, Folios, México, 1983.

SAN MARTÍN, Hernán. *Salud y enfermedad*, La Prensa Médica Mexicana, México, 1983.

SAN MARTÍN y Pastor, *Salud comunitaria*, Díaz de Santos, Madrid, 1984.

SORRÉ, Max. *Fundamentos biológicos de la geografía humana, ensayo de la ecología del hombre*, Juventud, Barcelona, 1955.

WELFORD, *et al.* *Sociedad, problemas y métodos de estudio*, Martínez Roca, Barcelona, 1966.

La siguiente lista corresponde a libros de consulta y de lectura para ampliar conocimientos. Son obras estructuradas para una lectura sistemática ordenada, o para la consulta breve, fácilmente localizable.

Medicina sanitaria y administración de salud. Atención de la salud, Ateneo, Argentina, 1976.

MOYA, Ligia. *Introducción a la estadística de salud*, Universidad de Costa Rica, San José, 1986.

SONIS, Abraham. *Actividades y técnicas de salud*, El Ateneo, Argentina, 1985.

Las siguientes obras son lecturas de carácter general tendientes a ampliar la cultura o conocer intentos interpretativos globales de la medicina, salud y enfermedad.

ARNOLD, Florence. *Las otras medicinas*, Parramón Ediciones, Barcelona, 1983.

Industria internacional farmacéutica y el precio de la salud, El Cid, Caracas, 1977.

LAÍN Entralgo, Pedro. *La relación médico-enfermo*, Alianza, Madrid, 1983.

MAR Ichau-Beauchant. *La salud en el mundo*, Cikostau, Barcelona, 1971.

MIRDI, Alejandro. *La medicina en el tiempo*, El Ateneo, Argentina, 1978.

PÉREZ Tamayo, Ruy. *Enfermedades viejas y enfermedades nuevas*, Siglo XXI, México, 1985.

RENAUD, Jacqueline. *Enfermedades de nuestro tiempo*, Parragón Ediciones, Barcelona, 1983.

SEGUIN, Carlos. *La enfermedad, el enfermo y el médico*, Pirámide, Madrid, 1982.

Las siguientes obras ofrecen visiones críticas desde una perspectiva más radical, de gran utilidad para contrastar con el discurso oficial, generalmente demasiado apologético.

BASAGLIA, Franco, et al. *La salud de los trabajadores. Aportaciones para una política de la salud*, Nueva Imagen, México, 1978.

ILLICH, Iván. *Némesis médica. La expropiación de la salud*, Siglo XXI, México, 1979.

NAVARRO, Vicente. *La medicina bajo el capitalismo*, Crítica, Barcelona, 1979.

ROJAS Soriano, Raúl. *Capitalismo y enfermedad*, Folios Ediciones, México, 1985.

TERRIS, Milton. *La revolución epidemiológica y la medicina social*, Siglo XXI, México, 1980.

TIMIO, Mario. *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*, Nueva Imagen, México, 1979.

VASCO Uribe, Alberto. *Salud, medicina y clases sociales*, Hombre Nuevo, Medellín, 1978.

YUSTE Grijalba, Francisco Javier. *Ensayos sobre medicina preventiva y social*, A Kal, Madrid, 1976.

Para tener una visión enfocada a casos específicos, en la que lo sanitario y lo social convergen, son útiles las siguientes obras:

BASTIDE, Róger. *Sociología de las enfermedades mentales*, Siglo XXI, México, 1979.

BEHM, Hugo. *La mortalidad en la niñez en Centroamérica, Panamá y Hélice. 1970-1985*, UNICEF, OPS, CEVADE, San José, 1988.

BELTRÁN, et al. *Problemática del comportamiento y salud en Latinoamérica*. Nueva América, Bogotá, 1984.

DUARTE, Humes. *Ciencias sociales y salud en América Latina*, OPS-CIESU, Montevideo, 1986.

MATA, Leonardo. *The Children of Santa María Cauque*, Mit Press, Cambridge, 1978.

- RODRÍGUEZ Ortiz, Imelda Ana. *Apuntes de sociología médica*, UNAM, México, 1985.
- STELTZER, Ulli. *Health in the Guatemalan Highlands*, University of Washington Press, Seattle, 1983.
- ARBER, Sara y Jay Ginn. *Relación entre género y envejecimiento: enfoque sociológico*, Nancea, Madrid, 1996.
- REGIDOR, Enrique, Juan L. Gutiérrez-Fisac y otra. *Diferencias y desigualdades en salud en España*, Díaz de Santos, Madrid, 1994.
- McKEOWN, Thomas. *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Crítica, Barcelona, 1990.



P a r a
la publicación de
esta obra se contó con la
colaboración de Martín Gómez
en la coordinación editorial; Jacqueline
Brieno en el cuidado de la edición; el
diseño de interiores estuvo a cargo de
Miriam Gómez; la diagramación es de
Francisco Rivera, mientras que el diseño
de la cubierta es de Brenda Serrano. La
impresión se realizó en los talleres de
Solar Editores, durante octubre
de 2009.