



Opinión

Salud, transparencia y participación social

⁽¹⁾ Jorge Mínguez Arias
⁽²⁾ José Ramón Martínez Riera

⁽¹⁾ Enfermero y Licenciado en Antropología Social y Cultural.
Profesor de Enfermería Comunitaria. Escuela Universitaria de Enfermería.
Centro de salud de Arnedo La Rioja.

⁽²⁾ Enfermero y Profesor del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Ciencias de la Salud- Universidad de Alicante.

Resumen

En el concepto de salud-enfermedad del modelo médico hegemónico occidental (MMHO), ambos términos son omnicomprendidos socialmente, tanto uno como el otro, y están repletos de significación a la vez que actúan como auténticos arcanos dentro de nuestra cultura.

La primera impresión que ofrecen es de ser algo único y homogéneo dentro de un conjunto de acciones complementarias que, presididas por el altruismo, conforman en gran parte la arquitectura del mundo moderno desarrollado. Pues bien, ante el aparente consenso social que existe en ambos conceptos (salud-enfermedad y MMHO), quisiéramos poner de manifiesto determinados elementos subyacentes que consideramos que distorsionan esa aparente armonía e inducen al dominio y sometimiento de las personas como consecuencia de ser usuarios de un sistema de salud fundamentado en la alta concentración de poder de los profesionales, la mutabilidad de la resistencia de la población, su espíritu acrítico, la creación social de mitos fugaces, el acúmulo de riqueza producida de forma rápida y todo ello sustentado en los medios técnicos avanzados.

Esto es lo que rige, marca y controla la ley de la oferta y la demanda en el citado modelo MMHO, olvidándose del papel real de la salud y de los servicios sanitarios en la vida del ser humano, que son o deberían ser instrumentos y no un fin en sí mismo.

Palabras clave: salud-enfermedad, modelo médico hegemónico, visión sociocultural, ciclo vital.

Abstract

Health, transparency and social participation and involvement

In the health-disease concept of western hegemonic medical model (WHMM), both terms are equally all-encompassing socially and are full of significance at the same time that they act like real arcanes in our culture.

The first impression they offered is to be something unique and homogeneous within a set of complementary actions, which, chaired by altruism, make up much of the developed modern world architecture. Hence, in view of this apparent social consensus that exists in both concepts (health-disease and WHMM), we would like to highlight certain underlying elements that we believe distort this apparent harmony and lead to the domination and subjugation of people as a result of being the users of a health system based on the high concentration of power by professionals, the mutability of the resistance of the population, their uncritical spirit, the social construction of short-lived myths, the accumulation of wealth produced quickly and all of it media supported by advanced technical advances.

This is what governs marks and controls the law of supply and demand in the mentioned WHMM, forgetting the real role of health and health services in the life of human beings, which are or should be tools and not an end in itself.

Key words: health, disease, hegemonic medical model, socio-cultural vision, life cycle.





Introducción

El título del artículo también podría ser "¿Quién decide los servicios sanitarios que necesito para cumplir el ciclo vital?" o "La salud, el poder en el post-capitalismo", reflexiones desde el cuidado comunitario en salud sobre la acepción salud-enfermedad en el modelo médico hegemónico occidental, dado que la salud y la enfermedad han sido y deberían seguir siendo un medio a través del cual la persona cumple su ciclo biológico. Algunos autores como Spector (1) dicen que "existen innumerables espejos en los que mirar para ponderar los conceptos de salud y enfermedad". Otros, como Menéndez (2), afirman que este binomio está compuesto por conceptos contrarios, que tienen una proyección subjetiva donde el sujeto es capaz de identificarse a partir de esa situación, a pesar de las variaciones que a lo largo del tiempo se van produciendo, hasta llegar al que actualmente acepta la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde la salud no es solo la ausencia de enfermedad sino el completo bienestar biológico, psicológico y social (3).

El análisis de este binomio lleva implícitas múltiples dificultades en su delimitación y, por ello, debemos considerar que la mera ausencia de enfermedad no garantiza la salud, ya que esta es una construcción social multicausal, objeto y principal obstáculo a la hora de definirla y de acotarla, pues cada pueblo y cultura tiene su propio concepto al cuál da respuestas variadas y, por tanto, se puede afirmar que es un criterio polisémico y multidimensional (4).

La salud y la enfermedad son conceptos totalmente subjetivos por lo cual debemos entroncarlos en la propia esencia del ser humano, ya que reposan en lo más íntimo de este y, dada su capacidad de simbolizar, es el elemento principal de abstracción que está en consonancia con cada cultura, entendida esta como indica Perdigüero (5): "el conjunto de reglas o guías de comportamiento, aprendidas, compartidas y simbólicamente transmitidas" o, según Ruiz (6): "los valores percibidos dentro de una organización". Este proceso de interiorización individual lo convierte en algo arbitrario que expresa valores con significado y significado diferente y unipersonal, convirtiéndolos en auténticos códigos normativos a través de los cuales la persona o los grupos profesionales se identifican.

Según lo anteriormente mencionado, la salud y la enfermedad no son conceptos neutros, están relacionados con la propia vivencia como sujeto histórico y cultural y se modifican y construyen constantemente en función de los distintos espacios de legitimidad social, que son los que deciden qué es estar sano y qué no. Con este tipo de argumento vemos cómo se produce una deslegitimación del sujeto particular, dado que le definen y le conceptualizan lo que es la salud desde el ámbito social. Esto constituye una delegación muy importante de la capacidad de decisión personal en otros sectores ajenos al individual; en este caso es a los pro-

fesionales y a su entorno tecnológico. Este hecho produce una alta concentración de poder y dominio, con lo cual facilita socialmente la hegemonización del citado modelo médico.

Visión social de la salud y la enfermedad

Llegados a este punto, es necesario tomar en consideración lo que algunos analistas culturales manifiestan sobre la doble visión que tienen los grupos sociales de la realidad. Harris (7) indica que existen "dos perspectivas diferentes, la de los propios participantes y la de los observadores. En ambos casos son posibles descripciones científicas y objetivas de los campos mental y conductual. En el primero, los observadores emplean conceptos y distinciones que son significativos y apropiados para los participantes y en el segundo conceptos y distinciones significativos y apropiados para los observadores. Estos dos modos de estudiar la cultura se llaman *emic* y *etic*. Ambos derivan de los términos *fonemias* y *fonéticos*. El primero estudia la cultura *emic* o visión del mundo nativo de los participantes, aceptada como real, significativa o apropiada. La descripción *etic* es sencillamente su capacidad de generar teorías fructíferas desde el punto de vista científico sobre las causas de las diferencias y semejanzas socioculturales". Se va a ver a continuación cómo se construyen y se entremezclan estos dos conceptos en el tema que nos ocupa.

Arrizabalaga (8) mantiene que la "perspectiva constructivista, que subraya la naturaleza dual, biológica y cultural de la enfermedad, abrió la puerta a un sinfín de encarnizadas discusiones en torno al papel que corresponde a cada término del binomio biología-cultura en la génesis y desarrollo de las enfermedades humanas en diferentes contextos sociales pasados o presentes".

La idea de salud en la actualidad va sufriendo una auténtica metamorfosis, consecuencia del uso y disfrute que se le atribuye. En el modelo biomédico (9) el padecimiento podía ser claramente definido. Al contrario de lo que ocurre en la actualidad, este penetra en mundos interpretativos muy distintos, tales como la moda, la belleza, el descanso, el desempeño social, el desempeño de estereotipos, confundiendo la salud con lo saludable, asociándose a cánones que proceden de otros campos de la experiencia humana muy típicos de la sociedad actual. La salud ha sido un medio a partir del cual el sujeto cumplía el ciclo biológico vital programado para convertirse en un fin en sí mismo.

La consecuencia inmediata de estos filtros interpretativos de la realidad es la necesidad social que existe de la enfermedad, producto de la brutal medicalización a la que en los últimos años hemos asistido. La medicina institucionalmente ha ganado el territorio a la salud con la medicalización de la vida, como se muestra en los estudios de sesgo de género y la práctica médica (10). Esto claramente determina



las mutaciones que se producen en el propio concepto de enfermedad y de salud, donde paulatinamente elimina la experiencia personal y paralelamente a ello se reduce la capacidad crítica del individuo sobre su propio estado de salud a la vez que se transforma la capacidad de resistencia y se crea paulatinamente un espíritu acrítico sobre las circunstancias que le rodean.

La salud-enfermedad convertida en un elemento más de consumo y del mercado

En la salud impactan otros aspectos conceptuales y de oportunidad que la condicionan y determinan (11). La salud ha entrado a formar parte y es un elemento más del mercado y del consumo (12), por ello se introduce como una forma más de producir y de generar riqueza. La salud era algo difícilmente objetivable que remitía en teoría a lo más íntimo del sujeto. Lo saludable era lo que él construía, lo que él consideraba un bien para sí en términos de equilibrio. En la actualidad, cada día son más las referencias que dicen lo que es saludable o lo que no lo es, hasta el punto que infieren y lo relacionan con cuestiones estéticas, sobredimensionando así la propia realidad. Por eso, si se rastrea la publicidad, se puede observar que la persona saludable es aquella que responde a un canon estético, sumergido claramente dentro del mundo del consumo, de la creación inmediata de riqueza, de la concentración de poder, etc.

No hemos de olvidar que la conceptualización de la salud-enfermedad también viene condicionada por diversas causas relacionadas con experiencias personales anteriores, como puede ser el tipo de relación con el entorno profesional, donde se perciben valores y síntomas que hacen de auténticos filtros a la hora de actuar respecto a la enfermedad y la salud. Pues bien, cuando la persona se ve inmersa en el proceso, la auto-atención (13), el individuo sopesa y toma remedios sobre lo que debe de hacer o no y si no se obtiene solución adecuada acude posteriormente al sistema médico. Con posterioridad valora lo indicado y actúa de acuerdo a ello: o modifica o se olvida. Así es como el enfermo se mueve y moviliza su entorno, donde se le suple, cuida y se le evita sufrimiento. Ese tipo de actuación paulatina de lo que hace frente a la enfermedad viene definida culturalmente, pues existe una preconcepción y cada persona concurre con su imagen ideal al acto médico, que no suele coincidir con lo científicamente previsto sobre la patología.

Asimismo, existen una serie de condicionantes en el proceso evolutivo de la enfermedad, como pueden ser la duración de la visita, las pautas de comunicación, la naturaleza e incidencia de los cuidados en la vida cotidiana, la expectativa sobre la cantidad y el precio del medicamento. Como bien indica el Dr. José Luis García (14), el médico ejerce en un sistema sociocultural donde asume roles que van más

allá del diagnóstico y del tratamiento, en el que para ejercer debe mandar, prohibir, prescribir y recomendar siempre en escenas y escenarios culturalmente tipificados. Según esto, y siguiendo la estela de la antropología anglosajona, podemos decir que existen tres grupos o formas distintas de ver la enfermedad:

- Visión *disease*, que es la que tiene la medicina académica.
- Visión *illness*, que es la concepción que tiene o experimenta el propio individuo, denominada etnomedicina.
- Visión *sickness*, que es el significado social de los desórdenes conductuales o biológicos de origen patológico, que se convierten en hechos sociales significativos.

Por eso se dice que la respuesta de la enfermedad no es un acontecimiento dual entre el profesional y el enfermo. Enfermar es un hecho social, de ahí que el cuidado enfermero deba ser algo más que ilustrar a la población sobre precauciones y medidas que la biomedicina aconseja; por eso a este se debe incorporar todo el proceso humano de la enfermedad.

La gestión de la biomedicina fundamenta los éxitos en la objetividad de los distintos logros, donde el organismo funciona y reacciona a través de determinados mecanismos biológicos. Si se conocen se pueden superar sus carencias con posibles principios naturales, por ello el abordaje es sobre los indicadores patológicos, olvidando la dimensión signico-social de la enfermedad y de su carácter simbólico, de ahí que convivan con sanadores curanderos o especialistas populares.

La enfermedad se introduce en el ser humano casi exclusivamente como una alteración del funcionamiento de lo biológico o conductual, aunque el concepto de alteración no es interpretado ni aceptado de forma homogénea en todas partes de igual manera, puesto que cada cultura o cada grupo social reinterpreta los hechos biológicos. El enfermo influye sobre la conducta social, pero la conducta social también influye y determina a la persona a la hora de comportarse e interpretar.

Existen otros elementos subyacentes origen del sometimiento de los individuos en los sistemas de salud occidentales. El Dr. Menéndez (15) afirma que el modelo médico hegemónico occidental (MMHO) está centrado y basado en la enfermedad, por eso se denomina biologicista. No tiene una visión histórica de los procesos de enfermar y de cómo se ha ido construyendo y creando la enfermedad, por eso es "ahistórico". No es una ciencia social que busca solucionar los males sociales que la determinan y condicionan. Se basa en la práctica médica, su sustento es el pragmatismo. Está centrada en el individuo y su proceso patológico más que en el proceso comunitario donde se engarza, de ahí se dice que es individualidad.





Este modelo médico somete al individuo a la práctica médica, pues la participación comunitaria se plantea como algo pasivo ya que no es la población la que decide en qué grado y qué temas aborda, llegando a no intervenir nunca en los niveles de participación ni decisión. La población solo ejecuta lo que se le indica, de ahí que se diga que se subordina. Es una práctica "reparativa": tanto la causalidad como la solución de los padecimientos se relacionan con los procesos biológicos y, en ocasiones, con la dimensión psicológica. Además elimina toda la red de relaciones sociales productivas e ideológicas que afectan a la construcción de la salud en el sentido más integral. Se identifica fundamentalmente con la racionalidad científica "positivista". Tanto la salud como la enfermedad son tratadas como un elemento más de consumo y, por tanto, su trato tiene una estrecha relación con los elementos del mercado, convirtiéndola en una "mercancía" más. Se convierte en un "modelo sanador" único, con monopolio social y por eso se transforma en un potente instrumento social de poder, con apariencia de uniformidad. Todo ello se ve impulsado por algo tan actual, como el rápido deseo de acumulación de riqueza y la sofisticación tecnológica, con lo cual refuerza y adquiere una sobredimensión mayor si cabe del dominio social.

La salud como construcción social subjetiva

A pesar de esta referencia del modelo médico hegemónico, el binomio salud-enfermedad tiene toda una proyección subjetiva donde el individuo se identifica a partir de esa situación, dado que es algo que se vive individualmente. Por todo ello, se puede decir que la salud no es un concepto neutro, pues está conformado en un contexto cultural que es el referente a la vivencia como sujeto histórico individual y que constantemente se está construyendo y modificando en función de los distintos espacios de legitimidad que van decidiendo qué es estar enfermo y qué es estar sano.

Por todo ello se puede decir que constantemente se está restando legitimidad al individuo para decidir qué es estar enfermo o sano, dado que le definen la salud, se la conceptualizan y por tanto le restan libertad para experimentar su subjetividad al respecto. En la idea de salud penetran campos cada vez más diferentes aparte del biomédico, produciendo un importante fenómeno de "medicalización de la vida" misma, produciendo un importante sometimiento social del individuo.

Como contrapartida queremos mostrar la existencia de una visión sociocultural del binomio salud-enfermedad que es importante considerar cuando se analizan las profesiones y profesionales sanitarios y es que impera un factor común: la enfermedad que irrumpe en todos los grupos humanos como alteración del funcionamiento biológico. La cultura

reinterpreta los hechos biológicos y, por ello, no es igual en todas partes dado que realiza su propia construcción social de la enfermedad (16). En el enfermo se produce un proceso biunívoco que influye sobre la conducta social, pero la conducta social influye sobre él.

El resultado de todo este entramado es una práctica médica reparativa, recuperadora de la enfermedad que reduce el nivel de análisis del propio individuo, evitando los determinantes de la enfermedad, porque eso implicaría intervenir en factores socioeconómicos (e incluso ideológicos) que inciden directamente en la enfermedad y, por tanto, en la propia estructura social. Este hecho hace que se lleguen a eliminar las propias redes de relación social que afectan a la salud integral del propio individuo que ha confeccionado a lo largo de su vida de acuerdo a su entorno cultural. Por ello, el modelo médico hegemónico occidental se centra en la asistencia sanitaria del sistema curativo que a su vez gira en torno a la patología en la cual el patólogo (el médico) es el centro y, de acuerdo a este principio, todo el sistema, incluidos el resto de profesionales que circulan a su alrededor, es el señuelo de concentración de poder en el sistema.

Como afirma Jara (17) "la enfermedad se apodera de nuestro organismo. Acudimos entonces, de manera casi robótica, al consumo de algún medicamento. Queremos curarnos, alcanzar la salud. Lo último que esperamos es fallecer en el intento. Morir de salud. El número de personas que pierde la vida al ingerir fármacos crece. En Estados Unidos ya es la cuarta causa de muerte y en ocasiones se han equiparado las cifras con el número de fallecidos en accidentes de tráfico". Esto hace que exista una deslegitimación de la respuesta humana ante el padecimiento de los procesos patológicos, consecuencia de la tecnologización de los sistemas de salud (18).

A modo de conclusión

Como se mencionaba al comienzo, se puede afirmar que en el concepto de salud-enfermedad en el modelo médico hegemónico occidental no son conceptos únicos ni homogéneos, existen toda una serie de elementos que no son visibles, pero que distorsionan y condicionan esa aparente armonía. Se producen problemas de expropiación y sometimiento del individuo dentro del contexto cultural, consecuencia del tipo de gestión, consumo y planificación del binomio salud-enfermedad, debido a los múltiples elementos que a simple vista son inexistentes: se da una alta concentración de poder en el modelo médico hegemónico de los profesionales, fundamentalmente en los médicos, consecuencia del dogmatismo de la medicina occidental, producto del espíritu acrítico imperante, a pesar de los nuevos caminos que se están trazando como puede ser el proyecto





VPM-IRYSS (19), que muestran y analizan la diversidad y variaciones en la práctica médica.

En la cultura occidental se están construyendo y creando mitos fugaces constantemente, sustentados en los medios técnicos avanzados de la biotecnología, que a su vez produce una importante acumulación de riquezas, que son el cimiento, motor y base de la sociedad actual, donde los auténticos tótems (la producción, el crecimiento, lo moderno, lo último) son los que rigen, marcan y controlan una conducta social, todo ello presidido por la ley de la oferta y la demanda, olvidando que la naturaleza de la salud-enfermedad es parte del proceso y no un fin en sí mismo de lo cual toma, o debería tomar, nota la Enfermería Comunitaria a la hora de implementar las intervenciones que puedan ser realmente útiles a la comunidad.

Bibliografía

- [1] Spector R, Muñoz MJ. Las Culturas de la Salud. Madrid: Prentice Hall; 2003.
- [2] Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. En: Basaglia F. La salud de los trabajadores. Aportes para una política de la salud. 6ª ed. México: Nueva Imagen; 1988. p.11-53.
- [3] Organización Mundial de la Salud. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Alma-Ata. Ginebra: OMS; 1978.
- [4] Mariano Juárez L, Encinas Chamorro B. La educación para la salud. Un abordaje transcultural. *Index Enferm* 2003; 42:24-28.
- [5] Perdigüero E. Salud y enfermedad. Una visión antropológica. Biblioteca Enfermería Profesional. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. Vol. 1. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1996. p. 23-35
- [6] Ruiz Moreno J. Cultura organizacional y desarrollo profesional en enfermería (II). *Rev ROL Enferm* 1999; 22(2):91-97.
- [7] Harris M. Introducción a la Antropología General. 7ª ed. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
- [8] Arrizabalaga J. Cultura e historia de la enfermedad. En: Perdigüero E, Comelles JM. Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Bellaterra; 2000. p. 71-81.
- [9] Dasí García MJ. De oficio... a profesión. *Bol de Enferm Comunitaria* 1996; 2:11.
- [10] Ruiz Cantero MT, Verdú Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004, 18(suppl.1):118-125.
- [11] Rueda Martínez de Santos JR. Guía para la evaluación del impacto en la salud y en el bienestar de proyectos, programas o políticas extrasanitarias. Victoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco; 2005.
- [12] Feo Isturiz O. Reflexiones sobre la globalización y su impacto sobre la salud de los trabajadores y el ambiente. *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8(4):887-896. [En línea] [fecha de acceso: 15 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000400011&lng=es&nrm=iso
- [13] Menéndez EL. Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8(1):185-207. [En línea] [fecha de acceso: 15 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100014&lng=pt&nrm=iso
- [14] García García JL. Enfermedad y cultura. *Jano* 1985; 643:83-90.
- [15] Menéndez EL. Care illness models: theoretical exclusions and practice articulations. *Ciênc. saúde coletiva* 2003; 8(1):185-207. [En línea] [fecha de acceso: 15 de noviembre de 2011]. URL disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232003000100014&lng=pt&nrm=iso
- [16] Lejarraga A. La construcción social de la enfermedad. *Arch. argent pediatr* 2004; 102(4).
- [17] Jara M. Traficantes de salud. Barcelona: Icaria-Antrazyt; 2007.
- [18] Hueso Montoso C. El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social. *Index Enferm* 2006; 15(55):49-53.
- [19] Gálvez Toro A. Variaciones en la práctica médica: proyecto VPM-IRYSS. *Evidentia* 2005; 2(6). [En línea] [fecha de acceso: 15 de noviembre de 2011]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n6/156articulo.php>

