

TECANA AMERICAN UNIVERSITY

Postdoctoral Program in Anthropology



Informe N° 3

ANTROPOLOGIA Y SALUD

Cursante: Dr. Francisco Humberto Mingolla

"Por la presenta juro que soy el único autor de la presente investigación y que su contenido es consecuencia de mi trabajo académico"

Tucumán – Argentina - Septiembre, 2015

INDICE GENERAL

Resumen	
Introducción	1
Objetivo General	1
Objetivos Específicos	1
La Antropología Médica	2
CAPITULO 1	5
Medicina y Antropología: devenir histórico, confluencias y desencuentros	5
CAPITULO 2	13
Los conceptos de salud y enfermedad a través de la historia	13
Medicina en la Edad Media	15
Siglo XVIII y XIX	16
La medicina actual	17
El concepto actual de salud y enfermedad. Proceso salud enfermedad.	18
Salud y Enfermedad	19
Definición de la OMS. Ventajas y limitaciones de esta definición	20
Determinantes de la salud	22
Factores determinantes de la salud	22
Salud y desarrollo económico	24
Enfermedad según el modelo biomédico. Limitaciones.	25
Características del modelo biomédico	25
Características del modelo Biopsicosocial	26
CAPITULO 3	29
Interculturalidad y salud	29
El proceso intercultural	29
Relación intercultural en salud:	30
CAPITULO 4	34
CONCLUSIONES	34
Ilustración 1 Evolución del concepto de determinantes	24
Ilustración 2 Ciclo virtuoso pobreza-enfermedad	25
Ilustración 3 Modelo Biomédico	26
Ilustración 4 Diferencia entre modelo biopsicosocial y modelo biomédico	28
Ilustración 5 proceso Intercultural	30
BIBLIOGRAFIA	I

Resumen

El presente informe tiene como objetivo general. Ofrecer un análisis del concepto de Antropología Médica y sus alcances. Para ello analizaremos planteamientos teóricos sobre la antropología de la salud en la actualidad. Acercar un concepto de su definición, y su historia. El tipo de investigación utilizada fue descriptivo-documental y bibliográfica. La antropología médica busca la manera de satisfacer las demandas humanitarias y científicas del campo de la medicina, mediante la búsqueda del origen social de las enfermedades. Su desarrollo ha acompañado al del hombre desde los inicios de la civilización y su práctica ha evolucionado desde ritos religiosos hasta el intervencionismo tecnológico con que contamos en la actualidad. A lo largo del desarrollo de la humanidad el concepto de salud - enfermedad ha tenido diversas significaciones. La salud es un proceso en continuo cambio. Y analizaremos la definición de la OMS y así también comparar el modelo biomédico con el modelo biopsicosocial en la atención de la salud, por ultimo daremos una interpretación del proceso de interculturalización y salud.

Palabras Claves: Antropología, salud, enfermedad, interculturalidad,

Introducción

En el presente trabajo se tratará de conceptualizar de manera sintética a la construcción sociocultural de la salud y la enfermedad, Antropología de la Salud o Antropología Médica, su objeto de estudio, historia, conceptos y campos de estudio. Proceso atención salud enfermedad. Modelos médicos, transacciones y pluralismo asistencial en la globalización e interculturalidad en la atención de la salud. Para ello vamos a proceder a definir en principio a la Antropología Médica o de la salud, una muy apretada síntesis de la historia de esta ciencia, y sus divisiones. Si bien, es éste un campo de muy vasta bibliografía y concepciones, nos limitaremos a los temas que detallamos anteriormente, quedando un sin número de temas para desarrollar en posteriores trabajos.

Objetivo General

- Ofrecer un análisis del concepto de Antropología Médica y sus alcances.

Objetivos Específicos

- Identificar los conceptos de salud y enfermedad
- Analizar las ventajas y limitaciones de la definición de la OMS.
- Comprender las diferencias del modelo biomédico y biopsicosocial.
- Interpretar el concepto de interculturalidad y salud

El tipo de investigación que se llevó a cabo fue descriptiva documental-bibliográfica. El material que se utilizó fueron distintos tipos de escritos de autores internacionales reconocidos en la materia, de autores locales, y material didáctico de las Cátedras de Antropología Cultural y Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Tucumán. Este trabajo más que una investigación puramente bibliográfica es una mezcla reflexiva

de muchos años de lectura científica de la temática. Se presenta dividido en: Introducción, con la conceptos de la Antropología Médica, y en 4 capítulos: el cap.1 versa sobre Medicina y Antropología: devenir histórico, confluencias y desencuentros.; el cap. 2 trata sobre Los conceptos de salud y enfermedad a través de la historia. En el cap. 3 se habla de Interculturalidad y salud. Y para finalizar en el cap. 4 desarrollamos breves conclusiones.

La antropología médica

Es un subcampo de la antropología social o cultural. Es la traducción al castellano del término medical anthropology que sirve, desde 1963, de etiqueta identificativa para la investigación empírica y la producción de teoría por parte de los antropólogos sobre los procesos sociales y las representaciones culturales de la salud, la enfermedad y las prácticas de atención o asistencia relacionados con ella. La antropología médica busca la manera de satisfacer las demandas humanitarias y científicas del campo de la medicina, mediante la búsqueda del origen social de las enfermedades. Para esto, se hacen investigaciones en las cuales se buscan los obstáculos que deben enfrentar las personas al momento de buscar ayuda médica y cuidados de salud. Los estudios etnográficos que se llevan a cabo consisten mayormente en observaciones, entrevistas y cuestionarios para conocer la manera en que las personas perciben la salud y las enfermedades, y de qué manera la sociedad, la cultura, la política y el ambiente afectan su salud, positiva o negativamente. En España se han utilizado además términos tales como "antropología de la medicina", "antropología de la salud" o "antropología de la enfermedad"¹. En Europa, el término "antropología médica" fue utilizado, ocasionalmente, durante el s. XX para designar los estudios filosóficos sobre salud y enfermedad. Fue la adaptación castellana del término neerlandés "medische anthropologie" acuñado en el siglo XIX, realizada por el historiador y filósofo Pedro Laín Entralgo en distintas obras. Sin embargo, en la literatura científica en castellano, catalán, gallego o

euskera el término antropología médica designa hoy a la medical anthropology. La creciente preocupación sobre el tema de la salud o, como algunos autores lo denominan, la "nueva conciencia de la salud", se ha convertido en un concepto central de las sociedades contemporáneas. De allí que la definición de la Organización Mundial de la Salud que habla de la misma como "un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades", intente demostrar que la salud es un hecho social que sobrepasa los equilibrios biológicos, y que puede ser entendida como un sistema bioantroposocial complejo. Sobre esta base, el campo de la salud se ha abierto a áreas del conocimiento y a perspectivas de trabajo que no eran las tradicionales de las ciencias médicas. Este es el caso de la antropología, disciplina que solía ocuparse del estudio de las minorías étnicas y, en nuestro caso, de la investigación etnográfica de los pueblos indígenas –en una especie de oposición a la sociología, cuyo espacio académico lo delimitaban las sociedades "modernas"-. Sin embargo, los nuevos terrenos en los cuales la antropología ha incursionado, la han consolidado como un área dinámica dentro de las ciencias sociales y humanas contemporáneas. Esta subdisciplina antropológica, ha permitido su articulación con el campo médico y ha generado un encuentro de temas y de aproximaciones teórico-prácticas muy creativas sobre los problemas de la salud y la enfermedad. Un somero muestrario de las preocupaciones de la antropología médica, que aglutina asuntos como el dolor, la muerte, la nutrición, el cuerpo, las enfermedades genéticas y crónicas, las enfermedades de transmisión sexual, la enfermedad mental, entre muchos otros, tiende un gran escenario de investigación y teorización que está abierto al entendimiento de la cultura, de la cognición y a las maneras de representar los procesos de salud y enfermedad. De esta manera, en el aporte de la antropología médica están involucrados los problemas de la cultura, de lo social, y una aproximación diferente a una cuestión tan propiamente antropológica como es la de la

alteridad. Si tenemos en cuenta que el campo médico es un espacio multidimensional y relativo, en donde las dimensiones objetivas y subjetivas interactúan constantemente para buscar mantener un equilibrio bioantroposocial, su lectura debe pasar por procesos conceptuales coherentes que superen los reduccionismos explicativos y den cuenta así de las lógicas de los grupos sociales sobre la salud y la enfermedad. El desarrollo actual de la antropología médica en el mundo permite percibir la diversidad de estudios teóricos y aplicados, además del impacto que está teniendo en el terreno de la salud pública y de las ciencias de la salud. Estudios culturalistas, de economía política y sociales permiten no solo cuestionar el campo médico sino ayudar a entender los fundamentos sociales de la salud y, al mismo tiempo, ampliar el horizonte de los programas en salud pública que buscan prevenir, controlar y erradicar enfermedades en la sociedad. La antropología médica al intentar comprender la salud y la enfermedad, se sitúa en una síntesis interdisciplinaria que corresponde a la exigencia de entendimiento de las realidades cotidianas de los individuos en el campo de la salud².

Capítulo 1

Medicina y Antropología: devenir histórico, confluencias y desencuentros.

La Medicina (del latín medicina, de mederi que significa curar, medicar) es la ciencia dedicada al estudio de la vida, la salud, las enfermedades y la muerte del ser humano, y que implica el arte de ejercer tal conocimiento técnico para el mantenimiento y recuperación de la salud, aplicándolo al diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. La Medicina como disciplina orientada al cuidado de la vida humana, forma parte del cuerpo de las Ciencias de la Salud y se ha considerado el arte de curar y prevenir enfermedades. Su desarrollo ha acompañado al del hombre desde los inicios de la civilización y su práctica ha evolucionado desde ritos religiosos hasta el intervencionismo tecnológico con que contamos en la actualidad. El mundo occidental asume a los textos hipocráticos, en los que se abordan enfermedades desde perspectivas naturalistas, como las primeras descripciones de práctica médica. Hipócrates y la Escuela Alejandrina rompen con las ideas que admitían las intervenciones de fuerzas divinas en la producción de enfermedades. La Roma Antigua, por su parte, desarrolló las escuelas y figuras médicas de origen griego, sintetizando y superando algunos trabajos helénicos. La herencia griega es conservada durante la Edad Media, y transmitida principalmente por traducciones hechas por árabes y persas, que completaron muchas observaciones griegas y crearon Escuelas de Medicina y hospitales que sentaron las bases de los modernos estudios universitarios. Durante este último periodo la práctica médica se consideró un privilegio casi exclusivo del cuerpo clerical. El Renacimiento fue un período caracterizado por el conflicto entre la autoridad de los antiguos y la observación directa en contacto con la realidad, manifestándose en primera instancia en la anatomía. Destaca la figura de Vesalio y su aporte a la misma. A partir de la segunda mitad del siglo XVII y a través del siglo XVIII,

la información existente se va precisando, ordenando y completando. El microscopio marca un hito fundamental en la biología. Surgen nuevos planteamientos, como la generación espontánea y la preformación. Comienza a constituirse una primera etapa positivista. Surgen concepciones dispares como la mecanicista o yatro mecánica y la vitalista o yatroquímica en la fisiología. El siglo XIX representa históricamente el siglo de la clínica y la fisiología, en el contexto de la revolución industrial. Se desarrollan al máximo los métodos de exploración clínica. La noción de la evolución, la definitiva fundamentación de la teoría celular, el conocimiento de la naturaleza y la fecundación, influyen en la biología en general, logrando un gran desarrollo también la fisiología. El laboratorio en la investigación médica adquiere una prominente importancia durante la segunda mitad de este siglo, con el rigor científico y la amplitud lograda por la microbiología. Se consolidan diversas especialidades, todo esto ayudado por las adquisiciones científico-técnicas y las necesidades sociales que van surgiendo. En lo que respecta a la cirugía, esta logra gran desarrollo posibilitado por la introducción de la asepsia y de la anestesia. En el siglo XX se profundiza el desarrollo de las técnicas de exploración, diagnóstico y tratamiento, como la radioterapia, y aplicación de distintos radioisótopos. Importantes adelantos se lograron también en el campo de la electrónica, con la invención de la electrocardiografía y la electroencefalografía. Nuevas disciplinas se van desarrollando, como la genética, la endocrinología, la bioquímica. El descubrimiento de la penicilina abre las puertas al tratamiento de las infectocontagiosas.

La relación entre la medicina y la antropología ha estado marcada por diversos encuentros y desencuentros. Desde el campo disciplinario de la antropología, la medicina está integrada a la cultura, y cada cultura cuenta con su interpretación de lo que es el fenómeno de la enfermedad; se habla entonces de medicinas que llegan a ser tantas cuanto alcanzan a ser el número de culturas existentes. En nuestra sociedad las medicinas que

corresponden a las diversas culturas coexisten, se divulgan y se influyen mutuamente. Sin embargo, se presenta el dominio o hegemonía de una sobre las otras, una medicina que tiene como eje a la ciencia y cuyo aporte es la objetividad, que se ha convertido en la medicina oficial al contar con el apoyo de los Estados. Gran parte de la medicina científica se apoya en la experimentación, lo que ha permitido la consolidación de un cuerpo de conocimientos que se expande y diversifica continuamente, desarrollando especialidades a un nivel sin precedentes y colocando en un plano secundario y hasta subordinado a otras prácticas médicas. En el del ejercicio profesional médico se ha dado prioridad a un tipo de conocimientos, excluyendo otros. Este modelo médico dominante en los servicios asistenciales y en la formación universitaria, ha hecho énfasis en la dimensión biológica del proceso salud-enfermedad. Si consideramos a la medicina como campo profesional donde se conjuntan conocimientos, técnicas y habilidades que tienen como objeto el estudio del ser humano desde el proceso salud-enfermedad, entonces se hace evidente que no debe ser reducido a lo biológico, ya que incluye lo social y lo psíquico. El fenómeno salud-enfermedad aunque se expresa en lo individual se refiere a procesos colectivos, que son a la vez fenómenos históricos. A lo largo de su evolución, el hombre se ha enfrentado a la enfermedad. Las condiciones socioeconómicas y culturales de una sociedad favorecen un tipo de patología determinada, a la vez, se construyen una serie de teorías que intentan determinar la etiología y orientan la práctica médica. Cuando el médico se pregunta ¿cómo se conocen las enfermedades en el hombre?, ¿cómo las concibe el hombre enfermo?, las respuestas las construye de acuerdo a los conceptos de su sociedad y de su época. La medicina moderna en general considera la enfermedad como un hecho anatomofisiológico, se tiende a ver como una entidad objetiva que está localizada en algún lugar del cuerpo y que perturba el proceso fisiológico. El médico utiliza los conceptos y prácticas dominantes, pero se enfrenta a los diversos modos de entender la

enfermedad y a múltiples propuestas terapéuticas. Para prevenir, curar o rehabilitar debe conocer las formas de organización, conocimientos y valores de la sociedad y de los grupos sociales en donde realiza su trabajo, ya que cuando se construye la realidad inevitablemente se transita por el sendero de lo ideológico. Así, la interpretación sociocultural de la enfermedad incluye múltiples aspectos: campos de conocimientos, técnicas médicas, tecnologías, recursos e instrumentos, medicamentos, plantas, animales, ritos, símbolos, ideas, conductas, procedimientos, las lógicas internas tanto del facultativo y de la institución de salud como de los pacientes y sus familiares, la tradición, la verificación empírica y la experiencia, así como la confrontación con la teoría, el grado de aceptabilidad de la práctica terapéutica, la forma en la que los valores sociales incluidos en la profesión permean la práctica terapéutica, entre otros. Aparecen tanto las bondades como las incongruencias de las prácticas médicas, por eso es necesario conocer y confrontar diversas cosmovisiones del proceso salud-enfermedad. Algunos autores plantean que el concepto de antropología médica se origina en la década del '70, justamente cuando nace la bioética, otra disciplina vinculada al mundo científico y médico que ha ido adquiriendo gran relevancia en los últimos años. La antropología médica entiende que la enfermedad no es un concepto ni una experiencia universal. Las enfermedades tienen fuertes componentes culturales que deben ser respetados. Estudia los problemas de salud humanos y los sistemas terapéuticos en sus contextos sociales y culturales más amplios. Recurriendo a las ciencias biológicas y sociales, así como a la clínica, los antropólogos médicos han hecho grandes aportaciones al conocimiento y mejora de la salud humana y los servicios sanitarios en todo el mundo. En consecuencia, el auge de esta subdisciplina en años recientes ha sido notable, como reflejan las numerosas publicaciones y encuentros de especialistas, los programas de formación y su influencia fuera del ámbito puramente antropológico. La antropología médica no se caracteriza por un

solo paradigma teórico. Por ejemplo, la descripción y el análisis etnográfico de la religión y de los sistemas terapéuticos son tan antiguos como la propia antropología, mientras que enfoques nuevos, como la antropología medica crítica, son producto de las tendencias intelectuales más recientes. Aunque dicho ámbito de actividad intelectual es muy diverso, cabe identificar cinco enfoques básicos: biomédico, etnomédico, ecológico, crítico y aplicado. Estos enfoques comparten tres premisas fundamentales:

- La enfermedad y la curación son fundamentales en la experiencia humana y se comprenden mejor holísticamente en contexto con la biología humana y la diversidad cultural.
- La enfermedad representa un aspecto del entorno que sufre la influencia del comportamiento humano a la vez que requiere adaptaciones bioculturales.
- Los aspectos culturales de los sistemas de salud tienen importantes consecuencias pragmáticas en la aceptabilidad, efectividad y mejora del cuidado sanitario, en particular en las sociedades multiculturales.

Enfoque biomédico: gran parte de la investigación en antropología biológica con recurso a la epistemología científica convencional y centrándose en la biología humana y las consecuencias sanitarias de diferentes esfuerzos e incidencias, es parte de la antropología médica. Se reconoce desde hace tiempo que la enfermedad ha sido un importante agente de selección natural en la evolución genética y cultural. Los antropólogos biomédicos han usado los estudios inmunológicos para examinar el curso de las epidemias y las adaptaciones fisiológicas humanas a determinadas demandas o esfuerzos relacionados como las propias infecciones, la privación alimentaria, la altitud o las temperaturas extremas.

Enfoque etnomédico: Las primeras investigaciones etnomédicas se confinaron al estudio de las sociedades no occidentales y culturas llamadas

exóticas, y en general, se integró en el campo más amplio del estudio comparativo de la religión. Las ideas acerca de la enfermedad y los rituales terapéuticos se analizaron como ventanas sobre las creencias cosmológicas y los valores culturales subyacentes. A medida que se reconoció la íntima relación entre los conceptos de enfermedad y de organización social, la etnomedicina pasó a centrar su interés en la investigación etnográfica. Fabrega (1975) definió este enfoque como "estudio de que piensan los miembros de diferentes culturas acerca de la enfermedad y como se organizan para recibir tratamiento médico, así como de la propia organización social de éste."³ Estos estudios se centran en el significado cultural de la enfermedad, los comportamientos de los enfermos en busca de salud y las teorías, el adiestramiento y las prácticas de los sanadores. Nichter (1992) describe doce áreas de trabajo etnomédico actual, incluido "el estudio del afligido cuerpo como espacio en el que contienden ideologías distintas y se desarrollan las emergentes a través de prácticas e instituciones médico-religiosas que guían la producción de saberes." El concepto de modelos de la enfermedad usados en la antropología clínicamente aplicada lleva a las interpretaciones individuales de la causa, el curso y tratamiento de los episodios patológicos. Los conocimientos etnomédicos son importantes para entender cómo influyen las creencias culturales en los comportamientos relativos a la salud.

Enfoque ecológico: centra su interés en como las pautas de comportamiento y culturales humanas configuran las complejas interacciones del patógeno, medio natural y huésped humano para producir enfermedades infecciosas. Los estudios ecológicos de la salud y la enfermedad han puesto sus miras más allá de los factores socioeconómicos locales que influyen en la frecuencia de la enfermedad para ponerlas en las fuerzas de política económica mayores que limitan las opciones comportamentales de las poblaciones. La antropología ecológica y la política examinan la

influencia de los ambientes culturales, físicos y político-económicos en la distribución de la morbilidad y la mortalidad. Los cuadros patológicos descritos a menudo reflejan prácticas culturales asociadas con la dieta, los modelos de actividad, la sexualidad y otros. Además, las prácticas grupales como la introducción de la agricultura de riego, pueden transformar el equilibrio ecológico de la enfermedad a favor del patógeno. Los análisis ecológicos en antropología médica revelan igualmente numerosos casos donde los cambios culturales mejoran el estado sanitario en algunos grupos.

Enfoque crítico: (AMC) comprende dos movimientos intelectuales influyentes en este campo a lo largo de las décadas de 1980 y 1990. Uno subraya los enfoques marxistas de las fuerzas político-económicas macrosociales para comprender como influyen en la salud y en la estructura de los sistemas sanitarios; el segundo es más epistemológico y cuestiona los fundamentos de la teoría y la práctica biomédica contemporánea. Este enfoque se ha visto influido por pensadores postmodernos como Foucault, que ponen énfasis en la naturaleza social-construccionista de la realidad y en el poder social inherente a instituciones hegemónicas como la "biomedicina"⁴. Ambos movimientos tienen en común la demanda de una nueva reflexión fundamental sobre los objetivos de la antropología médica. La orientación de la AMC considera las cuestiones de la salud en contexto con fuerzas políticas y económicas más poderosas que modulan las relaciones humanas, configuran el comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva. Los macro procesos mundiales se ven como moldeadores de la práctica clínica e influyen en la distribución de las enfermedades. La medicina se asume no sólo como un conjunto de procedimientos y tratamientos, sino como una serie de relaciones sociales e ideología que la legitima.

Enfoque aplicado: Se consideran dos ramas, la clínica y la relacionada con la sanidad pública. La antropología médica clínicamente aplicada se conoce mejor por el uso que hace de modelos explicativos para explorar las

diferencias conceptuales entre las percepciones respectivas del médico y del paciente en lo concerniente a la enfermedad y la dolencia. Los antropólogos clínicos trabajan en escenarios biomédicos con los terapeutas y contribuyen al suministro de cuidados médicos, aplicándose al adiestramiento de futuros profesionales. La investigación realizada por antropólogos médicos clínicos atiende a opciones de atención sanitaria, creencias sobre la enfermedad y eventos vitales; también, al estudio de las influencias culturales en el comportamiento del paciente, la distribución de las enfermedades, la experimentación de la dolencia y las interacciones que se establecen entre terapeutas y pacientes. Forman parte también del campo de estudio macro aspectos como los sistemas de prestación sanitaria institucional y los contextos políticos y económicos. La investigación en la antropología médica aplicada a la salud pública tiene un énfasis programático en la atención sanitaria primaria y las intervenciones en terapias de nutrición y rehidratación que requieren participación comunitaria. En general, la antropología médica intenta analizar los sistemas de ideas y significados de cada grupo humano dentro del proceso salud enfermedad, así como las prácticas de atención, permite entender como la cultura establece marcos de referencia que influyen en el comportamiento de las personas durante los episodios mórbidos. El padecimiento es un concepto que ha sido manejado desde la perspectiva antropológica, entendiéndolo como el sentir y sufrir una serie de síntomas, tiene que ver con la experiencia vivida de vigilar los procesos corporales, las expectativas creadas alrededor de dichos procesos, y explicaciones del sentido común accesibles a todas las personas del grupo social y los juicios de los pacientes sobre cómo enfrentarlos. Para entender el padecimiento, se establecen modelos explicativos que son manejados por curadores y pacientes en todos los sistemas de salud, se ofrecen nociones sobre las enfermedades y los tratamientos y dan significado social a la experiencia de la enfermedad. Estos pueden presentar diferencias en los grupos sociales, incluso del mismo nivel socioeconómico y cultural.

CAPITULO 2

Los conceptos de salud y enfermedad a través de la historia

A lo largo del desarrollo de la humanidad el concepto de salud enfermedad ha tenido diversas significaciones. En la era paleolítica la concepción de proceso salud-enfermedad era “*mágica*”. En esta época los brujos tenían gran influencia y todo proceso anormal era atribuido a una causa sobrenatural. Otra figura importante en esta concepción era el sacerdote, quien como doctor espantaba los malos espíritus o el demonio que producían la enfermedad. Con la cultura griega se produjo el inicio de una visión **racionalista** y **naturalista** del cosmos y del hombre, alejada de la magia y las supersticiones mítico – religiosas. La salud era el bien máspreciado en la sociedad griega. Además, sin salud no podía haber belleza. Para los griegos antiguos, según Laín Entralgo, la enfermedad es desequilibrio, la desviación de la norma, y la cura pasa por un retorno a la naturaleza. **Apolo** era el dios de las plagas y de la enfermedad, el que aparta y desvía el mal y que domina también la profecía y el oráculo; su hermana **Artemisa** era la protectora de los partos y del crecimiento de los niños. El principal dios curador fue **Asclepio** o **Esculapio** para los romanos, hijo de Apolo y padre de las diosas **Panacea** e **Higea**, personificadoras de la salud. **Empédocles de Agrigento** (475- 435 a.C.) formuló la teoría según la cual todos los seres naturales están compuestos por una mezcla en proporciones variables de cuatro elementos de cualidades opuestas (*agua, aire, tierra y fuego*). Para él la enfermedad era el resultado del desequilibrio provocado por el exceso o defecto de alguno de estos elementos. Propone dos fuerzas invisibles como verdaderos motores del cambio: el *Amor* y la *Discordia*. **Hipócrates** (460 AC.) desarrolla la teoría de los cuatro elementos de Empédocles, llegando a una en la que todas las partes del organismo están compuestas por mezclas en proporciones variables de cuatro humores del organismo: *sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema* o *pituita*. Para un hipocrático lo importante es la

armonía con la naturaleza y todas las enfermedades consisten en desórdenes de la naturaleza. Tres de los principios terapéuticos empleados por los médicos hipocráticos son:

1.- “*Primum non nocere*” es preferible no hacer nada a empeorar la situación. La terapéutica hipocrática trató de favorecer sin perjudicar, iba dirigida a todo el cuerpo enfermo y no a sus partes, y se ejecutó con prudencia.

2.- Se debe *ir a la causa* de la dolencia.

3.- *Abstenerse de actuar ante las enfermedades incurables*, aceptando la inevitabilidad de los procesos “fisiológicos”.

La medicina hipocrática es el nacimiento de la medicina como un *saber técnico*, es el acontecimiento más importante de la historia universal de la medicina. La *medicina hipocrática*, duró alrededor de trescientos años a partir del siglo VI AC. Consistió en sustituir en la explicación de la salud y enfermedad todo elemento mágico o sobrenatural por una teoría circunscrita a la esfera del hombre y la naturaleza. Según Lichthenthaler y Laín, constituye el origen de una concepción científica de la medicina universal, liberada de la religión y la filosofía y establecida como un conocimiento técnico. Hipócrates usó los sentidos y la mente como los únicos instrumentos diagnósticos, creó la medicina clínica junto al lecho (*kliná*) del enfermo. El recurso terapéutico principal fue la dieta, (*díaita*), expuesta en los tratados “*Sobre la dieta*” donde se describen las características, preparación e indicaciones de los alimentos, tanto para el enfermo como para el sano. **Platón** (428-347 AC) en el *Timeo* menciona que las causas y origen de las enfermedades son el desequilibrio humoral, las influencias externas contra su orden, las alteraciones del aire y la desarmonía entre el alma y el cuerpo. Platón vive la dualidad alma-cuerpo en el que el cuerpo y su salud tienen un valor relativo, y a veces llega a ver el cuerpo como un objeto muy inferior al alma. Según Diego Gracia Guillén, Platón es el inventor de una psicoterapia verbal rigurosamente técnica. Utiliza la purificación del alma por la palabra, una catarsis verbal (*catarsis*). **Aristóteles**: afirma que el alma y el cuerpo se

enferman juntos, y utilizó una psicoterapia basada en la catarsis verbal enérgica. **Galeno** nació en Pérgamo, en el extremo occidental del Asia Menor, ciudad conquistada por los romanos. Hace una síntesis de todo el saber anterior. El sistema fisiológico de Galeno dominó el pensamiento médico desde el siglo II al XVII. La obra de Galeno ha sido considerada como la máxima expresión de la Medicina antigua y el inicio de la Terapéutica racional. Las enfermedades pueden ser debidas a la *discrasia* o desequilibrio en los humores constituidos del cuerpo o alteraciones por corrupción de un humor. Hizo notar la importancia del conocimiento previo del enfermo en estado de salud, temperamento, régimen de vida, alimentación, época del año, condiciones ambientales, y recomendó un examen serio y detenido de todo el cuerpo. Galeno pone más importancia e intensidad en la intervención que Hipócrates. En la terapéutica aconsejó la abundante utilización de medicamentos. Para él los medicamentos, correctamente usados, son "*manos de los dioses*". Fue nombrado médico de los gladiadores y de este trabajo procede la convicción de que la gimnasia debe incorporarse a la higiene dietética, bajo dirección médica.

Medicina en la Edad Media

La medicina del medioevo europeo recibió sus principales impulsos del arte terapéutico de Grecia y Roma. Se practicaban flebotomías, al igual que la uroscopia. La sangría artificial, la flebotomía fue recomendada ya por Hipócrates, como un remedio salvador para eliminar del cuerpo los malos humores, el conocimiento de los remedios vegetales, animales y minerales constituía ya en la edad media toda una ciencia. De la preponderancia de uno de estos humores, proceden las diferentes disposiciones temperamentales, el triste melancólico, se haya dominado por la hiel negra; el tedioso flemático acusa el predominio del mucus. La enfermedad consistía en un deterioro de los humores y como no podía contemplarse el interior del cuerpo, había que inspeccionar la orina como mensajera del interior para indagar de ella las verdaderas causas de la enfermedad. El orinal constituyó

durante siglos el medio principal para diagnosticar y prescribir la terapia consiguiente, en los grabados de la época se presenta incluso a Cristo, el médico del alma y del cuerpo, con un vaso uroscópico en la mano. Pero aunque Hipócrates había desterrado de la ciencia médica a los antiguos dioses y malignos demonios, en la edad media cristiana, la maldad y los pecados de la gente y las mañas de Satán, el adversario de Dios, eran los culpables de las enfermedades y solo podía procurar la salud, la ayuda espiritual de la iglesia y la medicina de los santos. Veamos como se realizaban interpretaciones a través del uroscopio (un vaso de orina): *esta simbolizaba: en su capa superior, la cabeza; en la siguiente, el pecho; en la tercera, el vientre; en la cuarta, el aparato génito-urinario. Si cuando era sacudida, la espuma bajaba a la segunda región del líquido y sólo muy lentamente volvía arriba, significaba ello que los órganos del pecho eran el asiento de la enfermedad, pero si subía con rapidez era que la enfermedad se limitaba a la cabeza.* Detengámoslos un instante en el 1300 y veamos cuales eran las recomendaciones que daba Guy de Chauliac para el médico: *“Es menester en cualquiera médico, primero haber ciencia, después uso y experiencia... Tercero que sea ingenioso y de buen juicio y memoria... Cuarto, que sea virtuoso, sea osado en las cosas seguras, temeroso en las peligrosas, huya de las malas curas, sea gracioso a los enfermos, a los compañeros amigable, cauto en el pronosticar; sea casto, templado, piadoso, misericordioso, no codicioso, no atesorador de dinero, (sino que) según su trabajo y según la facultad del enfermo y la calidad de la dolencia, tome sus salarios moderadamente.”*⁵ En la Edad Media el hombre era el responsable de su salud y podía por ello influir sobre la duración de la vida. Se daban distintos consejos: reforzar las fuerzas naturales por medio de los alimentos, así como las fuerzas espirituales a través de los buenos olores.

Siglo XVIII y XIX

En el paso de la forma de vida medieval a la burguesa con la aglomeración en los núcleos urbanos aumentan las enfermedades venéreas y cutáneas.

Hay una mayor frecuencia de fiebre tifoidea en aglomeraciones urbanas todavía carentes de una adecuada higiene pública. Consecuencia de lo psicosocial, en las grandes ciudades, hay un gran porcentaje de afecciones histéricas. Tomas Sydenham divide las enfermedades en agudas y crónicas. Las enfermedades crónicas son originadas por el régimen de vida del hombre, mientras que las agudas, en cuya sintomatología predominaba la fiebre, intervenían la influencia del medio ambiente sobre la especie morbosa, la localización del humor exaltado en la sangre, la constitución del enfermo y la mayor gravedad de los morbos agudos. Hay un notable auge de las enfermedades propias de la miseria suburbana, por ej. el raquitismo, la peste, la viruela, fiebres exantemáticas, la malaria, las afecciones tíficas, la disentería, la influenza. Por primera vez se habla de medicina social y se llevan a cabo logros importantes en salud pública y pasa a primer plano la idea de la prevención de enfermedades. Se habla de condiciones sociales como causa de enfermedad. Se mejoraron las condiciones higiénicas de las cárceles y hospitales y de la canalización de las aguas. El filósofo Rousseau (1712-1778) se enfrentó a los pretendidos avances de la civilización de su época y a los enciclopedistas que confiaban toda la felicidad del hombre en el progreso y la cultura y aboga por un retorno a la naturaleza. Decía que el arte de la medicina de su época era peligroso y lo responsabiliza de muchas muertes. Opinaba que la única parte válida o aprovechable del arte de curar son los cuidados o medidas destinadas a fomentar la *salud*.⁶

La medicina actual

Muchos fueron los cambios producidos durante estos siglos en el concepto de salud - enfermedad. La medicina actual se ha tecnificado. Los estudios complementarios han invadido la práctica médica. Estas prácticas muchas veces dejan de lado el contacto del médico con el enfermo. Se ha avanzado en la adopción de modelos preventivos, pero todavía hace falta trabajar más en este campo y quizás tener bien arraigado lo que decía Thomas Alva Edison: "El doctor del futuro no dará medicinas, sino que interesará a sus

pacientes en el cuidado de su estructura humana, en la dieta y en la causa y prevención de la enfermedad”

El concepto actual de salud y enfermedad. Proceso salud enfermedad.

Los fenómenos de salud son dinámicos. Cuando hablamos a cerca de la definición de salud de la OMS dijimos que mostraba un modelo estático. La salud y la enfermedad no son los puntos extremos de una recta. Salud y enfermedad son diferentes grados de adaptación del hombre frente al medio, los modos y estilos de vida son influidos y su vez influyen en la actividad del hombre como ser social. Los fenómenos de salud ocurren dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y viven en forma organizada en una sociedad que transforma continuamente el ambiente. Al encontrar estos determinantes el concepto de salud debe incluir dimensiones individuales, sociales y ecológicas del ser humano. En este constante cambio y en la búsqueda de un equilibrio entre el hombre y el ambiente giran los conceptos de salud- enfermedad. Y como es muy dinámico podemos hablar con más propiedad si lo llamamos “proceso salud enfermedad”. No hay límite exacto entre ellos. Esto no se puede abordar desde la enfermedad solamente ya que ésta va a afectar de manera diferente al individuo. No hay abordaje de enfermedades sino de enfermos.⁷ En 1977 Engel critica el modelo médico tradicional por sus planteamientos reduccionistas y mecanicistas y los califica de dogma y surge el concepto de modelo biopsicosocial. Este modelo permite un abordaje integral del proceso salud enfermedad. El proceso salud enfermedad expresa la unidad de lo natural y lo social en el hombre. La Medicina Familiar hizo suyo el modelo Biopsicosocial propuesto por G. Engel. Los modos y estilos de vida son influidos y su vez influyen en la actividad del hombre como ser social. Los fenómenos de salud ocurren dentro de una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética y viven en forma organizada en una sociedad que transforma continuamente el ambiente.⁸

Salud y enfermedad

El estado de salud es una constante preocupación de la humanidad. Sin embargo es difícil poder definir o explicar el concepto de salud. Desde hace tiempo se definía a la salud como la ausencia de la enfermedad. No es el mejor criterio ya que no se puede definir con una negación. La Real Academia Española define a la salud como “el estado en el que un ser orgánico ejerce normalmente sus funciones”. Esta definición es muy amplia, poco precisa y cuantificable. En gran parte de la historia el tema de la salud estuvo dominado por las enfermedades infecciosas. Con el correr de la evolución se originaron nuevas infecciones y otras fueron desapareciendo, sin mediar alguna medida preventiva. Siguiendo a la evolución humana aparecen una serie de enfermedades que no tenía conexión con las infecciones y no eran transmisibles como el infarto de miocardio, la depresión, el cáncer y otras. A estas entidades se las denominaba “enfermedades de la civilización”. Pero estos cambios en la civilización también interferían en la evolución de las enfermedades infecciosas, produciendo modificaciones en sus patrones. Corrientes colonizadoras, conquistas militares, guerras, todas traen aparejados consecuencias en el rumbo de las enfermedades infecciosas. Luego la industrialización, el crecimiento demográfico, el abordaje indiscriminado sobre la ecología, los conocimientos científicos, las comunicaciones, la globalización económica han cambiado los parámetros en la salud, dando como idea que todo es un proceso dinámico y como expresa Buda: lo único constante es el cambio. Muchas organizaciones y entre ellas la Organización mundial de la Salud (OMS) han tomado a la Salud como un derecho y así también se expresa en la Declaración Universal de los Derechos Humanos en diciembre de 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas. En ella expresa que todo hombre tiene derecho a conservar su salud y, en caso de que se enferme, a poseer los medios para curarse. En este capítulo intentaremos reflexionar acerca del

mismo, ver cómo evolucionó a través del tiempo y que parámetros influyeron en estos cambios.⁹

Definición de la OMS. Ventajas y limitaciones de esta definición

La organización Mundial de la Salud define a la salud como: “**un estado completo de bienestar físico, mental y social**” y agrega: “**y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades**”. Cuando uno se refiere al concepto de salud este debe incluir varios aspectos a saber:

Objetivo: la definición debe mostrar un parámetro observable y comparable para poder tomarlo como patrón y relacionarlo con otros. Ejemplo: si presenta una hepatitis B que tenga el antígeno correspondiente.

Subjetivo: se refiere a lo que puede percibir el sujeto, que puede creerse no enfermo. Capacidad funcional: una misma enfermedad puede afectar de distintas maneras a una persona. Un dolor puede pasar desapercibido para algunos y a otros lo inhabilita. Esto también lo debe reflejar la definición.

Teleológico: plantea a la salud como un instrumento para conseguir otros objetivos. Sin salud no hay trabajo, no hay desarrollo social ni bienestar familiar, ni amoroso, ni libertad. En base a estos aspectos analicemos la definición de salud de la OMS. En la definición de la OMS se incluyen el aspecto subjetivo al incluir en una parte el estado completo de “bienestar” y tomando a la persona como un ser “biopsicosocial”. Continuemos analizando los otros aspectos. En su enunciado “es el *estado* completo de bienestar”, muestra a la salud como algo fijo, estático. La salud dista mucho de ser estática, la salud es un proceso en continuo cambio. La salud es un estado continuo de adaptación. Está influenciada por la biología, el medio ambiente, la cultura, la sociedad, los hábitos y otros factores que hacen a la constante adaptación del hombre en el medio. Esta definición se ajusta a un modelo cartesiano que se sustenta en el paradigma biomédico, un paradigma convencional y reduccionista. ¿Qué podemos decir relacionado al aspecto objetivo? Analicemos este concepto: “un *completo bienestar físico....*”. ¿Cómo definimos el completo bienestar?, ¿Cómo lo comparamos?

¿Cuál es el fin? ¿Es lo mismo el bienestar que refiere una persona luego de realizar un ejercicio que el que refiere otro luego de consumir una droga? ¿Los dos están saludables? Por esto es difícil cuantificarlo y a la vez parece algo inalcanzable para la población (¿será por esto que lo llamamos *pacientes*?) y expresamos de esta manera que la salud es una incapacidad que se podría alcanzar algún día. Muchos preguntan porque no se modifica la definición. Una respuesta puede ser porque el objetivo de la OMS es que todos los pueblos alcancen el máximo nivel de salud y lo tome más como meta que como algo puntual y objetivo para cumplir. Este deseo permitiría mejorar las condiciones de vida de la población a medida se avanza en el intento de satisfacer las necesidades psíquicas, físicas y sociales. La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Concepto inalcanzable, hay que considerar el concepto de “salud relativa”¹⁰. Décadas más tarde complementa este enfoque en la siguiente definición. **“Salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de forma positiva a los retos del ambiente.”(OMS.1985).**

Bienestar. Comodidad, abundancia de cosas necesarias para la vida. Vida holgada, Feliz. Tranquilidad de ánimo, conciencia de un estado de satisfacción y plenitud corporal. La salud como bienestar refleja la necesidad de funcionar adecuadamente y de disfrutar del entorno, como sensación y percepción placentera y agradable, como garantía y disfrute de una sobrevivencia digna a través de la satisfacción de necesidades básicas, emocionales y sociales de un individuo, para favorecer el desarrollo de su personalidad. Pero la salud es más que sentirse sanos. La competitividad, la indolencia, la agresividad y el egoísmo, nos lleva a un estilo de vida, alejada de todos los principios normales de un ser humano, en sociedad. Otro aspecto importante dentro de la salud, es darse el tiempo de estar tranquilo. Disfrutar de momentos de ocio o de dispersión. La salud es un **proceso en continuo cambio**. La salud es adaptación, influenciada por la biología, el

medio ambiente, la cultura, la sociedad, los hábitos y otros factores. La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. En la parte media de este continuo o equilibrio homeostático se encontraría la mayoría de la población, donde la separación entre salud y enfermedad no es absoluta, ya que es muy difícil distinguir lo normal de lo patológico. El hombre sano es aquel que se percibe libre para actuar (la salud permite al ser humano realizar las actividades propias de su papel en la familia y en la sociedad). La salud es posibilidad de acción. Si estoy sano puedo moverme y dar frutos. La salud esta determinada por componentes biológicos, psicológicos y sociales en *unidad dinámica con la enfermedad*. Es el resultado de la interacción entre los individuos y su medio, condicionando *niveles de bienestar* físico, mental y social. Permite desarrollar plenamente una *actividad social y económicamente productiva*. La salud de los individuos es una condición necesaria pero no suficiente para lograr un proceso de desarrollo socio-económico-. Está condicionada a cada momento histórico de desarrollo de cada sociedad. La salud en términos físicos, forma parte de uno de los pilares de la calidad de vida, bienestar y en definitiva de la felicidad¹¹.

Determinantes de la salud: Existen distintos modelos para explicar la relación entre los determinantes y el estado de salud de la población. Entre ellos: Laframboise – Lalonde (1974), J. Frenk (1991), Dahlgren – Whitehead (1991), y Pedro Luís Castellanos (1991). Hay factores que influyen en la salud como: Factores políticos, económicos, sociales, culturales, medioambientales, de conducta, y biológicos. La regulación y control de muchos de estos factores está en manos de los Estados.

Factores determinantes de la salud: pueden ser no modificables (hereditarios) y factores modificables (hábitos de vida) (Ilust. N 1)

Se pueden agrupar en cuatro secciones Medio ambiente, Estilo de vida personal, Factores biológicos, y Sistema sanitario

Contaminantes del medio ambiente El deterioro del medio ambiente se puede deber a: contaminantes físicos: x ej: polvo procedente de los desiertos, o ingenios, en nuestra provincia. Radiaciones UV. Radiactividad. Calor, ruido, provocan: irritación de mucosas, enfermedades cardiorrespiratorias, tumores, estrés.

Contaminantes químicos: Pueden ser de distinto tipo: gases de combustiones, compuestos orgánicos, metales pesados, oxidantes fotoquímicos, detergentes, Etc. Los efectos son variados en función del tipo.

Contaminantes biológicos: Se clasifican en función del agente biológico (ser vivo): Virus, Bacterias, Protozoos, Algas, Artrópodos, Otros parásitos. Provocan enfermedades infecciosas de muy distinto tipo. La transmisión puede ser por el aire, el agua, los alimentos contaminados o incluso el simple contacto con un portador del agente biológico contaminante

Relaciones socio laborales: Determinados factores de nuestra vida laboral y social pueden provocar alteraciones de la salud: estrés, sobrecarga de actividades, agotamiento, malas relaciones laborales, etc.

Estilos de vida hábitos de salud (no garantiza una vida más larga pero reduce los riesgos de enfermedades): ej. físico de forma regular, no fumar, no beber alcohol, no consumir drogas, alimentación sana, Higiene sexual, etc.

Factores biológicos Son el envejecimiento y los agentes genéticos

Envejecimiento: No se puede hacer mucho (biológicamente) pero sí se puede hacer socialmente. Nuevamente nos encontramos con problemas en función del desarrollo del país.

Agentes genéticos: Muchas enfermedades tienen origen genético. Las técnicas modernas permiten diagnosticar, tratar y prevenir estas enfermedades y la investigación actual va en la línea de curar estas

enfermedades mediante la aplicación de terapias génicas. Enfermedades genéticas Hereditarias. Proceden de los progenitores, y las Congénitas. Generadas por daños durante la gestación (por ej. talidomida).

Anomalías cromosómicas Defectos de los genes También hay enfermedades que sin ser hereditarias tienen un componente genético que predispone al individuo a padecerlas¹².

Ilustración 1 Evolución del concepto de determinantes



Salud y desarrollo económico

La pobreza provoca enfermedades por falta de asistencia y medicinas. La enfermedad provoca pobreza por el gasto sanitario y la falta de trabajo. Esta situación es especialmente importante y grave en países pobres, donde, en muchos casos, no se puede invertir en programas preventivos. Los programas preventivos son más baratos que la medicina curativa.

Ilustración N2 Ciclo virtuoso pobreza-enfermedad



El objetivo de alcanzar la salud, no solamente corresponde a la medicina sino también a los políticos, a la sociedad y al individuo. En los países en vías de desarrollo la salud empezaría a conseguirse cuando se satisfagan sus necesidades de alimentación, infecciones, vivienda, trabajo y en definitiva sus problemas económicos. Mientras que en los países desarrollados, la salud se consigue previniendo los efectos secundarios que la riqueza produce como la obesidad, la ausencia de ejercicio físico, los accidentes de tránsito, el tabaquismo, la depresión, la contaminación, etc.¹³

Enfermedad según el modelo biomédico. Limitaciones.

El modelo biomédico está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica. Este modelo está influenciado por el pensamiento newtoniano-cartesiano. La principal característica es su enfoque reduccionista, que explicaría este concepto con la teoría de que todos los aspectos de un organismo podrían entenderse reduciéndolos a sus constituyentes más pequeños y estudiando los mecanismos de interacción entre ellos. Fundamento Está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica (Richard Bright 1789-1858). Fragmentado El cuerpo del ser humano se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño a la máquina y el médico el mecánico que la repara. Separa cuerpo y mente Los concibe como cosas distintas para su estudio y tratamiento.

Características del modelo biomédico

Las vemos en el siguiente gráfico

Ilustración 3 Modelo Biomédico

MODELO BIOMEDICO	
Fundamento	Está basado en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica.
Fragmentado	El cuerpo del ser humano se concibe como una máquina, la enfermedad como un daño a la máquina y el médico el mecánico que la repara.
Separa cuerpo y Alma	Los concibe como cosas distintas para su estudio y tratamiento.
Método analítico	La comprensión de la unión de las partes corresponden a un todo. Se formulan leyes completas en cuanto a causalidad, efecto y magnitud.
Objetivable	Todo es medido, no hay lugar para la incertidumbre. Establece nuevas formas de clasificar las enfermedades y se deja de lado la especulación personal.
Enfermedad	Aquella dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar.
Objetivo	Curar enfermedades, y no pacientes con enfermedades.
Modelo Unicausal.	La enfermedad se produce por una sola causa.

Características del modelo Biopsicosocial:

Implementar en la asistencia un clima emocional terapéutico. Diferenciar entre demanda y necesidades de salud. Evitar focalizarse hacia lo biológico o lo puramente psicosocial. Enfoque integral del paciente o sea biopsicosocial. Abordar al paciente desde los riesgos individuales, estableciendo estrategias de promoción y prevención de la salud. Actuar terapéuticamente aun cuando sólo sean posibles medidas paliativas, integrando lo psicosocial con lo biológico. No considerar a determinados pacientes como “casos cerrados”. Las críticas principales al modelo biomédico son el reduccionismo biológico, es decir, la exclusión de otros factores que los orgánicos para explicar la génesis de las enfermedades; su a-historicidad, o sea, el presentar a las enfermedades como hechos exclusivamente naturales despojándolos de su categoría de hechos socio-culturales, y por ende históricos; su a-socialidad, entendida ésta como esa concepción que “define al acto médico como acto técnico más que como acto

social” dejando así de lado los determinantes del proceso de enfermar que provienen de la clase social, las condiciones educacionales, la cultura, etc., tanto del paciente como del médico. Desde la antropología de la medicina, la enfermedad debe ser considerada como un acontecer humano que compromete a la totalidad del hombre y modifica las relaciones entre el individuo y su medio. Explicando que la salud es un problema social y político, cuya solución pasa necesariamente por la participación activa y solidaria de la comunidad. Los determinantes de salud son múltiples e interaccionan entre sí, al tiempo que los factores biológicos son susceptibles de ser modelados por la acción de variables sociales y psicológicas que pueden facilitar o inhibir la eficacia de determinados agentes patógenos. La predisposición genética que pueda tener un individuo se ve modificada por los factores ambientales y socioculturales a la hora de expresarse o no. En la actualidad la Medicina Social se presenta como una corriente de pensamiento distinta al modelo biomédico para estudiar el proceso salud enfermedad colectivo, ya que plantea puntos distintos al de la epidemiología o la salud pública. El carácter específico de la Medicina Social se establece en el reconocimiento de que la salud enfermedad para su estudio, utiliza marcos analíticos de las ciencias sociales, interpretando a la sociedad y su historia. Manejar la incertidumbre pero con un criterio propio. Abordar al paciente desde los riesgos individuales, estableciendo estrategias de promoción y prevención de la salud. Actuar terapéuticamente aun cuando sólo sean posibles medidas paliativas, integrando lo psicosocial con lo biológico. No considerar a determinados pacientes como “casos cerrados”.

Ilustración 4 Diferencia entre modelo biopsicosocial y modelo biomédico

Modelo biomédico	Modelo biopsicosocial
Basado en la integración de los hallazgos Clínicos, los datos de laboratorio y los datos de anatomía patológica (Richard Bright 1789-1858).	Aborda integralmente al paciente en los aspectos biopsicosocial. (G. Engel 1977)
El cuerpo es una máquina, la enfermedad como un daño a la máquina y el médico el mecánico que la repara.	El hombre interactúa con el ambiente y surgen los problemas ante la pérdida del equilibrio
El cuerpo y la mente son concebidos como cosas distintas para su estudio y tratamiento.	Abordaje integral.
Las partes corresponde a un todo. Es posible formular leyes completas en cuanto a causalidad, efecto y magnitud	Siempre debe tenerse en cuenta el contexto. Las parciales no se pueden generalizar. La salud y la enfermedad son un <i>continuum</i> .
Todo debe ser medido, no hay incertidumbre. Nuevas formas de clasificar las enfermedades y se deja de lado la Especulación personal.	No hay un observador objetivo y prescindente. La presencia del observador altera al fenómeno Hay incertidumbre
La dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar	El diagnóstico incluye tanto aspectos biológicos como emocionales, culturales y más ampliamente psicosociales.
Curar enfermedades, y no pacientes con enfermedades.	Abordaje integral. Esto implica además manejo de la Relación médico-paciente-familia.
Unicausal. La enfermedad se produce por una sola causa	Multicausal. La causalidad de todo fenómeno es múltiple

Dr. Francisco J. Ortiz

12

¿Cuáles son las barreras habituales para poder implementarlo? Se ha observado reiteradamente que cuando un médico ha sido formado en el modelo biomédico y comienza a aplicar el modelo biopsicosocial, comienza a infravalorar los problemas biológicos, focalizándose sobre lo psicosocial. Veamos cuales son las barreras que encontramos para aplicar este modelo:

Barreras en la formación profesional: vencer la tendencia a la subespecialización. Mantener un constante progreso profesional tanto técnico como humano. Evitar focalizaciones al momento de elaborar hipótesis diagnósticas.

Barreras en el equipo de atención primaria: Integrar distintos perfiles profesionales alrededor del paciente y no en base al médico, capaces de complementarse en la dimensión biopsicosocial. Tenemos que tener claro que el médico no solo trata enfermedades, sino también incertidumbre, frustración, miedo o trastornos sociales derivados de las dolencias.

Capítulo 3

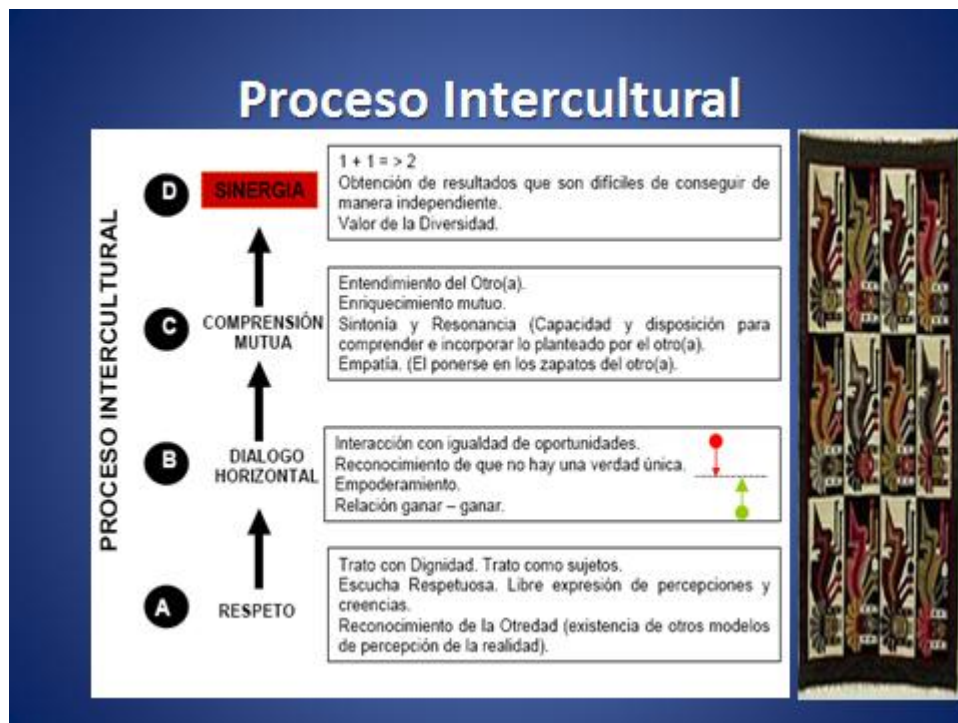
Interculturalidad y salud

En la mayoría de nuestros países y ciudades convive gente de diversas extracciones culturales. No viven encapsulados cada uno dentro de su propio grupo, sino que establecen relaciones entre sí, unas positivas, otras negativas. Aquí presentaremos algunos conceptos sobre qué es y que implica la interculturalidad y añadiremos algunas aplicaciones al campo de la salud. **Interculturalidad**, es cualquier relación entre personas o grupos sociales de diversa cultura¹⁴. Por extensión, se puede llamar también interculturales a las actitudes de personas y grupos de una en referencia a elementos de otra cultura. Algunos hablan también de interculturalidad, en términos más abstractos, al comparar los diversos sistemas culturales, como por ej. la cosmovisión indígena y la occidental. Pero éste es un uso derivado del anterior, sobre todo desde una perspectiva educativa. Es la relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad. Es un proceso de convivencia entre grupos humanos diferentes; en un entorno compartido. Pretende un espacio y tiempo común para todas las culturas, favoreciendo no sólo el contacto, sino también el encuentro. “Minorías junto a la gran mayoría”, por tanto incide en las discriminaciones personales, familiares e institucionales del conjunto social. Promueve el reconocimiento de las distintas culturas, aceptando las diferencias como algo positivo y enriquecedor. Favorece la toma de conciencia de un mundo global e interdependiente. Desarrolla relaciones horizontales. Promueve la empatía. Reconoce el valor de la diversidad y la oportunidad de realizar sinergias a partir de percepciones y experiencias diferentes. Es una herramienta para apoyar la calidad de los servicios de salud.

El proceso intercultural

Primer nivel: Relaciones de respeto, el reconocimiento del “otro”. Segundo nivel: Diálogo horizontal, donde el que ha creído que está ubicado en un “nivel inferior” logre una relación de igualdad con el que se cree de “un nivel superior”. Tercer nivel: Comprensión mutua, con capacidad de “ponerse en los zapatos del otro”; lograr sinergia¹⁵.

Ilustración 5 proceso Intercultural



Relación intercultural en salud:

Significa, la apertura a conocer y comprender la cultura así como la cosmovisión de la población que se atiende en los servicios médicos. Actuar con absoluto respeto para mejorar el impacto clínico y educativo pues, la medicina convencional y la tradicional, conviven en un mismo espacio. El Conjunto de ideas ordenadas con los que cada grupo humano o cultural interpreta la totalidad del universo y actúa en él. Depende de su historia, costumbres y lenguaje. Representaciones y creencias sobre un especial campo del universo, con las que cada pueblo realiza determinadas

actividades. Ej: la medicina, el derecho, la religión, etc. En medicina es el conjunto articulado de representaciones, ideas y creencias con las que cada pueblo interpreta el ámbito de la salud, la enfermedad, el dolor y la muerte; y con los que actúan con el fin de prevenir la enfermedad, restituir la salud y prolongar la vida. Bajo esta perspectiva, todas las sociedades han creado "modelos" sobre la forma de ver el mundo. En la medicina, cada modelo médico tiene una visión del mundo particular, una forma de entender la salud y de tratar la enfermedad. De ello depende el uso de medicamentos, plantas medicinales, etc. Actitud de los programas oficiales de salud ante los modelos tradicionales: Ignorar, Franco rechazo a la intervención de la población en las decisiones relativas al cuidado de su salud. Niega la importancia de la medicina tradicional, la participación de los médicos y parteras tradicionales. Marginar: Se intenta devaluar los valores del otro. Quien margina, exhibe y acrecienta las diferencias en una actitud de rechazo y de búsqueda de control. Segregación en los servicios de salud y en los presupuestos de los recursos financieros, repercutiendo en la calidad de la atención a la población. Asimilar: Supone una "inmersión" de los grupos y culturas minoritarias en la cultura "nacional", en la modernidad, la globalización, de forma que potencien todas sus capacidades para adaptarse a la sociedad en la que vive. Esto puede ser *Positivo*: "interés porque las minorías accedan a los mismos recursos que la población urbana nacional". O bien *Negativo*: se exige la renuncia a la propia cultura del que va a ser asimilado y potencia el peligro del dilema de "o entras o te quedas fuera". Pide a los "diferentes" que se hagan imposiblemente "iguales", Ej: pretender que los terapeutas tradicionales puedan explicar las enfermedades a partir de un análisis epidemiológico, anatómico, etc. Porqué se necesita un enfoque intercultural en los Servicios de Salud? En primer lugar debido a la Coexistencia de distintos modelos médicos en un mismo espacio territorial. Para dar Integralidad, en la atención. Para intentar disminuir las brechas de equidad en condiciones de salud, acceso y accesibilidad entre la población.

Hay que implementar políticas sectoriales. De acuerdo a la composición étnica de la población. Revalorar la medicina tradicional y el impacto de su práctica en la población. Empoderando a la población, respecto a sus derechos en salud al reconocer su cultura. Mejorando su acceso a los servicios, respetando el principio de horizontalidad del enfoque intercultural. Dotar al personal de salud las herramientas, que les permitan establecer una relación complementaria y participativa con un usuario empoderado. La relación "Personal de salud-Paciente": propicia vínculos afectivos y de comprensión de los pacientes, mejorando la relación y las prácticas propuestas desde los servicios de salud. Incorporar la perspectiva o enfoque de género en los programas de salud sexual y reproductiva. Reconocimiento a la diversidad, el respeto y el diálogo. La concentración de unos roles en un sexo y la exclusión de otros, en ocasiones puede implicar un riesgo serio a la salud que normalmente pasa oculto. La medicina tradicional enriquece los servicios de salud al incorporar la participación personal tradicional con su concepción sobre el trato a las pacientes, la visión más amplia de la relación que la persona guarda consigo mismo y con su entorno además del conocimiento de terapias alternativas. Nuevos programas de salud: Modelos de gestión, organización y prestación de los servicios de salud que respondan a las prácticas, percepciones y representaciones que cada pueblo tiene en torno de su salud. Lograr que la población participe en la adecuación de los servicios, fortaleciendo un sistema de atención a la salud para mejorar la calidad, la accesibilidad y la satisfacción de los usuarios y proveedores. Sensibilizar y capacitar al personal ejecutivo y operativo de los Servicios de Salud en el Modelo de capacitación intercultural, permite mejorar la calidad de la atención, influir en un trato digno y equitativo, e impulsar cambios en la gestión de los servicios. Requiere no solo de la voluntad del personal, sino también de la adecuada formación con orientación intercultural. Lograr que los funcionarios y en general el personal de salud reconozca, identifiquen, comprendan y respeten los saberes y prácticas populares que la población

posee en relación al proceso salud-enfermedad-atención. Sensibilizar al personal de salud directivo y jurisdiccional, sobre las representaciones y prácticas locales que tiene la población migrante sobre el proceso salud – enfermedad. Capacitar al personal de salud para que sean agentes multiplicadores del enfoque intercultural en todos los niveles de atención. Realizar talleres de diagnóstico y planeación participativos desde la base de la población. Talleres con el personal de la medicina tradicional y los usuarios en las propias comunidades. Adecuación cultural de los servicios de salud El “proveedor” debe tomar en cuenta las características culturales del usuario: sus creencias o costumbres, procedencia; viendo no solo a través de su propio cristal cultural o de sus conocimientos. Incorporar elementos interculturales en los programas y servicios de salud Impulsar interculturalidad como elemento transversal en el diseño de los programas y proyectos, así como en los espacios físicos donde se brinda atención a la población. Para Aplicar metodologías para fortalecer la participación comunitaria. Promover la equidad de género y salud reproductiva, capacitación con las parteras y promotores tradicionales. Ej: Adecuación cultural de la infraestructura y organización de los servicios para la atención de la salud reproductiva. Trabajo con Agentes Comunitarios de Salud. Trabajo de pares o atención domiciliaría; aspectos de gran importancia cuando se requiere conocer el entorno familiar y comunitario de los usuarios del servicio. Facilitadores interculturales Estrategias comunitarias de prevención. Comunicación Radial, material de promoción. Involucrar a la población en la solución de sus problemas de salud y autocuidado a fin de hacer sostenible cualquier propuesta que se implemente en la población. Formar comités de salud y grupos de apoyo familiar y comunal. Identificar personas y familias en riesgo sobre todo en las zonas que tienen limitado acceso a establecimientos de mayor capacidad resolutive. Formación de los profesionales de la salud Promover la inclusión en los programas y planes de estudios de estudiantes de ciencias de la salud el enfoque intercultural.

CAPITULO 5

CONCLUSIONES

Presentamos las conclusiones de este estudio generadas del análisis de los resultados de la investigación realizada y un conjunto de recomendaciones responsables de la toma de decisiones. Con el objeto de organizar el cuerpo de conclusiones, se agruparán atendiendo a los objetivos.

Objetivo General

Ofrecer un análisis del concepto de Antropología Médica y sus alcances. La antropología médica busca la manera de satisfacer las demandas humanitarias y científicas del campo de la medicina, mediante la búsqueda del origen social de las enfermedades. Se ha ido conformando lentamente como una versión especializada que observa al ser humano desde la de la enfermedad. El concepto de antropología médica se origina en la década del '70, justamente cuando nace la bioética, otra disciplina vinculada al mundo científico y médico. La antropología médica entiende que la enfermedad no es un concepto ni una experiencia universal, las enfermedades tienen fuertes componentes culturales que deben ser respetados. Debe estar ligada al desarrollo de la identidad nacional, siendo las primeras investigaciones en este ramo las dedicadas al estudio de las poblaciones aborígenes.

Objetivos Específicos

Identificar los conceptos de salud y enfermedad Desde la concepción chamanica hasta la actualidad se fue atravesando por un sinfín de conceptualizaciones llegando a la de la OMS que, si bien no es exacta es la que se utiliza en la actualidad. : La salud para qué? La salud es una condición pero no un fin. Yo no vivo para estar sano, la salud me ayuda a vivir en mejores condiciones, pero no es una condición necesaria. Es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad. La salud es un derecho, las leyes no garantizan

el “estar sano”, sino el derecho a disfrutar de una serie de servicios que sirvan para tener un nivel alto de salud (física y mental). Este derecho no es igual en todos los países, ni siquiera en todas las regiones de un mismo país.

Analizar las ventajas y limitaciones de la definición de salud de la OMS. La definición es inexacta, estática, rígida, es más bien una meta. “La Salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud.” La salud es un proceso en continuo cambio. La salud es adaptación, influenciada por la biología, el medio ambiente, la cultura, la sociedad, los hábitos y otros factores. La salud y la enfermedad forman un proceso continuo, donde en un extremo se encuentra la muerte prematura, muchas veces prevenible, y en el otro extremo se encuentra un elevado nivel de salud, al que difícilmente llega todo el mundo. “La Salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo” *Carta de Ottawa Canadá, 1986.*

Interpretar el concepto de interculturalidad y salud En la mayoría de nuestros países y ciudades convive gente de diversas extracciones culturales. Esta relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad. Influye en el proceso salud-enfermedad. Hay que actuar con absoluto respeto para mejorar el impacto clínico pues, la medicina convencional y la tradicional, conviven en un mismo espacio. El Conjunto de ideas ordenadas con los que cada grupo humano o cultural interpreta la totalidad del universo y actúa en él. Depende de su historia, costumbres y lenguaje. Esto es un proceso positivo de intercambio cultural

Referencias Bibliográficas

- ¹ Laín Entralgo, P. La medicina hipocrática. En: Laín Entralgo, P. (Dir.) *Historia Universal de la Medicina*. (1972) Madrid, Salvat, vol.II, 73-118.
- ² Mingolla, F. (2013): Apuntes sobre Antropología Médica. Fac. de medicina UNT.
- ³ FABREGA, Horacio. The need for an ethnomedical science. Science 19 September 1975: Vol. 189 no. 4207 pp. 969-975 [Abstract](#) Non. 2011
- ⁴ Foucault, M. El nacimiento de la clínica. México: Siglo Veintiuno Editores; 1978.
- ⁵ *Guigo De Caulhiaco* (Guy de Chauliac), *Inventarium Sive Chirurgia Magna*, Michael R. McVaugh, Margrete S. Ogden (editors), Brill Publishers, 1997
- ⁶ **Rousseau** (2011). Sergio Sevilla, ed. *Rousseau*. Biblioteca Grandes Pensadores. [Madrid: Editorial Gredos](#).
- ⁷ Bersh, D. El fenómeno de la salud. Bogotá: OPS-OMS-ICFES-ASCOFAME; 1987, p. 28
- ⁸ Hunt, Tristram (2010). *Marx's General: The Revolutionary Life of Friedrich Engels*. Macmillan. p. 448
- ⁹ Bersh, D. El fenómeno de la salud. Bogotá: OPS-OMS-ICFES-ASCOFAME; 1987, p. 28
- ^{10, 11, 13} Mingolla, F. (2013): Apuntes sobre Antropología Médica. Fac. de medicina UNT.
- ¹⁰ Salleras Sanmartí, L. La salud y sus determinantes. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid. Diaz de Santos; 1985: 13-28.
- ¹⁰ Fernández Juárez, G. (coord.) (2004): Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas, Abya-Yala /AECI/UCLM, Quito (Ecuador).
- ¹⁰ Rose G. Los médicos y la salud del pueblo. Medicina preventiva/ epidemiología/política de salud/costos de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(1):69-75.

Bibliografía

Acevedo Guerra J. Reseña de "Bioética y Medicina" de Fernando Lolas. Acta Bioehica. 2002; Vol. VIII

Aldereguía Henriques J. La medicina social y la salud pública en el siglo XX Disponible en URL: <http://www.uh.cu/centros/cesbh/Archivos/bvirtual/Jorge2.pdf>

Alomía B. H. Guía para desarrollo y prácticas de habilidades clínicas, pp 19-39, Editorial Universitaria 2000.

Amor Pan JR. Bioética y antropología: algunos elementos para la reflexión desde la realidad de las personas con retraso mental. Bioética para la sustentabilidad. Publicaciones ACUARIO. Centro Félix Varela. La Habana; 2002. Pág. 395-416.

Barbado Alonso JA, et al. Aspectos histórico-antropológicos de la relación médico-paciente. Grupo de Habilidades en Salud Mental de la SEMG Disponible en URL: http://www.medicinageneral.org/revista_70/pdf/31_36.pdf

Benitez Ampudia J. Consideraciones biológicas y sociales en torno a la calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud enfermedad. Congreso de Antropología 2002. (www.naya.com.ar/congreso2002).

Bernard, H. Research methods in cultural anthropology. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1988.

Bersh, D. El fenómeno de la salud. Bogotá: OPS-OMS-ICFES-ASCOFAME; 1987, p. 28

Bohannon P, Glazer M. Antropología. Lecturas. Segunda edición. La Habana. Editorial Félix Varela; 2003.

Borrell F. Relación asistencial y modelo biopsicosocial en Zurro M. Atención Primaria de la salud. Conceptos, organización y práctica clínica. Tercera edición. Barcelona, Doyma, 1986. Canadian Medical Association Journal, 108, 1973, p. 388-391. Reimpreso en: G. E. A. Dever, Epidemiología y administración de servicios de salud. OMS/OPS. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 1991.

Cardona, D; Nieto, E y otros. "Concepto de salud de diferentes cabezas médicas en la ciudad de Manizales: de una racionalidad instrumental a una racionalidad compleja". Acta Estomatológica Autónoma. Universidad Autónoma de Manizales; 2001, p. 7-22.

Comelles, J.M. y Martínez, A. Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Eudema; 1993.

Comelles, Joseph M. y Angel Martínez. 1993. Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina. Madrid: Eudema. editado por Gerardo Fernández Juárez

Esteban, M.L. (ed.) (2007) Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas, Bilbao, OSALDE-Asociación por el derecho a la salud.

Esteban, Mari Luz, Josep M. Comelles y Carmen Díez Mintegui (editores) 2010: Antropología, género, salud y atención. Barcelona, Bellaterra.

Fernández Juárez, G. (coord.) (2004): Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas, Abya-Yala /AECI/UCLM, Quito (Ecuador).

Foucault, M. Arqueología del saber. México: Siglo Veintiuno Editores; 1979, p.81

Foucault, M. El nacimiento de la clínica. México: Siglo Veintiuno Editores; 1978.

Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. (2 vols.). Santa fe de Bogotá: Fondo de Krogh Ch. Influencias socioculturales en la salud y en la atención sanitaria. Medicina de Familia Principios y Práctica. R. Taylor 4ª edición.

Foucault, M. Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas. (11.edición). Madrid/ México: Siglo Veintiuno Editores; 1979.

Franco, S. Violencia, derechos humanos y salud. En A. Cardona et al., Sociedad y salud. Bogotá: Zeus Asesores; 1992, p. 155-168.

Helman, C.G. Culture, health and illness. London: Wriqth; 1990.

Herzlich (Eds.), Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie, de la maladie, Paris: Archives Contemporaines, 1984.

Herzlich, C. y Pierret, J. De ayer a hoy: construcción social del enfermo. Cuadernos Médico Sociales; 1988, p. 21-30.

Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici, vol 2. Barcelona: Paidós;1986, p. 469-494.

Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, CA: University of California Press; 1980.

Laframboise, H. L. Health policy: Breaking the problem down in more manageable segments.

Lain Entralgo P., Historia de la medicina, Masson, Madrid, 1978

Laín Entralgo, P. La medicina hipocrática. En: Laín Entralgo, P. (Dir.) *Historia Universal de la Medicina. (1972) Madrid, Salvat, vol.II, 73-118.*

Maglio, Francisco "La dignidad del Otro" F. Medifé 2011.

Mariano, H; Ramos, M. y Fernández. A. Salud y juventud. Edita. Consejo de la juventud de España. 2001ISBN. B4-921107-9-1,p. 5,8

Martínez C. L. Clínica Propedéutica Médica, pp1-9, Editorial Méndez Cervantes, 2002.

Martínez Hernández, Á, (2008) Antropología médica. Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad, Barcelona, Anthropos.

Mazzáfero V. Medicina en Salud Pública. 1988.

Menéndez EL. Antropología médica: Espacios propios, campos de nadie. Nueva Antropología. Revista de Ciencias Sociales. 1997; No. 51: 83-103 Disponible en URL: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/nuant/cont/51/cnt/cnt6.pdf>

Molina, G. Introducción a la Salud Pública. Medellín: Ediciones Universidad de Antioquia; 1997.

Payán Julio C. Lánzate al vacío, se extenderán tus alas. Diálogos sobre sociedad, salud y libertad. Editorial Mc Graw Hill 1ª ed., 2000; 139

Perdiguero, E. y Comelles, J.M. (eds.) (2000) Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina, Barcelona, Bellaterra.

Perera MA. Epidemiología y antropología histórica. Para una mejor comprensión de los estragos producidos por las enfermedades en el siglo XVI. Universidad Central de Venezuela. Disponible en <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/ghi/05566533/articulos/REAA0303220055A.PDF>

Quevedo, E. La cultura desde la medicina social. En: Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Santa fe de Bogotá: ICAN-Colcultura; 1992, 65,72.

Restrepo E. Teoría social, antropología y desarrollo: a propósito de narrativas y gráficas de Arturo Escobar. Boletín de Antropología. Universidad de Antioquia. 2006; 20(37): 307-326. Disponible en URL: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/557/55703716.pdf>

Restrepo, L. C. y Espinel, M. Semiología de las prácticas de salud. Santafé de Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 1996.

Rose G. Los médicos y la salud del pueblo. Medicina preventiva/ epidemiología/política de salud/costos de salud. Rev Cubana Med Gen Integr 1992;8(1):69-75.

Salleras Sanmartí, L. La salud y sus determinantes. Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones. Madrid. Diaz de Santos; 1985: 13-28.

Stagnaro J Biomedicina o Medicina antropológica Rev. Arg. de Psiquiat. 2002, Vol. XIII.

Suárez, R. Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología. En R. Suárez (comp.), Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología. Bogotá: Universidad de los Andes, 2001, p. 11-21.

Vélez, A. A. Conceptos básicos del proceso salud enfermedad. Vicerrectoría Académica. Facultad de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales: Fondo Editorial monografías Universitarias; 1990.

Viveros, M. "La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad". *Revista Colombiana de Antropología*, 30:237-260;1993.

Zurro M. *Atención Primaria de la salud. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Tercera edición.

Mingolla, F. (2012): *Apuntes sobre Antropología Cultural*. Fac. de medicina UNT.

Mingolla, F. (2013): *Apuntes sobre Antropología Médica*. Fac. de medicina UNT.