

El modelo que aquí se postula tiene por objeto exponer por primera vez una teoría sociológica del sistema de cuidado de la salud en Colombia.

Se trata de un modelo heurístico y, por tanto, tentativo. La razón de este acontecimiento se debe al hecho de que la investigación científica sobre el comportamiento de los colombianos ante la salud y la enfermedad solo se ha iniciado recientemente y aún no cuenta con los suficientes datos empíricos.

El modelo se construye como una respuesta a la necesidad de contar con una guía teórica que organice los múltiples esfuerzos investigativos que actualmente se realizan en el terreno de la salud pública, particularmente en ASCOFAME.

Se espera que la verificación en el terreno permita poner a prueba su potencial organizador y explicativo, y señale, además, el conjunto de proposiciones que requieren reformulación.

El modelo de otra parte, introduce el método de análisis de sistemas sociales conocida como análisis transaccional. Método que constituye una alternativa práctica al problema que se enfrenta cuando se intenta analizar organizaciones sociales complejas y de gran magnitud.

R/626

LI 629

A17

EL SISTEMA SOCIAL DE CUIDADO DE LA SALUD EN COLOMBIA

Un Modelo Básico para el Análisis de la Investigación Nacional de Droguistas

	Página
INTRODUCCION	1
I. CONSIDERACIONES PARA LA ELABORACION DE UN MODELO TEORICO DEL SISTEMA SOCIAL DE CUIDADO DE LA SALUD EN COLOMBIA.....	5
A. La Salud y la Enfermedad desde la Perspectiva de la Antropología, la Sociología y la Medicina con temporáneas.....	6
B. Aparato Conceptual para el Estudio Sociológico - de la Enfermedad en el Sistema Social.....	14
C. El Análisis Transaccional y el Estudio de Siste- mas Sociales.....	21
D. Análisis Transaccional del Sistema Colombiano de Cuidado de la Salud.....	33
II. EL SISTEMA SOCIAL DE CUIDADO DE LA SALUD EN COLOMBIA	43
A. Definición. Constitución cultural. Sub-sistemas.	44
B. El Sub-sistema Secular para el Cuidado de la Sa - lud: Valores y Normas.....	45
Comportamiento del Enfermo y sus Asociados.	
La Organización Profesional Secular. Sus valores, roles, y transacciones con el enfermo. El Médico o Especialista Secular. Actores auxiliares: la En- fermera y el Droguista.	
Aspectos Sobresalientes de la Transacción Enfermo- Médico. Enfermo-droguista.	
C. El Sub-sistema Sagrado para el Cuidado de la Salud: Valores y Normas.....	73
La Medicina Mágica. La Medicina Casera.	
Comportamiento del enfermo y sus asociados.	
La Organización Profesional Sagrada. Valores, - roles y transacciones.	

98632

D. Alteración de Valores dentro del Sistema: el paso del Comportamiento sagrado al comportamiento secular 88

El Comportamiento en Transición del Enfermo.

La Transacción del Enfermo "en transición" con Organizaciones Profesionales (El Enfermo de Socialización Tradicional ante el especialista Secular).

El Enfermo "En Transición" ante la Carencia Estructural de Recursos: la Transacción con el Droguista.

III. VISION SUMARIA 111

BIBLIOGRAFIA 115



EL SISTEMA SOCIAL DE CUIDADO DE LA SALUD EN COLOMBIA

Un Modelo Básico para el Análisis de la Investigación Nacional de Droguistas

INTRODUCCION

La finalidad inmediata de este trabajo es suministrar un plan - de análisis para la Investigación Nacional de Droguistas que la Unidad de Valoración de la División de Estudios de Población de ASCOFAME realizó en 1.969.

Con este objetivo en mente se ha considerado de utilidad metodológica construir un modelo teórico que sirva de guía no solo para la interpretación de los datos de este estudio sino también para investigaciones del problema de la salud en Colombia, y las soluciones que se le dan.

Las razones que han motivado este esfuerzo surgen del examen de los objetivos de la Encuesta de Droguistas y de las preguntas que la promovieron.

Por lo menos dos inquietudes científicas dieron origen al estudio. De una parte, los datos arrojados por el Estudio de Recursos Humanos para la Salud¹ ("Evidencia Clínica", "Atención Médica en Co-

¹Ministerio de Salud Pública y ASCOFAME, "Métodos y Resultados", Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia, Bogotá, Talleres Gráficos de Canal Ramírez-Antares, 1970.

lombia", "La Profesión Médica", "Métodos y Resultados"), demandaron explicación sociológica de la estructura del sistema de cuidado de la salud en Colombia, sus valores predominantes, su organización social, los tipos de roles que lo componen y las dimensiones del cambio que está experimentando. Los datos permitieron establecer con veracidad la coexistencia de dos tipos de organización para el cuidado de la salud, una, basada en la práctica de la medicina científica, y otra, en la práctica de una medicina imbuída de principios mágicos. Los datos indicaron, además, que posiblemente una tercera parte de la población acude al "especialista tradicional" o "especialista profano"² en busca de cura para sus dolencias aunque sin entrar a detallar su comportamiento específico. Por tanto, tales datos reclamaron un análisis de las pautas de conducta implícitas en la relación social de la población con este tipo de especialista vis-á-vis la población que consulta el "especialista -

²Como se verá a lo largo del trabajo, el término "especialista" en salud se emplea para referirse a la persona que dentro de un sistema social (por ejemplo, una tribu o una nación-estado) tiene a su cargo el cuidado de la salud. Esto se debe al nivel alto de generalidad y abstracción del modelo y a la necesidad de flexibilidad en el análisis.

Ahora, "especialista secular" es aquella persona que cuenta con entrenamiento académico y técnico, conoce las causas y efectos reales de la enfermedad, y hace uso de tratamiento técnico y la tecnología moderna. Es el médico por excelencia.

El "especialista sagrado" (o tradicional) es aquella persona que aun que se dedica al cuidado de la salud, carece de un entrenamiento técnico y académico, cuenta con una concepción mágica de la enfermedad y su tratamiento, y hace uso de una tecnología primitiva. Es el curandero, o tegua, o yerbatero.

Desde el punto de vista de la medicina secular, el especialista sagrado es un "especialista profano".

secular"³ , así como el examen de los valores que rigen tal relación las razones por las cuales se le consulta, y las funciones --positivas o negativas-- tanto para el individuo como para el sistema de cuidado de la salud en general.

En segundo lugar, la Unidad de Valoración se planteó en 1969 la necesidad de completar las evaluaciones que estaba realizando sobre los servicios de Planificación Familiar en Colombia. En otras palabras, se creyó que no todos los aspectos de este problema de investigación - habían sido cubiertos ya que los estudios sistemáticos de las historias clínicas básicas, el seguimiento de pacientes, y los datos de la Encuesta Nacional de Fecundidad revelaban el hecho de que no todas las personas que deseaban planificar su familia acudían a los centros especializados para este fin sino a entidades o personas particulares, especialmente médicos y boticarios. Para llenar este vacío, se creyó necesario evaluar las funciones de entidades o personas distintas a las que formalmente están a cargo de los programas, por medio de estudios específicos. La Investigación Nacional de Droguistas es uno de ellos. Una vez decidida la realización de esta encuesta se consideró que el papel del droguista en la planificación familiar podría ser mejor comprendido dentro de la perspectiva de su actuación en el cuidado general de la salud.

Se optó entonces por una investigación que permitiera efectuar una estimación global de (a) el conocimiento del droguista sobre en -

³Véase la nota anterior.

fermedades frecuentes en la comunidad y las drogas empleadas para combatirlas; (b) las características de las "consultas" por él atendidas (su número, forma, y el tipo de recomendación hecha);(c) las fuentes de aprendizaje y los canales de información; y al mismo tiempo, una estimación particular de sus conocimientos sobre planificación familiar.

Esta decisión metodológica de estudiar el papel del droguista en la planificación familiar dentro del marco más amplio de su papel en el cuidado general de la salud, así como el interés por profundizar en los hallazgos del Estudio de Recursos Humanos para la Salud - constituyen, en síntesis las inquietudes científicas que dieron origen a la Investigación Nacional de Droguistas.

Al mismo tiempo y a fin de guiar el análisis, tal decisión sirve de coyuntura para dar comienzo a la elaboración de un modelo teórico del sistema de cuidado de la salud en Colombia y del papel que el droguista juega dentro de él.

PRIMERA PARTE

**CONSIDERACIONES PARA LA ELABORACION DE UN MODELO TEORICO
DEL SISTEMA SOCIAL DE CUIDADO DE LA SALUD EN COLOMBIA**

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ANTROPOLOGIA,
LA SOCIOLOGIA Y LA MEDICINA CONTEMPORANEAS

El primer paso hacia la construcción del modelo del sistema de cuidado de la salud en Colombia consiste en poner de presente dos hechos que la sociología y la antropología contemporáneas consideran básicos para el estudio de la salud y la enfermedad en todo sistema social.

En primer lugar, la enfermedad, constituye un fenómeno ubicuo en toda sociedad. En los sistemas sociales, la enfermedad es definida y combatida en términos del sistema de valores que prime en ellos, y de acuerdo con el grado de conocimiento que tengan de la naturaleza. Al mismo tiempo, las definiciones y las soluciones que se dan a la enfermedad están también condicionadas por la interacción de numerosas variables entre las que se cuentan el sexo, los grupos de edad, la religión, la ocupación, la educación y las clases sociales. Por tanto, existen diferencias respecto a la concepción y al tratamiento de la enfermedad dentro y entre diversos sistemas sociales.

La sociología y la antropología, en segundo lugar, han identificado de tiempo atrás la existencia de dos grandes sistemas de conocimiento y tratamiento del organismo y la enfermedad, y los valores que ellos implican para el diagnóstico y la curación de las dolencias: la medicina científica y la medicina mágica. Sistemas que se dan con mayor o menor prevalencia en un sistema social, que generalmente están

en contraposición y que, además, dan origen a los sistemas sociales de cuidado de la salud que aquí llamaremos, respectivamente, sistema secular y sistema sagrado¹.

¹Como se verá adelante, se ha optado por utilizar los conceptos secular y sagrado para referirse a los dos sub-sistemas del sistema colombiano de cuidado de la salud: aquel en que priman conocimientos científicos y aquel en que priman prácticas mágicas, respectivamente. Se debe esto a que secular y sagrado son conceptos sociológicos de alto nivel de abstracción, que se refieren a sistemas sociales complejos y de características disímiles, y por tanto, permiten dar nombre con mayor precisión, a sistemas que no son exclusivamente modernos o tradicionales, racionales o irracionales sino, al contrario, sistemas en que aunque una de esas características predomina no excluye la existencia de su contraparte. Por ejemplo, allí donde tienen prioridad el conocimientos científico de la enfermedad, el uso de una tecnología moderna en su curación, y adonde las actitudes ante la enfermedad tienden a ser por excelencia racionales, se tiene un sistema secular para el cuidado de la salud. Pero esto no excluye que haya conocimientos mágico-empíricos, uso de una tecnología primitiva, y actitudes irracionales.

Secular y sagrado tienen amplio uso en la antropología y la sociología y se emplean en general para diferenciar estructuras sociales globales y para describir procesos de cambio social. Entre los precursores de estos conceptos figuran el sociólogo francés Emile Durkheim en la División del Trabajo en la Sociedad. Así mismo, es muy conocido el continuum sagrado-secular diseñado por el sociólogo Howard Becker. En la América Lat el sociólogo argentino Gino Germani ha dado uso a estos conceptos en sus obras Política y Sociedad en una Epoca de Transición, Buenos Aires, Paidós, 1.956; Estudios de Sociología y Psicología Social, Buenos Aires, Paidós, 1.966 y "Stages of Modernization in Latin America", Studies in Comparative International Development, Vol. V, 1.970, #8 (Harvard University, Rutgers University y Sage Publications). Germani define una estructura social sagrada como "la configuración de una sociedad de acuerdo a pautas invariables basadas en la aceptación no racional de la conducta", y estructura secular como la "conformación de una sociedad según normas que permiten cambios en su morfología, comunicaciones fáciles entre sus miembros, y donde las decisiones obedecen a un tipo racional así como se basan en una decisión consciente". Germani, Estudios de Sociología..., op.cit., p. 155.

En este modelo sistema sagrado y sistema secular son conceptos genéricos que indican la preponderancia de un determinado conjunto de características sin excluir la posibilidad de que se dé su contraparte.

Tanto la medicina científica como la medicina mágico-empírica, constituyen sistemas de conocimiento y curación de las dolencias, con características distintivas.

La sociología y la antropología indican, desde luego, que la medicina científica por su parte otorga primacía a la experimentación, al pensamiento racional, y al desarrollo constante de una tecnología sofisticada.

Señalan también el avanzado estado del conocimiento actual de la enfermedad en casi todas sus gamas y de los principios que la condicionan o pueden condicionarla, y el acelerado desarrollo de tratamientos y de técnicas e instrumentos que pueden aplicarse concomitantemente.

Por otro lado, la medicina contemporánea cuenta con un punto de vista distintivo para considerar la enfermedad. Se la concibe como un fenómeno a la vez fisiológico, biológico y social en contraposición a la época no muy lejana en que la mayor parte de la opinión médica se inclinaba por la reducción de la etiología de toda enfermedad al nivel biológico o fisiológico, y por asumir que solamente a esos niveles era posible el tratamiento.

Desde el punto de vista fisiológico actual la salud se concibe - como "aquel estado de armonía y equilibrio funcional que se traduce en un silencio orgánico"².

Ecológicamente la salud se define tomando en consideración tan-

²Rolando Armijo Rojas, Curso de Epidemiología, Santiago de Chile, Ediciones de la Universidad de Chile, 1964, p. 15

to el individuo como el ambiente en que está colocado. La enfermedad representa un ajuste inadecuado del organismo humano a su ambiente. Resulta de la interacción de un agente causal, un huesped, --el hombre -- y el ambiente. La salud es un estado del equilibrio entre el huested y los agentes causales en el medio ambiente, Debido a las numerosas variables que entran en juego, este equilibrio puede romperse en favor de un agente causal y se pasa entonces a la condición de enfermedad.

La enfermedad es vista dentro de un modelo racional de causalidad múltiple. Existe un complejo de causas en que ningún factor aislado es explicación suficiente y necesaria de la ocurrencia de la enfermedad. Tal sistema, por otro lado, está opuesto a un modelo de explicación donde la enfermedad se postula dentro de un sistema mecanicista y unicausal.

Los factores causales se catalogan como aquellos que predisponen, contribuyen y precipitan la enfermedad, y se otorga especial énfasis a la red multicausal y aún dentro de esta red, las reacciones a cualquier estímulo específico dependen de otras circunstancias presentes. Esta reacción, además, puede tener sus antecedentes en otra serie de estímulos o causas. La presencia o ausencia de cualquiera de las circunstancias bajo las cuales los estímulos actúan, constituye parte esencial del análisis de causas. Esto lleva a que la contribución de cual - quier factor se mire en términos de probabilidad y no de certeza absoluta.

Finalmente, y desde el punto de vista de la sociología, -semejante al de la ecología-, se considera que la enfermedad es el producto de factores sociales que actúan en conjunción con factores biológicos y ambientales. La enfermedad entonces está también condicionada por factores tales como el estatus que el individuo ocupa en la sociedad, (y que le produce riesgos diferenciales) relaciones familiares, movilidad social, estatus ocupacional, religión, etc.

Son estos, por tanto, los rasgos fundamentales del sistema de conocimiento configurado por la medicina científica.

La medicina mágica, o mágico-empírica, por otro lado, constituye un sistema diferente de conocimiento del organismo y de la enfermedad.

La magia, como se sabe, es un conjunto de creencias y prácticas para controlar la naturaleza, relacionadas con la producción de efectos mediante la "coacción" de fuerzas o agentes sobrenaturales, la manipulación de fetiches, la celebración de ritos y la puesta en práctica de ciertas suposiciones que le son características³.

³Ralph Beals y Harry Hoijer, Introducción a la Antropología, Madrid, Aguilar, 1953, p.535.

La medicina mágica⁴, a su vez, constituye un complejo de creencias, actitudes y prácticas asociadas con la salud, basadas en un conocimiento empírico pero superficial de la naturaleza, en que las causas y los efectos de la enfermedad se atribuyen a "seres" que actúan o se esconden tras de un objeto, artefacto, animal u hombre, y en que se actúa sobre ellos a través de símbolos.

El hombre que actúa dentro de la concepción mágica de la naturaleza lo hace de acuerdo a reglas de experiencia pero distingue tan solo entre la menor o mayor cotidianidad de los fenómenos. A las fuerzas no cotidianas siempre se les atribuye una cualidad extraordinaria, que en términos weberianos se designan como carismáticas⁵.

Las suposiciones básicas tanto de la magia como de la medicina mágica son las siguientes: "lo semejante produce lo semejante", es decir, que un efecto se parece a su causa (magia imitativa), y "las cosas que han estado una vez en contacto mutuo continúan actuando entre sí a distancia, incluso después de haber sido eliminado el contacto físico" (magia contagiosa).

Dependiendo del fin que se le dé, la magia imitativa y la ma-

⁴Esta parte está basada en Virginia Gutiérrez de Pineda, La Medicina Popular en Colombia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Sociología, 1961, p. 7 y passim; Max Weber, Economía y Sociedad, México, Fondo de Cultura Económica, 1964, y Bertrand Russell, Ciencia y Religión, México, Fondo de Cultura Económica, Breviarios, - 1950.

⁵El carisma puede ser un don que el objeto o la persona poseen por naturaleza y que no puede alcanzarse por nada, o que puede crearse en una persona mediante cualquier medio extraordinario. Weber, op. cit., cap. III.



gia contagiosa pueden convertirse en magia agresiva o en magia benéfica⁶.

Dentro de este sistema , la etiología de la enfermedad está asociada con los principios de la magia agresiva⁷. En general, la enfermedad es el resultado de una voluntad adversa al individuo, que representa un espíritu, o una persona en la red de relaciones sociales del individuo.

Para que la enfermedad ocurra, es necesario que la persona enemiga, o la voluntad enemiga, tenga poderes extraordinarios o mágicos, es decir, la capacidad de producir la enfermedad y que lo haga personalmente, o por medio de un intermediario. Tal intermediario está generalmente representado por el hechicero.

La enfermedad se transmite por medio de un acto de pensamiento, una acción, un alimento o por influencia ambiental ("influencia de los planetas", por ejemplo).

El poder mágico de causar la enfermedad va acompañado del de curar. Si con la magia agresiva se puede causar la enfermedad, con la benéfica se puede curar. Hay todo un conjunto de objetos y prác-

⁶James Brazer, The Golden Bough, New York, The MacMillan Co., p.1928 p. 11 (Hay traducción al español con el título de La Rama Dorada). Virginia de Pineda, op. cit., p. 41-54

⁷Pineda, op. cit., p. 42 ss.

ticas que inactivan la magia agresiva Desde el punto de vista mágico, la curación simplemente representa la lucha entre el poder positivo que sana, contra el poder que destruye.

Como se dijo ya, el hombre que actúa dentro de una concepción mágica de la naturaleza lo hace de acuerdo a reglas de experiencia pero distingue tan solo entre la mayor o menor cotidianidad de los fenómenos. La medicina mágica tiene una base empírica pero no desarrolla énfasis en la experimentación. Su tecnología, y sus métodos de curación son primitivos, y esto la coloca en franca oposición con el sistema de medicina científica.

Es importante subrayar ahora, como lo hacen la sociología y la antropología contemporáneas, que en todo sistema social se da una mayor prevalencia de uno de estos dos sistemas de conocimiento, y que este acontecimiento constituye uno de los dos hechos básicos para el estudio de un sistema social de cuidado de la salud siendo el otro el condicionamiento que cada cultura hace del comportamiento de los individuos ante la enfermedad.

Los dos hechos en sí constituyen premisas fundamentales que se tienen en cuenta para la postulación del modelo de sistema de cuidado de la salud en Colombia.

APARATO CONCEPTUAL PARA EL ESTUDIO SOCIOLOGICO DE LA ENFERMEDAD
EN UN SISTEMA SOCIAL

El segundo paso hacia la construcción del modelo consiste en la exposición de los principales conceptos sociológicos que pueden emplearse para estudio de la salud y la enfermedad dentro de un sistema social, y para el estudio en sí de un sistema social de cuidado de la salud.

El Comportamiento ante la Enfermedad

El primer concepto se deriva de la noción propuesta por Suchman⁸, respecto a que los individuos desde el momento en que empiezan a experimentar los síntomas de una dolencia hasta el momento de su rehabilitación, observan un comportamiento específico, que difiere de su comportamiento en circunstancias de goce de salud. Es decir, que existe un conjunto de pautas estandarizadas de conducta ante tal fenómeno. Además, en tal comportamiento, pueden distinguirse claramente ciertas etapas.

El concepto resultante es aquel del conjunto de etapas que caracterizan el patrón de conducta ante la enfermedad⁹.

Tal patrón está condicionado por las definiciones culturales de la salud y de la enfermedad que prevalecen en general para la so-

⁸Edward A. Suchman, Sociology & The Field of Public Health, New York Russell Sage Foundation, 1963, p. 67-68.

⁹Ibid.

ciudad, y específicamente para grupos diferenciados por sexo, edad, religión educación, ocupación, y clase social entre otros.

Este condicionamiento hace que los individuos reaccionen diferencialmente en cada una de las etapas y, por tanto, que el patrón de conducta ante la enfermedad no sea uniforme dentro de una sociedad y mucho menos entre sociedades diversas.

Las etapas que caracterizan el patrón de conducta ante la enfermedad son las siguientes:¹⁰

1) Aquella en que se experimentan los síntomas. En este momento es cuando se perciben los síntomas, se interpretan en cuanto a su seriedad, causa y consecuencias posibles, y cuando se reacciona con de terminado grado de preocupación.

2) La etapa en que el individuo busca el estatus de enfermo. En este momento la persona enferma busca el alivio de síntomas, mediante información, consejo y validación provisional de la familia, los amigos y otras personas no profesionales.

3) La etapa de contacto con el "especialista", es decir, el momento en que se entra en relación con una fuente "profesional" de cuidado médico a fin de obtener diagnóstico preciso, y definir los tipos recomendables de tratamiento, y

¹⁰Edward A. Suchman, Sociology & The Field of Public Health, New York, Russell Sage Foundation, 1963, p. 67-68.

4) La etapa de paciente, o sea aquella en que el individuo se ha puesto en manos del especialista, ha renunciado a ciertas prerrogativas y decisiones que son de su arbitrio en circunstancias de salud. Etapa - que se extiende hasta el momento en que la persona regresa al desempeño de sus roles corrientes o sea, cuando ocurre la rehabilitación.

El concepto citado, sin embargo, no es autosuficiente para el estudio de las diferencias que los individuos presentan en cada etapa de la conducta ante la enfermedad. Para ello se requiere utilizar algunos conceptos complementarios. Por ejemplo, la forma de identificar las diferencias que presentan los individuos en la etapa de experimentación de síntomas consiste en verificar el momento del desarrollo natural de la enfermedad en que reaccionan y definen la situación como un problema de enfermedad. El concepto que se pone en juego es por tanto - aquel de historia natural de la enfermedad.¹¹.

Historia Natural de la Enfermedad.

Desde el punto de vista médico, toda enfermedad tiene un curso natural en el cual pueden distinguirse varios períodos. Básicamente dos: prepatogénico y patogénico. En el período prepatogénico se efectúa una ruptura del equilibrio entre el individuo, el agente y el ambiente, y se produce la enfermedad. Se entra entonces en el período patogénico, que a su vez se subdivide en patogénesis temprana, enfermedad clínicamente reconocible, enfermedad avanzada, y convalecencia o

¹¹Leavell y Clarke, Preventive Medicine for the Doctor and his Community.

muerte.

A cada una de estas etapas, desde el punto de vista científico, corresponden diversos tipos de prevención. Al período prepatogénico, la prevención primaria. Al período patogénico temprano, la prevención secundaria. Cuando la enfermedad se hace clínicamente reconocible, se desarrolla la prevención terciaria, o sea, la limitación de la incapacidad y la rehabilitación.

El hecho clave para el análisis consiste en que no en todas las sociedades, o grupos, existe un conocimiento de la enfermedad que permita identificarla en una etapa patogénica temprana, y además, las definiciones culturales difieren en cuanto al momento en que una enfermedad se define como tal. Además las pautas culturales difieren en cuanto a la solución de problemas tales como la rehabilitación, o la muerte.

Ahora para el análisis de las etapas siguientes a la de experimentación de síntomas y a fin de establecer las diferencias que presentan los individuos puede hacerse uso del concepto complementario de rol de enfermo¹².

El Rol de Enfermo

Una vez que la persona ha percibido y definido su situación co-

¹²Talcott Parsons, "Definitions of Health & Illness in the Light of American Values and Social Structure", in E. Gartly Jaco, Patients, Physicians and Illness, Glencoe, The Free Press, 1.958, pp. 176-177.

mo de enfermedad , empieza a buscar el estatus de enfermo. Esta tarea o rol puede concentrarse alrededor de cuatro esfuerzos básicos: búsqueda de exención de las tareas cotidianas, legitimización del estado de enfermedad, manifestación del deseo de curarse y obtención de ayuda "técnica"¹³ de algún "especialista"¹⁴.

Estos esfuerzos del enfermo son gobernados por el sistema de valores y normas o prescripciones culturales de la sociedad y el grupo en que está situado y por tanto, no son uniformes.

Más explícitamente, dependiendo del sistema de valores y del grado de conocimientos de la enfermedad que tenga el sistema social, a la persona se le exime del desempeño de todos o algunos de sus papeles sociales cotidianos en un momento determinado del desarrollo natural de la enfermedad (en el período de patogénesis temprana, o en el de patogénesis avanzada), de acuerdo con la severidad de la dolencia. Igualmente una condición de enfermedad se define como "legítima" o no especialmente por medio del diagnóstico. Los "tribunales" que legitimizan están constituidos en primera instancia por la familia o en general - por el grupo de asociados y en segunda instancia, la más importante, -

¹³El término "ayuda técnica" tiene una connotación bastante general en este contexto. No se refiere a la tecnología moderna simplemente. Se refiere, en general, a los instrumentos y métodos que un determinado sistema social, ya sea sagrado o secular, pueda tener para diagnosticar y curar la enfermedad.

¹⁴Nótese de nuevo que a lo largo del modelo el término "especialista" se usa para referirse a la persona que tiene la especialidad de cuidar la salud, dentro de un sistema de salud, ya sea el médico o el curandero.

Más adelante se verá como al médico se le denomina "especialista secular", y al curandero "especialista sagrado" o "tradicional".

por las personas que "están habilitadas" para conocer de la enfermedad, es decir el grupo de profesionales¹⁵ en salud, o "especialistas".

Ahora, la exención y legitimización de la enfermedad implican que al enfermo se le conceden derechos. Pero al igual que todo papel social, un conjunto de derechos involucra un conjunto de obligaciones. Las obligaciones principales de una persona enferma son el curarse, - o por lo menos experimentar ese deseo y buscar ayuda del especialista. Las prescripciones culturales, al igual que en las situaciones anteriores, señalan si la ayuda "técnica" ha de estar representada por el médico o el tegua o el brujo.

Como puede apreciarse, el concepto de rol de enfermo permite profundizar en el estudio de las diferencias que los individuos presentan en su comportamiento ante la enfermedad.

En este momento es útil hacer notar que los conceptos ya citados, sin embargo, facilitan el examen de tan solo un aspecto del sis-

¹⁵Nótese que el término "profesionales" de la salud tiene también una connotación general en este contexto, que se aparta del uso común. "Profesionales" de la salud se refiere aquí a la dedicación formal, exclusiva o primordial de determinadas personas o actores, de un sistema social--ya sea sagrado o secular-- al cuidado de la salud, a través de la cual obtienen sus medios de vida. Este uso del concepto es sugerido por Suchman, op. cit., p. 67 a fin de establecer diferencias entre las personas que formalmente tienen a su cargo cuidar de la salud, y los simples asociados del enfermo o laicos.

tema social de cuidado de la salud, a saber, el comportamiento del enfermo. Tal sistema, no obstante, consta también de organizaciones profesionales.

El Concepto de Organizaciones para el Cuidado de la Salud.

Con el fin de cubrir esta otra faceta, hay necesidad de partir de la noción de que existen dos tipos de cuidado de la enfermedad:¹⁶ uno, informal, y otro, formal, a los que corresponden dos tipos específicos de "organización": la organización "laica" o informal, y la organización "profesional" o formal.

La etapa en que el individuo empieza a buscar el estatus del enfermo implica sencillamente que empieza a actuar dentro de la organización informal o laica para el cuidado de la salud; el enfermo puede atenderse a sí mismo, de acuerdo a sus concepciones de la enfermedad, o pueden hacerlo sus asociados inmediatos de quienes busca consejo y diagnóstico previos.

Cuando el enfermo busca ayuda "técnica" (ya sea del médico o del curandero) entra a participar en la organización "profesional" - del sistema de cuidado de la salud.

Organización laica o informal es, en este contexto, aquel grupo de personas que se forma espontáneamente para suministrar un pri -

¹⁶Suchman, op. cit., p. 67

mer auxilio a la persona que enferma, y generalmente guiarla en la tarea de conseguir ayuda "profesional".

La organización "profesional", a la vez, es aquel grupo de - personas con algún tipo de preparación para cuidar de la salud, -empírica o académica- y que tiene la legitimización del sistema de cuidado de la salud. Los conceptos aptos para su estudio pueden ser aquellos propuestos por la teoría de las organizaciones formales.¹⁷

Son estas, entonces, las herramientas conceptuales que pueden emplearse para el estudio de los aspectos parciales de un sistema de cuidado de la salud.

Debe anotarse de nuevo que no obstante su utilidad, aquellas son insuficientes. Un sistema de cuidado de la salud es una entidad compleja, a través del análisis se requiere conservar su perspectiva global. Luego se requiere hacer uso de una perspectiva teórica que a la vez que permita mantener constante la identidad del sistema, permita ordenar sus diversos aspectos parciales en una forma significativa. El paso siguiente consiste en la presentación de una perspectiva sociológica apta para cumplir este requisito.

El Análisis Transaccional y el Estudio de Sistemas Sociales

El Análisis Transaccional puede constituir la perspectiva teórica apropiada para el estudio de Sistemas Sociales. Es un modelo -

¹⁷Amitai Etzioni, Modern Organizations, New York, Winston, Holt & Rinehart, 1.962; Max Weber, Op.Cit.

sociológico de data reciente que provee una metodología específica, y que es a la vez, una versión modificada de la perspectiva del análisis funcional tradicional.

La obra básica es aquella del sociólogo norteamericano Harry Bredemeier, Social System Integration and Adaptation¹⁸ (Integración y Adaptación de sistemas sociales). Responde al movimiento científico actual de crear un conjunto de modelos, con su metodología correspondiente, para el examen de la sociedad como una entidad global y en cambio

.Responde también a la necesidad sentida por la investigación sociológica de contar con un tipo de análisis que tenga en cuenta las acciones de los actores de un sistema social, sus relaciones, y que al mismo tiempo permita captar la perspectiva global de tal sistema.

En Integración y Adaptación de Sistemas Sociales se concibe la sociedad como un sistema social formado por varios subsistemas, que a su vez constituyen sistemas en sí mismos¹⁹. El énfasis del modelo está dado sobre los procesos del sistema, y sobre el cambio que experimenta.

Los conceptos centrales son aquellos de sistema social, adaptación e integración.

¹⁸Harry Bredemeier, Social System Integration and Adaptation, New Brunswick, N.J., Rutgers University, 1968 (Manuscrito).

¹⁹El análisis transaccional se aparta de los postulados del sociólogo Parsons en su obra The Social System, New York, The Free Press, 1968.-

Un Sistema Social Humano (una nación-estado, un grupo) es un conjunto de roles o un conjunto de organizaciones de roles que existen en varios ambientes, y que son capaces de actuar colectivamente, con los roles y las relaciones del sistema y sus ambientes definidos por la cultura.

La cultura es un conjunto de símbolos compartidos y sus definiciones que prescribe lo que el sistema debiera hacer. Es un programa en el sentido de computación electrónica.

Cuatro son los tipos de ambientes en que puede estar situado el sistema social: el físico, el biológico, el social y la personalidad de los miembros. El ambiente en general, constituye también un sistema.

Hay dos procesos básicos que un sistema social debe llevar a efecto si ha de sobrevivir:

- 1) Adaptarse a su ambiente y
- 2) Integrar sus partes (roles, o colectividades compuestas de roles).

Todo sistema además debe decidir sobre los modos de llevar a cabo los dos primeros procesos, así como sobre los recursos que deben mobilizarse para tal fin.

El Proceso de Adaptación

El proceso de adaptación significa que el sistema entre en tran

sacción con su ambiente a fin de obtener o desecharle ciertos "outputs". Más en concreto, el sistema social lleva a cabo cuatro sub-procesos:

- 1) Obtener algunas cosas del ambiente;
- 2) Mantener ciertas cosas en el ambiente, o prevenir su entrada;
- 3) Retener ciertas cosas dentro de sí mismo o prohibir que salgan al ambiente; y
- 4) desechar ciertas cosas al ambiente.

Las cosas concretas, o outputs, de interés para el sistema son materia, energía no-humana, información, energía humana y servicios. Es de anotar que el ambiente como sistema también se interesa en obtener o desechar ciertos outputs que el sistema desea, correlativamente, desechar u obtener.

Un sistema social actúa de acuerdo a su constitución cultural con el fin de llevar a cabo alguno de los cuatro sub-procesos - de adaptación, y al así hacerlo tiende a maximizar sus ganancias.

Una acción del sistema es rentable cuando se reciben más recompensas de aquellas a las que ha correspondido renunciar.

Adaptación y Obediencia.

Una característica básica del proceso de adaptación es cómo obtener obediencia del ambiente. En otros términos, cómo hacer -

que el ambiente suministre lo que debe obtenerse, que acepte lo que debe desecharse, tenga dentro de sí lo que debe mantenerse por fuera y no se inmiscuya en lo que debe retenerse.

Con el fin de hacer que un sistema se comprometa en tareas adaptativas, el sistema debe hacer ver al ambiente que la obediencia a sus exigencias o necesidades, va a incrementar sus ganancias, o que la desobediencia a sus requerimientos o necesidades va a disminuir las ganancias del ambiente, o ambos.

Transacciones.

El proceso de adaptación no se realiza, estrictamente hablando, entre sistemas. Los sistemas (grupos, organizaciones, naciones=estado) como tales no buscan recompensas, ni responden a sanciones, ni tratan de persuadir. Los que realizan tales tareas son las personas que componen tales sistemas.

Sin embargo, las personas no actúan siempre en términos de sus sistemas de personalidad. Con frecuencia actúan en términos de sus estatus y roles en las colectividades. Es entonces cuando se dice que los sistemas sociales se enrolan en transacciones con los sistemas ambientales a fin de maximizar sus beneficios, y los inducen a suministrar recompensas en la forma de varios inputs.

Las transacciones indudablemente las realizan personas. Pero

ellas actúan en roles a nombre del sistema social, como resultado de transacciones previas entre sus sistemas de personalidad. De estas transacciones viene el desarrollo y transferencia del ego de la persona al sistema social a fin de que éste lo emplee en sus propósitos.

Condiciones de Adaptación Óptima.

Hasta el momento no se ha hecho referencia al asunto de la cantidad de x que un sistema social necesita obtener, mantener por fuera, retener, o desechar.

El proceso de adaptación puede verse ahora desde la perspectiva de las varias cantidades de x --desde 0 hasta infinito-- que el sistema puede necesitar. En cualquier momento, hay una tasa bajo la cual bienes, servicios, información o energía pueden fluir en el sistema como inputs, o salir como outputs.

La tasa a la cual está acostumbrada a recibir o desechar inputs y outputs y que mira como "normal" y "satisfactoria" es la tasa par de transacciones.

Para mantenerla, el sistema se compromete en una serie de acciones; la tasa de acciones por unidad de tiempo que es suficiente para mantener la tasa par de inputs o outputs constituye el nivel par de movilización de energía.

Existe adaptación óptima cuando la tasa par en la que el sistema hace outputs es la tasa en que el ambiente demanda o acepta tales outputs como inputs, y cuando la tasa par en la que el sistema recibe inputs de sus ambientes es la tasa en que ellos suministran esos inputs.

Para ciertos propósitos de análisis puede pensarse en términos de solo dos procesos adaptativos: obtener y desechar, que son categorías mucho más amplias de los procesos básicos y familiares de la economía: la oferta y la demanda. Cuando hay divergencias en las tasas par de transacciones entre sistemas y ambientes, surgen las llamadas maladaptaciones.

Maladaptaciones o Carencia de Adaptación.

Las maladaptaciones en los procesos transaccionales del sistema y sus ambientes son las siguientes:

Quando el sistema encuentra demandas de su ambiente por encima de su tasa par de desecho, experimenta tirantez.

Quando encuentra aceptación de sus outputs por debajo de su tasa par de desecho, encuentra sub-valoración.

Quando el sistema encuentra oferta de productos que han de obtenerse por encima de su tasa par de inputs, experimenta ahitamiento o sobresaturación.

Finalmente, cuando encuentra oferta por debajo de su tasa - par de inputs, experimenta privación.

Las condiciones de maladaptación resultan entonces de las siguientes situaciones: la tirantez, cuando el sistema está sobre-demandado por el ambiente; la sub-valoración, cuando es menos que aceptado por el ambiente; la sobresaturación, cuando es sobre-servido por el ambiente, y la privación, cuando el sistema es menos que servido por el ambiente.

Estas son categorías generales de "costos" que los sistemas tratan de minimizar. Minimizarlas equivale a optimizar la adaptación, y ya que la minimización de costos es maximización de beneficios, "maximización de beneficios" y "optimización de la adaptación" son exactamente lo mismo.

El Proceso de Integración.

La adaptación del sistema está relacionada con las transacciones entre sistemas y ambientes.

La integración del sistema se refiere a la adaptación mutua de cada una de sus partes, o "estructuras".

Desde el punto de vista de una "estructura" o subsistema de un sistema, todas las otras unidades son ambientales, y como tales son fuentes potenciales de recompensas que deben obtenerse, o de

peligros que hay que evitar.

Un sistema se halla integrado en la medida en que sus subsistemas están óptimamente adaptados entre sí, o en la medida en que ninguno de sus subsistemas experimenta tirantez, subvaloración, sobre saturación, o privación.

Con el fin de que exista integración de los sub-sistemas de un sistema se requiere, además, de ciertos requisitos.

En primer lugar, debe haber inter-dependencia entre ellos. Las condiciones necesarias para la interdependencia son un sistema de comunicaciones en el sentido de que las partes deben conocerse, y deben saber el tipo de cosas que se ofrecen; debe haber también un sistema de transporte, y un sistema de intercambio. Solo si estas condiciones se dan, se hace posible la interdependencia.

La interdependencia es una condición necesaria para la integración del sistema pero no suficiente. Los sistemas sociales o subsistemas de un sistema social pueden ser interdependientes pero no estar integrados. Existe integración cuando aquellos no experimentan maladaptaciones.

Equilibrio e Integración

La integración sin embargo, no debe confundirse con el equili-

brio del sistema. Un sistema social está en equilibrio en la medida en que si uno de sus subsistemas cambia o altera sus tasas par o modos de obtención o de desecho, otros sistemas reaccionan en una de las siguientes formas: 1) surge una presión para hacer que el subsistema que ha cambiado retorne a su modo de conducta original -- y en este caso se habla de equilibrio estático -- o 2) los subsistemas alteran sus tasas para acomodarse o compensar los cambios en el subsistema que ha cambiado inicialmente, - equilibrio dinámico-. En el primer caso, se dice que el sistema no cambia. En el segundo, el sistema aparece transformado.

Existe también la posibilidad de que ninguno de estos dos eventos ocurra, y en este caso, el sistema sigue en estado de malintegración. Entonces es cuando ocurren los problemas de desviación y de desequilibrio.

Con la exposición del problema del equilibrio y la integración de sistemas sociales, los problemas centrales de la sociedad a que hace referencia el modelo de análisis transaccional quedan esbozados.

Es claro que los problemas sociológicos fundamentales que encara todo sistema social, pueden estudiarse bajo esta perspectiva teórica.

La tarea consiste en identificar el sistema, sus sub-sistemas,

y los sistemas-ambiente en que se halla localizado. Así mismo, su constitución cultural, y las transacciones que se llevan a efecto de acuerdo con ella. El resultado probable es un diagnóstico del "estado" de integración y adaptación del sistema en un momento dado, es - decir, de la actuación de sus jugadores de rol, las transacciones que realizan y los malajustes resultantes, y un diagnóstico de los cambios que el sistema sufre.

Metodología.

Para la realización de esta tarea, el modelo prescribe el cumplimiento de cuatro operaciones:

- 1) Identificación de los sub-sistemas del sistema y de sus ambientes, y descripción del sistema de valores y normas o de las prescripciones de roles. Es decir, descripción de los "programas" culturales.
- 2) Descripción de los procesos y las tasas bajo las cuales se llevan a cabo las transacciones entre los sub-sistemas, o entre el sistema y sus ambientes.
- 3) Identificación de las condiciones bajo las cuales los procesos pueden resultar en tirantez, sub-valoración, sobrecarga o privación de cualquiera de los sub-sistemas, o del sistema como entidad global.
- 4) Identificación de las reacciones de los varios sub-sistemas a tales maladaptaciones, particularmente de las condiciones bajo las cuales dichas reacciones resultan en "corrección"

de la malintegración, o maladaptación, o sea en cambio social.

Con el fin de efectuar estas cuatro operaciones, el análisis transaccional ha propuesto el empleo de matrices de entradas y salidas en que los diversos sub-sistemas del sistema se colocan en su doble aspecto de "productores" y "consumidores".

La razón de este método radica en la relevancia que puede tener una matriz para explicar el intercambio de outputs e inputs entre jugadores de rol, es decir, las transacciones entre subsistemas como proceso básico del funcionamiento de los sistemas sociales.

La idea básica de la matriz de entradas y salidas, o de inputs y outputs, consiste en colocar las estructuras o sub-sistemas del sistema en forma tanto horizontal como vertical, y llenar las celdas con tres tipos de información:²⁰

a) Los outputs que la estructura social de la hilera hace a la estructura de la columna que la interseca.

²⁰ Como se ha mencionado, el output puede ser alguna forma de materia, energía, información o servicio. El coeficiente de inputs y outputs es la razón del input que la estructura de la hilera hace sobre el output total de la estructura de la columna que lo interseca. El "coeficiente inverso" se halla al invertir matemáticamente la tabla de coeficientes de inputs y outputs.

- b) Un coeficiente de inputs y outputs, y
- c) Un coeficiente inverso.

El "estado" del sistema en un momento del tiempo puede trazarse en base a una matriz. Los cambios ocurridos en el sistema, implican, al contrario, la elaboración de por lo menos tres matrices: una para describir el estado del sistema en momento actual (TiempoT), otra para referirse al estado del sistema en el período anterior (T-1), y otra para predecir el probable estado futuro (T+1).

Al llegar a este punto, la exposición de los aspectos básicos del modelo de análisis transaccional y de su metodología queda realizada. Es claro que los servicios potenciales que puede prestar a la investigación del sistema social de cuidado de la salud en Colombia son numerosos. Sin embargo, y como se verá enseguida, el hecho de que se está todavía en la etapa inicial de la elaboración del modelo, lleva a explotar tan solo un mínimo los recursos que provee.

ANALISIS TRANSACCIONAL DEL SISTEMA COLOMBIANO DE CUIDADO DE LA SALUD

Objetivos a largo plazo.

Como se anotó inicialmente, este modelo se elabora con el obje-

tivo básico de proveer una guía teórica para la investigación del sistema colombiano de cuidado de la salud y sus numerosos aspectos, entre ellos el papel del droguista.

Con este fin, el modelo hace uso de la perspectiva sociológica de análisis transaccional de sistemas sociales.

En concreto, plantea las bases para el conocimiento sistemático de la estructura del sistema, su constitución cultural, sus procesos de adaptación e integración y los cambios que experimenta, puesto que de este modo será posible identificar de manera confiable los problemas que conjuntamente enfrentan el ciudadano colombiano o/y las organizaciones formales en la solución de los problemas de enfermedad.

Este trabajo, no obstante, constituye la realización de la primera de una serie de operaciones dirigidas al análisis transaccional completo del sistema de salud. Específicamente, la identificación de los sub-sistemas, la postulación de la constitución cultural, y el esbozo de las principales transacciones entre ellos, ya que los datos empíricos con que se cuenta son limitados.

Para comenzar a formalizar el modelo se hace necesario introducir un conjunto de postulados respecto a la naturaleza del sistema de salud en Colombia, y las necesidades investigativas que surgen de esta tarea.

Postulados Básicos y Modalidades de Estudio del Sistema

En primer término, se requiere señalar que en Colombia los dos grandes sistemas de conocimiento y valores relacionados con la salud y la enfermedad han sido desde la época de la conquista, la medicina mágico-empírica y la medicina científico-racional. Desde ese punto del tiempo, estos dos sistemas se han visto sujetos a evolución e interacción entre sí y el resultado contemporáneo es su distanciamiento cada vez mayor.

Cada uno de ellos ha conformado la constitución cultural de los sub-sistemas sociales de cuidado de la salud que aquí denominamos sistema sagrado y sistema secular y que, para fines de análisis, pueden asumirse como mutuamente excluyentes.²¹

²¹ Los sistemas mágico-empírico y científico actuales no son lo mismo que aquellos de la época colonial y el siglo pasado sino el resultado de su evolución. Podría postularse que en un principio ambos sistemas se asemejaban aunque el sistema "científico" de las primeras épocas aventajaba al sistema mágico por su creciente énfasis en la racionalidad y la experimentación.

La medicina española de los siglos XVI y XVII estaba básicamente alentada por los principios médicos griegos y medioevales, y desde el punto de vista actual, aparecería como una colección curiosa de supersticiones, creencias y postulados falsos que poco se diferenciaban de los principios mágicos.

Por otro lado, los sistemas de cuidado de la salud a que estos conjuntos de conocimientos y valores daban lugar, podrían ser respectivamente sagrados y seculares en su época, pero de acuerdo a cánones actuales, serían comportamientos básicamente sagrados.

En segundo término, el sistema de cuidado de la salud es dinámico, y está sujeto a cambio permanente. Cambio que se acelera positivamente a partir de la década de 1930.²²

En tercer término, el cambio acelerado dentro del sistema colombiano de cuidado de la salud está marcado característicamente por el reemplazo de valores y conducta sagrados por valores y conducta seculares, es decir, por la probable declinación del sistema sagrado y el auge del sistema secular. El cambio, además ha traído un conjunto de malajustes dentro del sistema.

Estos postulados básicos señalan entonces que el sistema requiere ser estudiado de acuerdo con varias modalidades. Específicamente - dos: por medio de un enfoque sincrónico (o estático) con el que se detecte su estructura actual, o por medio de un enfoque diacrónico (o dinámico).

²²Una investigación histórica centrada en las pautas de conducta relacionadas con la enfermedad y que parta desde el siglo XVI hasta llegar al presente, podría trazar los cambios que ha sufrido el sistema de cuidado de la salud y su ritmo. En otras palabras podría detectarse el ritmo lento con que los sistemas sagrado y secular evolucionaron desde la conquista hasta la tercera década del siglo XX, y el aceleramiento en la velocidad del cambio, -particularmente del sistema secular-, como consecuencia del cambio rápido que la sociedad colombiana, en general, ha venido sufriendo desde esa época. Cambio social que está representado por el paso de una economía predominante agrícola a una economía gradualmente diversificada, la introducción gradual de una tecnología moderna, la ruptura del aislamiento social y geográfico de grandes sectores rurales y pre-urbanos a través del desarrollo de medios de transporte, expansión de sistemas de comunicaciones e introducción de medios de comunicación de masas, los procesos acelerados de migración rural y urbana, y de urbanización con sus consecuentes cambios en la estructura de la familia, en el patrón de relaciones sociales, en la conducta política y religiosa de los colombianos, y los procesos de conflicto paralelos a todas estas alteraciones.

co) en que se detecten las estructuras o "estados" previos del sistema, y se predigan sus "estados" futuros tomando como punto de referencia - la estructura actual. El análisis transaccional constituye la respuesta metodológica a estas necesidades investigativas dado que facilita el análisis de la estructura macroscópica del sistema en uno o varios momentos del tiempo.

Para efectuar el análisis transaccional del sistema se requiere el cumplimiento de las siguientes operaciones:

- 1) Definición del sistema e identificación de sus sub-sistemas y sistemas-ambiente.
- 2) Descripción de su constitución cultural, es decir, de las prescripciones culturales y las tasas par de intercambio - que los actores consideran como "normales" y por las cuales rigen sus transacciones.
- 3) Descripción de los procesos de adaptación e integración, es decir, de las transacciones que se realizan entre los sub-sistemas, o entre el sistema y sus ambientes, y los posibles malajustes que resultan.
- 4) Descripción de la estructura directiva y ejecutiva del sistema.

A fin de cumplir estas operaciones, el análisis transaccional demanda la elaboración de una matriz en que se resuman; a) la constitución cultural del sistema; b) los sub-sistemas y c) las transacciones que se efectúan entre ellos. Tal matriz básica sería la siguiente en

este caso :

EL SISTEMA SOCIAL DEL CUIDADO DE LA SALUD EN COLOMBIA

JUGADORES DE ROL
COMO
"Productores"

Constitución Cultural
"Consumidores"

Constitución Cultural		Enfermo	Organización "Laica "	Organización "Profesional" (Especialistas - Auxiliares)
	Enfermo			
	Organización "Laica "			
	Organización (E.) "Profesional" (A.)			

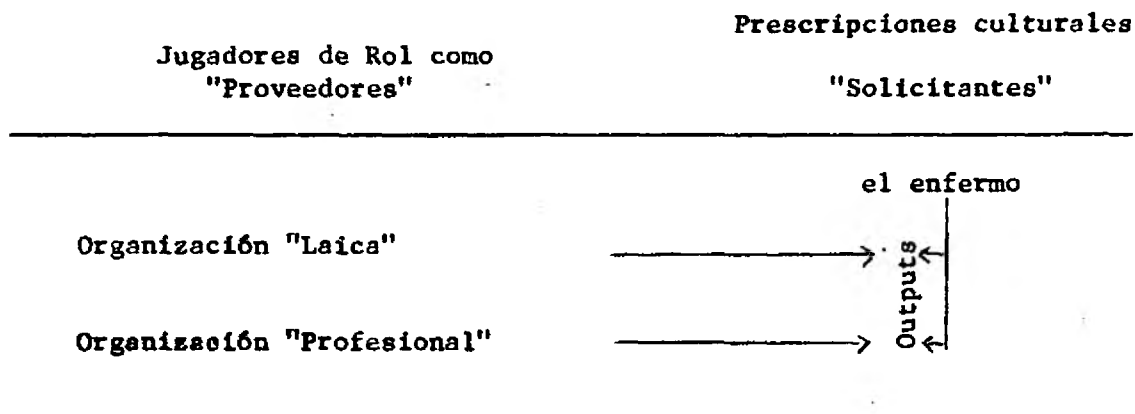
Nótese la característica central de la matriz: los jugadores de rol actúan en su doble papel de productores y consumidores para lo cual existen las correspondientes prescripciones culturales.

Ahora, dado que el modelo que se postula enseguida se concentra tan solo en 1) la descripción de la constitución cultural del sistema en forma general, 2) la identificación de los subsistemas, y 3) el esbozo de las transacciones centrales entre ellos sin intentar medirlas, se necesita solamente y por así decirlo, "llenar los encabezamientos" de la matriz. Sin embargo, y dado que algunas de las transacciones centrales entre los sub-sistemas también han de plantearse en forma general, no se requiere presentar detalladamente las normas y los valores culturales para cada subsistema como productor y como consumidor. Ya

que se busca examinar de modo global la forma en que los actores dan solución a uno de los problemas centrales del sistema --la búsqueda de salud--, la exposición de las prescripciones culturales puede simplificarse tomando al enfermo como consumidor o solicitante de servicios, y a los técnicos en salud como productores o proveedores de servicios de salud, y no referirse al doble aspecto de consumidores y -productores de cada uno de estos grupos de actores.

El esquema lógico básico para el planteamiento de las principales transacciones entre el enfermo y las organizaciones profesionales y laicas es, por tanto, el siguiente:

TRANSACCION ENTRE ENFERMO Y ORGANIZACIONES DEL SISTEMA DE SALUD



Nota sobre los Outputs Primarios que se Intercambian en la Transacción entre enfermos y Organizaciones Profesionales.

La transacción búsqueda de salud, en la cual se empeñan enfer-

mo y técnicos, esta regida por las definiciones culturales, y específicamente por una tasa de intercambio que la constitución cultural del sistema define como "normal".

Los outputs primarios que se intercambian son en general los siguientes:

El enfermo "produce" una dolencia --factores motivacionales presentes o nó--; en algunos casos posibilidad de contagio, angustia, y tensión --dependiendo esto de la gravedad y del tipo de entidad patológica, y del ajuste psicológico que posea--. En términos más generales, el enfermo "produce" un output de tipo biológico y psicológico. La producción de tal output le lleva a buscar o procurarse un conjunto de inputs del resto de jugadores de rol dentro de las organizaciones laicas y profesionales para el cuidado de la salud.

Por su parte, los restantes jugadores de rol también producen una serie de outputs de acuerdo con su estatus-rol dentro del sistema. El output es, en general, servicios.

La familia o los asociados "producen" sentimientos de solidaridad, apoyo, refuerzo y cuidado no-técnico al enfermo.

El especialista "produce" un diagnóstico, un método de cura, y

una gama de técnicas a utilizar en el caso de que sean requeridas. Los auxiliares, "producen" cuidado técnico como finalidad primordial, refuerzo y apoyo al paciente.

Objetivos Inmediatos del Modelo.

Llegados a este punto, nos encontramos en capacidad de proceder a elaborar el modelo conceptual del sistema de cuidado de la salud en Colombia. Como se advirtió inicialmente, el modelo se concentrará en esencia en la postulación de la constitución cultural del sistema, o sea, la presentación de los valores y normas que rigen sus subsistemas, y en el fenómeno del cambio que se está efectuando dentro de él. El énfasis en las prescripciones culturales servirá de base para la postulación de transacciones y procesos en etapas posteriores. En concreto, el modelo postulará primeramente las prescripciones culturales del llamado sub-sistema secular de cuidado de la salud. Examinará las reglas que gobiernan el comportamiento de la persona que enferma, y de los técnicos que conforman la organización "profesional", y esbozará las principales transacciones que se llevan a efecto entre estos y el enfermo. En segundo lugar, el modelo postulará las prescripciones culturales del llamado sistema sagrado de cuidado de la salud, y procederá en la misma forma que para el sistema secular.

Cada uno de estos sistemas se postulará en sus rasgos sobresa-

lientes, a modo de tipos ideales²³.

Finalmente, el modelo se referirá al proceso de cambio que está ocurriendo dentro del sistema, o sea la adopción de valores - seculares ante la enfermedad, en reemplazo de valores tradicionales y los problemas que se derivan del cambio.

²³ Los tipos ideales constituyen un recurso metodológico suministrado por Max Weber para el análisis de fenómenos sociales concretos. El tipo ideal es una descripción completa, generalizada y en abstracto de un determinado fenómeno social tal como sucedería de llevarse a efecto todas las normas sociales que lo caracterizan y todos los fines de los actores involucrados. La comparación del tipo construído de esta forma y el fenómeno social concreto a que se refiere señala la las diferencias entre esta acción postulada en abstracto, -idealmente-, y la acción concreta; a través del análisis de esta diferencia puede lograrse una comprensión precisa del fenómeno. El término "ideal" no tiene en este contexto una connotación normativa. La acción que se describe no representa por ningún motivo la norma, o el modelo por el cual debiera guiarse la acción concreta. "Ideal" se refiere a que la acción descrita constituye una abstracción.

Véanse Max Weber, Economía y Sociedad, (1922), México, Fondo de Cultura Económica, 1964, p. 6-8 y Hans Gerth y C. Wright Mills, From Max Weber: Essays in Sociology, New York, Oxford University Press, 1946, p. 55-61

SEGUNDA PARTE

EL SISTEMA SOCIAL DE CUIDADO DE LA SALUD EN COLOMBIA



EL SISTEMA SOCIAL DE CUIDADO DE LA SALUD EN COLOMBIA

El sistema social de cuidado de la salud en Colombia, un sub-sistema dentro del sistema social colombiano, constituye un conjunto de organizaciones de roles, que están regidas por los valores y concepciones de la naturaleza que priman en esta sociedad.

La constitución cultural del sistema señala que hay dos conjuntos fundamentales de valores que rigen el comportamiento de sus actores y sus organizaciones, se influyen mutuamente, están en cambio constante y en un momento dado producen la imagen de coexistencia. Si se introduce la idea de un continuum de valores y normas, es claro que en un polo puede encontrarse un conjunto de valores modernos --seculares-- respecto al comportamiento ante la enfermedad, influenciados por una concepción científica de la naturaleza y de los métodos para preservar la salud, y en el otro polo, un conjunto de valores tradicionales --sagrados-- paralelos a una concepción mágica o/y empírica de la naturaleza. A lo largo del continuum es posible detectar la influencia que cada uno de los dos conjuntos ejerce sobre el otro e incluso abstraer comportamientos típicos.

En último término, la existencia de estos dos conjuntos es paralela a los diferentes estadios de desarrollo económico y social que existen en nuestra sociedad. Los conjuntos de valores seculares y valores sagrados constituyen las prescripciones culturales de los dos -

grandes sub-sistemas del sistema, a saber, el sub-sistema secular y el sub-sistema sagrado.

Las organizaciones de rol básicas dentro de cada uno de ellos están dadas por : 1) el enfermo; 2) el grupo de asociados del enfermo, o a la organización laica; y 3) el grupo de "especialistas" en salud y sus auxiliares, o la organización "profesional".

Procedamos inmediatamente al análisis del sub-sistema secular, postulándolo a modo de tipo ideal*.

El Sistema Social Secular para el Cuidado de la Salud: Valores y Normas

El sistema social secular para el cuidado de la salud en Colombia involucra un conjunto de normas de diverso orden --técnicas o instrumentales, éticas, religiosas y legales-- paralelas a una concepción secular (cosmopolita) del mundo social y a un conocimiento y control avanzados de la naturaleza.

La base de este sistema de relaciones sociales lo constituyen las normas y los valores científicos y técnicos (contemporáneos) alrededor de los cuales giran y/o se adaptan valores éticos, religiosos y legales que adquieren una posición suigéneris.¹

*Para la explicación de este método, véase la página 42

¹Podría postularse inicialmente que los valores éticos, religiosos y legales del sistema se adaptan con posterioridad a la introducción de los valores científicos.

En otras palabras, las concepciones científicas de la enfermedad y la salud, y la aplicación de una tecnología médica sofisticada, constituyen el patrón para definir el comportamiento de los actores de este sistema incluyendo el del enfermo.

Esta afirmación implica referirse a las definiciones contemporáneas de salud y enfermedad en forma más explícita. Como ya se ha mencionado, desde el punto de vista científico actual, la enfermedad está definida como un sistema abierto y multicausado. La ciencia señala los factores reales que condicionan o hacen probable la enfermedad y los medios que garantizan el mantenimiento de la salud. Señala así mismo, con profundidad y extensión, la gama de enfermedades y las diferentes etapas de su formación, al mismo tiempo que suministra la posibilidad constante del progreso en el conocimiento.

El actor, dentro de este sistema social, es socializado de acuerdo con estas nociones. Por tanto, puede estar capacitado para identificar una condición de enfermedad o al menos para juzgar la presencia de síntomas tempranos como un peligro potencial, o para desarrollar actitudes preventivas. Al mismo tiempo, está consciente de los límites de sus conocimientos --su ignorancia relativa-- y de la necesidad de consulta a la persona que tiene el conocimiento científico, legítimamente adquirido.

Por otro lado, el desarrollo constante de las concepciones -

científicas y de la tecnología pueden llevar a restar énfasis a las concepciones puramente mágicas o/y religiosas de la enfermedad?² Como se postulará más adelante, la religión, en el sistema secular de cuidado de la salud parece jugar un papel secundario y parece que se - tiende a recurrir a ella la etapa en que la enfermedad ha avanzado y cuando en el proceso de reducción de la incapacidad se ha magnificado el elemento de incertidumbre.

Igualmente, el desarrollo y adopción constantes de las concepciones científicas de la enfermedad conllevan la tendencia a aumentar la responsabilidad del personal técnico por medio del refinamiento de códigos legales y éticos así como el desarrollo de organizaciones burocráticas complejas.

Veamos ahora como se comportan específicamente los actores de acuerdo con estas nociones lo que equivale a describir las definiciones del rol de enfermo y restantes actores dentro del sistema social secular para el cuidado de la salud.

²Debe anotarse desde el comienzo que el sistema secular no está completamente desprovisto de nociones mágicas o tradicionales en medicina. En la actualidad existe la tendencia a distinguir con agudeza conocimientos mágicos de conocimientos científicos, pero durante la época colonial e incluso hoy día existe influencia de los conocimientos mágicos o empíricos en la medicina científica. En último análisis el sistema secular ha representado la medicina española y el sistema a grado la medicina autóctona. Esto no quiere decir que, de acuerdo a cánones actuales, la medicina del siglo XVI y XVII fuera completamente científica.

El Comportamiento Secular del Enfermo.

Comencemos la formulación de las normas y expectativas que rigen la conducta del enfermo dentro del sistema secular por la etapa de experimentación de síntomas.

En primer término, el actor presta atención tanto a los periodos prepatogénico como patogénico de la enfermedad, y desarrolla medidas preventivas acordes. Puede decirse más explícitamente, que el actor está capacitado para percibir y definir la enfermedad en la etapa de patogénesis temprana o/y haber desarrollado medidas preventivas eficaces en el periodo prepatogénico.

Una vez que un conjunto de síntomas se ha definido como una enfermedad en potencia, entran a funcionar las siguientes normas.

Como primera medida, se tiende a eximir en la etapa de patogénesis temprana del desempeño de papeles sociales. La enfermedad, o su perspectiva, se considera como un acontecimiento que pone en peligro inmediatamente y a la larga el normal funcionamiento del desempeño de roles, y como una entidad que debe atacarse con toda prontitud. El actor que ha internalizado valores seculares se guía tanto por los primeros síntomas como por una idea preventiva y no da un margen alto de espera al desarrollo de la enfermedad.

De acuerdo con el conjunto de valores seculares, el grado de -

legitimización que se le da a la enfermedad es completo. La legitimización, como se ha expuesto, depende de la concepción de la enfermedad y de los factores que la producen. Por regla general, se considera - que la enfermedad es causada por una acción involuntaria del individuo, que se ha prevenido al máximo su ocurrencia, o que hay ciertas dolencias respecto a las cuales no puede hacer nada la ciencia--lo único quizás, identificarlas, o proveer un paliativo para ellas-- y que, por tanto, la exención de roles es legítima. Sobra recalcar que en esto juega un papel clave la importancia que se le da a las definiciones científicas de la enfermedad.

Al legitimarse una condición de morbilidad, el enfermo y sus asociados cuentan con una comprensión de los factores que causan la enfermedad pero al mismo tiempo saben que no están capacitados para curarla, y que aquella debe dejarse en manos del médico. Y esta constituye la tercera norma fundamental: debe buscarse ayuda del especialista secular.

Supóngase ahora que el enfermo ha sido puesto en manos del médico y su cuerpo de auxiliares, y que un proceso de curación se está efectuando. La norma generalizada es exigir que el enfermo coopere en el proceso y que se comporte de acuerdo con las normas explícitas que el médico ha puesto en juego.

De la etapa de curación, o de limitación de la incapacidad - puede seguir uno de dos obvios resultados: rehabilitación o muerte.

Las reglas o definiciones seculares del rol de enfermo prescriben que a este se le debe preparar psicológicamente para el evento de recobrar parcial o totalmente la salud por medio de la insistencia en la calidad temporal de la enfermedad, la confianza en los recursos científicos y en las oportunidades que presenta la vida en el "grupo - sano".

Se activan todos los recursos tanto del individuo y sus asociados, como de los técnicos a fin de que la duración de la dolencia sea corta, y el proceso de curación y rehabilitación sea tan exitoso como las posibilidades lo permitan. Sin embargo, en muchos casos - existe la posibilidad de la muerte. La conducta del individuo ante esta circunstancia, también es normada culturalmente. Aunque en este caso, prescripciones racionales de conducta no suministran una respuesta adecuada al sufrimiento y la tensión que se desarrollan paralelamente con aquel tipo de enfermedad cuyo pronóstico es muy reservado. Desde el punto de vista del cuidado técnico, se ponen en uso recursos que garanticen al menos una disminución del dolor, el sufrimiento y la tensión. A nivel de cooperación de la familia o los asociados, se desarrollan mecanismos para restar énfasis al problema, así como desde el punto de vista del paciente, se desarrollan mecanismos que lleven a una sub-valoración de los chances de la muerte, y a una sobrevaloración de los chances de recuperación. Obviamente, en este momento, la situación no puede manejarse del todo de acuerdo con normas científicas. Dentro del sistema de valores seculares, ante estas circunstancias, entra a jugar un papel de importancia otro tipo de valores.

Específicamente, los valores religiosos como mecanismos de compensación.

Finalmente, ante la eventualidad de la muerte, existe la norma de restar énfasis a las reacciones emocionales, y adaptarse prontamente a la nueva situación.

Hasta aquí la descripción del comportamiento del enfermo.

El siguiente paso a considerarse es el comportamiento del grupo de asociados (u organización laica), en especial la familia.

Muchas de las pautas de conducta están necesariamente implícitas en la consideración del comportamiento del enfermo, y no requieren re-elaboración. Cabe destacar no obstante, que ante la inminencia de una enfermedad, la familia desarrolla sentimientos de solidaridad, y pone en juego las normas de conducta que ante la enfermedad prescribe el sistema secular de cuidado de la salud: exime del desempeño de papeles sociales del enfermo, legitima en primera instancia la condición que le aflige, y paralelamente da "los primeros auxilios" así como promueve la búsqueda de ayuda técnica secular. Finalmente exhorta al enfermo para que coopere en el proceso curativo indicado por el médico, de acuerdo a las reglas que aquel impone.

Como se ha dicho, cuando el enfermo busca ayuda técnica, se

pone en contacto con la organización "profesional" o formal para el cuidado de la salud. Este hecho sitúa el modelo en el análisis de los roles de los actores pertinentes, y de los valores que rigen la organización profesional secular en sí. *

La Organización Profesional Secular: Valores, Roles y Transacciones.

La organización profesional secular para el cuidado de la salud implica un conjunto de roles regidos por valores y normas precisos de comportamiento, que a su vez ejercen influencia fundamental para la caracterización de nuestro sistema de cuidado de la salud en general.

Concentrémonos primeramente en los valores que rigen la organización profesional secular. De un modo simplificado, tales valores son el énfasis en la medicina científica y en el ejercicio racional de la profesión. Lo que implica, por un lado, una actitud abierta al progreso científico, a la adopción constante de innovaciones³, y por el otro, la preparación de sus miembros de acuerdo con cánones científicos rigurosos. Sobre estos valores, en general, existe consenso.

*Debe recordarse que el objetivo de esta sección no es describir la organización profesional como tal sino los valores y normas que la gobiernan.

³Fenómeno que aparentemente se ha acrecentado a partir de la mitad del siglo. Véase Ministerio de Salud y ASCOFAME, "La Profesión Médica", Estudio de Recursos Humanos para la Salud, Bogotá, Canal Ramírez, Antares, 1968, p. 13.

Existe al mismo tiempo un conjunto de valores relacionados con el ejercicio de la práctica médica, que son también fundamentales para el comportamiento de los miembros de la organización y que inciden en la conducta del actor ante la enfermedad. Hoy día la organización profesional secular en Colombia está orientada por dos modalidades de ejercicio de la medicina: la práctica privada o independiente y la práctica en corporación.⁴ La primera de ellas, de amplia prevalencia, representa los valores corrientes desde la época de la colonia⁵, y se basa en la concepción tradicional de las profesiones liberales. Idealmente está orientada a brindar servicios de salud a toda persona que los solicite pero en la práctica enfrenta la barrera estructural de la escasa capacidad económica de un gran núcleo de la población para comprarlos.

En las tres últimas décadas se ha desarrollado la tendencia hacia el ejercicio en corporaciones u organizaciones, especialmente aquellas sufragadas en parte por el estado y en parte por sistemas de se-

⁴Práctica en Corporación se refiere en este trabajo, al ejercicio de la medicina dentro de una organización para el cuidado de la salud adonde el médico presta sus servicios en base a un salario determinado.

Las organizaciones pueden ser privadas o públicas.

⁵Véase la obra de Rafael Martínez Briceño y Guillermo Hernández de Alba, Historia de la Medicina Colombiana, Bogotá, Biblioteca Schering de Cultura Colombiana, 1966, p. 98 y siguientes.

guridad social⁶. Tal tipo de práctica ha coexistido con la privada, y el debate sobre si ésta ha de superar a aquella, coexistir, o desaparecer continúa. Pero básicamente, representa un conjunto de valores distinto al que orienta la práctica privada y sus objetivos ideales son la promoción de servicios médicos a la población que enferma y no tiene la capacidad económica para pagarlos*, así como poner en manos del médico recursos humanos y tecnológicos que de otro modo serían de difícil adquisición.

La identificación de estos valores fundamentales es básica para la comprensión de la organización profesional, y de los roles que ella implica.

⁶Los servicios de cuidado de la salud prestados por el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (ICSS) y la Caja Nacional de Previsión son ejemplos de este tipo de práctica. El movimiento hacia la cobertura del riesgo de enfermedad ocupacional y no-ocupacional, por medio de un sistema de seguridad social, se inicia a principios de siglo en Colombia. Se legitima, sin embargo, en 1.946 por medio de la ley 90 de ese año, con la que se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales. (Recientemente tal organismo ha sido reorganizado --Ley 20 de 1.970). Cf. Andrés Soriano, "Recuento Histórico del Instituto Colombiano de Seguros Sociales", en Adolfo DeFrancisco Zea, ICSS, Informe del Director General, 1.967-69, pp. 115-119, y República de Colombia, Una política de Seguridad Social, Documento presentado por el Gobierno Colombiano a la 56a. Conferencia de la OIT, Ginebra, 1.971 pp. 7-14 y 27-53.

*Véase el Estudio de Recursos Humanos para la Salud, op. cit.; especialmente las secciones sobre atención médica, recursos institucionales, recursos económicos, gastos en atención médica.

Un aspecto básico de la organización profesional secular es el proceso de burocratización⁷, que ha experimentado, ya la práctica sea privada o en corporación. Con la rápida división del trabajo médico, y la consecuente especialización y compartamentalización del conocimiento, la adopción de una tecnología moderna y costosa, se ha desarrollado el ejercicio burocrático de la medicina, y desde luego, se han multiplicado las organizaciones burocráticas para el cuidado de la salud. Tales organizaciones se hacen cada día más complejas en sus metas, funciones, papeles de sus actores, jerarquías y niveles de autoridad. Junto al médico, aparece un conjunto de actores auxiliares cuyas expectativas de comportamiento están diseñadas con rigor: enfermeras, laboratoristas, técnicos en instrumentos, y toda una gama de papeles adyacentes.

⁷Sociológicamente, el proceso de burocratización es aquel por el cual se desarrollan organizaciones cuya legitimidad "descansa en la creencia en la legalidad de ordenaciones estatuidas y en los derechos de mando de los llamados por esas ordenaciones a ejercer la autoridad", en contraposición a aquellas organizaciones en que la legitimidad descansa en la creencia, en la tradición, o en la creencia en el carisma del líder. Weber, op.cit., p. 172.

Las organizaciones burocráticas --típicas de la época moderna-- son aquellas que están legitimadas en base a un derecho estatuido de modo racional y están regidas por reglas abstractas. Además, aquellas en que la persona que está a la cabeza, en la medida en que ordena y manda, obedece un orden impersonal (legal) por el que orienta sus disposiciones; en que hay un cuerpo de funcionarios dentro de una jerarquía (o sistema de distribución escalonada de poder), con competencias rigurosamente fijadas y en que dichos funcionarios llegan a sus posiciones por medio de calificación profesional, son retribuidos en dinero con sueldos fijos, trabajan en completa separación de los medios administrativos y sin apropiación del cargo, tienen ante sí una "carrera" o perspectivas de avance de acuerdo a años de ejercicio, y están sometidos a disciplina y vigilancia administrativas. Max Weber, Economía y Sociedad, México Fondo de Cultura Económica, 1.964 pp.173-178, y Robert K. Merton, Teoría y Estructuras Sociales, México, Fondo de Cultura Económica, 1.964, pp.202-204.

Al considerar el ejercicio de la profesión médica y las profesiones auxiliares dentro del sistema secular se requiere considerar - también, aunque sea de un modo breve, el imponentísimo aspecto del control social formal en la práctica médica.

Dado que la organización profesional es compleja y que hay un conjunto de responsabilidades centradas en la solución de los problemas de salud que enfrenta el individuo, se ha desarrollado un conjunto de normas legales cuyo fin es proteger tanto al paciente como al médico, estableciendo los límites de la responsabilidad de cada uno de los actores⁸.

⁸Esta tendencia empieza a desarrollarse desde la época de la colonia. Prominentes son los esfuerzos de los gobernantes españoles durante - los siglos XVII y XVIII por establecer cátedras médicas y asegurar - que las personas dedicadas a la medicina demostraran idoneidad. Cf. Martínez y Hernández de Alba, op. cit., pp. 110-111. Prominentes también, son los esfuerzos del Arzobispo Fray Cristóbal de Torres por - establecer controles para el ejercicio de la medicina, empezando por el requisito de obtener licencia con base en estudios realizados en centros académicos

reconocidos por las autoridades. Cf. Fray Cristóbal de Torres, "Constituciones del Colegio Mayor del Rosario", Madrid, 1667, citado por Martínez y Hernández de Alba, ibid., p. 112.

Son de mencionar los esfuerzos del sabio Mutis por establecer controles para el ejercicio excelso de la medicina y para la protección de salud pública.

Entre los numerosos documentos de Mutis en este sentido puede citarse la carta al virrey, fechada en Santa Fé el 10. de Agosto de 1797, en la que rechaza a un candidato al Protomedicato al Nuevo Reino de Granada debido a su falta de competencia para desempeñar el cargo, y en que resalta la necesidad de "refrenar el abuso de médicos intrusos que, con notable detrimento de la salud pública y a veces protegidos por el capricho del vulgo que no sabe discernir, se atreven a circular estas ciudades:...". Cf. Jose Celestino Mutis, carta al Virrey, 10. de Agosto de 1797, citado por Martínez y Fernández de Alba, ibid., pp. 127-130, esp. p. 129.

Debe citarse así mismo el Plan de Estudios para el Nuevo Reino de -

(Continúa en la página siguiente)

La existencia de estos códigos señala que en la transacción médico-paciente hay controles sociales explícitos y formales, con sanciones positivas y negativas previstas por normas legales en contraposición a la transacción paciente "especialista" tradicional, en que las sanciones y control social se ejercen a nivel de relaciones primarias.

Analicemos ahora el rol de médico, haciendo a un lado el tipo de práctica que desarrolla pero como miembro del sistema profesional secular para el cuidado de la salud y las pautas de conducta que rigen su comportamiento en relación con el paciente.

§ Granada elaborado por Mutis junto con el fiscal Francisco Antonio Moreno y Escandón y el Arzobispo Virrey Caballero y Góngora (1802). En lo que pudiera llamarse la "exposición de motivos" (Carta de Mutis al Virrey, Santafé. Junio 3 de 1801), puede leerse lo siguiente, entre otros apartes de gran interés para el punto que estamos examinando:

... principalmente en este decenio, por la residencia de otros dos profesores,.... con otros subalternos de buena conducta, - se han mantenido bien asistidos los señores Virreyes, arzobispo, tribunales, cabildos, comunidades y personas principales sin haber pensado reclamar la necesidad de médicos más sobresalientes. Mas como el resto de la población de la capital y - sus provincias no puede gozar igualmente de tan escaso beneficio, es necesario confesar que padece mucho la humanidad en todo el reino, donde se halla expuesta y realmente acometida de los insultos de los curanderos, charlatanes y viejas. Por más conocida y llorada que haya sido esta general calamidad, subsistirá siempre que no se aplique el remedio de la enseñanza pública.

Siendo esta la época mas oportuna para que lleguen los clamores de estos amados vasallos hasta los pies del soberano, es necesario declarar que la capital carece todavía de un competente número de médicos y cirujanos como lo exige la numerosa población en el día. y podrá exigirlos más adelante por la inevitable falta de los presentes (el subrayado es nuestro).

Cf. José Celestino Mutis, Carta al Virrey, 3 de Junio de 1801, citado por Martínez y Hernández de Alba, Ibid ,pp. 134-168, esp. pp. 139-140

El Rol de Médico o Especialista Secular.

Dentro del sistema secular, el rol de médico pertenece a la categoría de roles profesionales, una sub-clase de la categoría más incluyente de roles ocupacionales. Los valores del sistema señalan que dentro de la sociedad global el médico es el único actor legítimamente capacitado para el diagnóstico y la curación de la enfermedad dados su conocimiento científico y su preparación técnica. Para ello el médico debe tener un entrenamiento extensivo y debe haber internalizado un comportamiento especial para entrar en relación con sus pacientes. Los valores del sistema señalan además los campos de acción del médico y los requisitos para dedicarse a ellos.

El rol de médico como tal ha existido en nuestra sociedad desde la época de la conquista. Los cronistas de diversas épocas señalan su presencia en el Nuevo Reino de Granada así como los esfuerzos constantes de la Corona Española por elevar el número de médicos para atender las crecientes necesidades de salud de la población¹⁰ y sofisticar los criterios para la educación y el ejercicio de la medicina.

Las prescripciones de este papel han cambiado durante el transcurso de los cuatro siglos y medio de la historia de la nación hasta

¹⁰Martínez y Hernández de Alba, op. cit., pp. 99-110, y Andrés Soriano, La Medicina en el Nuevo Reino de Granada, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1966.

llegar a las definiciones actuales de este papel dentro del sistema secular, y desde luego, los avances científicos en la definición del rol han tenido gran influencia.

El rol contemporáneo de médico en Colombia es diversificado. El médico está dejando de ser primordialmente un generalista para convertirse en un especialista¹¹. Su preparación ha desplazado su foco de atención de la escuela francesa a la escuela norte-americana¹². Se requiere un mayor énfasis en la investigación científica, la medicina preventiva y la instrucción práctica con énfasis en el adiestramiento individual.

Existe un conjunto de valores que caracterizan el ejercicio de la práctica médica y que son válidos no solamente para el médico -

¹¹En el estudio sobre la profesión médica en Colombia se indica que de los médicos censados en 1.965, "solo el 27% tienen una actividad tan variada que justifique el calificativo de medicina general; la gran mayoría restante considera que su actividad profesional está principalmente en una de las especialidades". ASCOFAME, op. cit. p. 37.

¹²En este sentido, el Estudio de Recursos Humanos para la Salud, indica que a partir de 1950 hubo un vuelco total en la instrucción médica de estudios premédicos asistemáticos se pasó a estudios premédicos formales; de una escasa o inexistente enseñanza de principios de medicina preventiva se pasó a enseñanza con énfasis en medicina preventiva y social; de la gran extensión de programas de anatomía macroscópica se llegó a una enseñanza equilibrada de las ciencias médicas básicas; la practicanía reemplazó la enseñanza clínica con amplio contenido teórico; del énfasis en la enseñanza de valores para la atención individual y humanizada de los enfermos, se pasó a la orientación de la enfermedad dentro del ámbito del hospital universitario; el internado rotatorio reemplazó el internado generalmente especializado y, finalmente, la literatura médica inglesa proveniente de la educación médica flexneriana reemplazó a la literatura médica francesa anterior a la II Guerra Mundial, ASCOFAME, op. cit. p. 13

sino también para el personal auxiliar¹³. Esos valores, en términos de variables-patrón¹⁴ son logro, universalismo, especificidad funcional y neutralidad afectiva.

¹³Esta sección se basa en general en los planteamientos del sociólogo norteamericano Talcott Parsons-respecto a la práctica médica moderna. Cf. T. Parsons, The Social System, New York, the Free Press, 1968, pp. 428-479.

¹⁴Las llamadas variables-patrón o alternativas de orientación en la acción social constituyen un concepto básico en la teoría de Parsons en The Social System, op. cit. pp. 58-67. Parsons indica que los actores de un grupo o sociedad, cuando entran en interacción con otros actores, juegan roles y se orientan hacia esos otros actores de acuerdo a alternativas básicas de selección de su acción.

Una variable patrón o alternativa de orientación representa una dicotomía de comportamientos. El actor debe seleccionar una de las dos caras, o alternativas, que la situación le presenta antes de que esta tenga significado y antes de que pueda actuar con respecto a ella. Tales alternativas definen el carácter de la relación o transacción de un actor con otro. Constituyen la esencia del patrón o marco que produce la relación, más bien que su contenido.

Las alternativas de orientación sirven para categorizar la orientación de los actores de un sistema social así como el patrón de relaciones en un sistema social.

Las alternativas de orientación están dadas por cuatro dilemas básicos que surgen en la acción social cuando se trata de formar una actitud hacia objetos sociales o actores, o cuando se trata de categorizarlos.

Tales dilemas son, en relación a la actitud hacia los actores:

A. El dilema de gratificación inmediata o disciplina, que da origen a una de dos orientaciones: afectividad o neutralidad afectiva. En el caso de afectividad, el actor escoge la obtención de gratificación inmediata; en el segundo, el actor decide controlar sus reacciones en vista de consideraciones a largo plazo. (La afectividad es el componente básico de las relaciones primarias. La neutralidad afectiva, de las relaciones secundarias).

B. El problema de la cantidad de interés hacia el actor. Esto da origen a especificidad funcional, o a difusión de interés o generalidad. Es decir, se tiene un interés específico en el actor, o en un aspecto único de su conducta o se tienen en cuenta muchos aspectos de su vida.

(Por ejemplo, cuando el actor despliega una orientación específica hacia una vendedora, se limita a la compra del objeto que ella ofrece; si despliega una orientación difusa, se interesa además por su biografía, su esquema sentimental, sus actividades ocupacionales, recreativas, etc.) (Continúa en página siguiente).

Dentro de nuestro sistema secular, al igual que en sociedades predominantemente industriales, es inevitable que para ejercer el rol se deba obtener una preparación sistemática y que haya criterios rigurosos para el ejercicio profesional. Esto puede implicar el desarrollo de una orientación hacia el logro. La necesidad de ella y no de una orientación particularista de estatus constituye una respuesta al hecho de que la práctica médica está organizándose cada vez más sobre la base de la aplicación de conocimiento científico por personal técnico competente. Para alcanzar estos niveles de entrenamiento técnico y competencia se requiere de un sistema de relaciones sociales que se base en normas generales, impersonales, y que permita criterios de selección y desempeño.

Si el sistema estuviera basado en el estatus adscrito de la persona, o se heredara, los criterios de selección se alterarían drásticamente y la finalidad principal de la práctica del médico se vería

En relación con los criterios para categorizar actores, los dilemas son:

C. El dilema de catalogar a una persona bajo algún principio general en que no hay referencia a uno mismo, (o sea, guiarse por normas generales, aplicables a todo el mundo), o catalogar a una persona de acuerdo a las relaciones particulares en que la persona o actor se halla en relación con uno mismo. Esto da origen a las alternativas de universalismo o particularismo.

D. El dilema de categorizar al actor de acuerdo con el estatus adscrito que tenga, o sea, a la luz de lo que es (sus cualidades supuestas), o de acuerdo con lo que realice (su estatus adquirido). Esto da pie para la orientación por estatus adscrito o cualidad, o por estatus adquirido o por logro o actuación.

Las variables patrón, o alternativas de orientación, son los componentes básicos en las expectativas de rol.

amenazada.

El universalismo en el papel de especialista secular y sus auxiliares tiene otro significado. Existe siempre la tendencia a asimilar o introducir el médico en la red de relaciones personales en que el paciente se halla colocado, lo que constituye un aspecto bastante apartado del trabajo técnico que debe llevarse a cabo. En la medida en que el papel puede definirse en términos inequívocamente universalistas, es decir, de acuerdo a normas o criterios aplicables a todo el mundo, hay una garantía contra tal asimilación, y a favor del trabajo técnico de diagnóstico y curación.

Este aspecto del universalismo en la definición del rol de médico está íntimamente ligado con las alternativas de especificidad funcional y neutralidad afectiva. La especificidad funcional se refiere en este contexto a que el médico es un experto especializado a profundidad en un campo específicamente definido, y no un individuo de "sabiduría" generalizada o un dilettante. Se refiere también a que el médico tiene un campo legítimo de preocupación, es decir, la enfermedad concreta de una persona, en una situación concreta, y no otros aspectos de la vida del paciente.¹⁵

¹⁵ No quiere decir esto, que el médico no tenga en cuenta para su diagnóstico el complejo de causas posibles que pueden estar incidiendo en la enfermedad de un individuo. Pero sí, que la relación del médico con su paciente se concreta al tratamiento de la enfermedad y no a "ir de compras con el paciente", por ejemplo. Por otro lado, todos los aspectos de la vida de una persona se constituyen en objeto específico de una relación médico-paciente cuando se trata del tratamiento de tipo psicoanalítico. Véase Parsons, The Social System, ibid.

Por tanto el rasgo de especificidad funcional cumple la doble función de delimitar, 1) el campo de acción del médico de modo que sea manejable y que la capacidad o competencia no se destruya por expandirse en exceso o superficialmente, y 2) definir la relación con los pacientes de modo que solo un aspecto de su vida se tenga en cuenta, que dicha relación sea regulada en ciertas formas, y que ciertas disrupciones puedan controlarse adecuadamente, o excluirse.

La especificidad funcional permite también disminuir ansiedades sobre ciertos privilegios que la relación médico-paciente conlleva, --como por ejemplo, el examen corporal, o/y el acceso a la vida privada del paciente--, y permite segregar hasta un punto razonable los aspectos profesional y no-profesional de la vida del médico. Este papel de la funcionalidad específica se conjuga aquí con la expectativa de neutralidad afectiva.

La neutralidad afectiva o relación de tipo secundario, le permite al médico analizar el problema de salud que enfrenta en cada caso en forma objetiva, al mismo tiempo que le capacita para definir como ilegítimas ciertas reacciones emocionales que pueden poner en peligro el trabajo técnico que se ha de realizar.

En resumen, la continuación de universalismo, especificidad funcional, y neutralidad afectiva permite al médico penetrar lo suficientemente dentro de los "asuntos privados" de la vida del paciente a fin de llevar a cabo su acción, sin necesidad de comprometerse él mis-

mo, ni el paciente. Al definir el rol en esta forma es posible minimizar las resistencias que de otro modo podrían ser fatales en la realización del trabajo técnico. Hay aquí, entonces, una protección tanto para el médico como para el paciente. De lo contrario, la relación se entraba si en vez de solicitarle al médico un diagnóstico, se le pide que no se entrometa en asuntos privados, o al contrario que lo haga en una forma total, que en vez de médico se convierta en un padre, por ejemplo, o en un enemigo.

Constituyen estos, pues, algunos de los aspectos más importantes del rol de médico dentro del sistema secular.

Como se indicó inicialmente, los roles de otros actores deben ser especificados. Ya se señaló que la organización formal secular trae consigo la especialización de funciones y que al igual que el rol de médico, los roles de los actores adyacentes están regidos cada vez más por los valores de tal organización. Del grupo de técnicos auxiliares, los dos roles más importantes que pueden ser objeto de análisis, por el momento, son aquellos de la enfermera y el droguista.

La Enfermera.

Aunque dentro del sistema profesional de cuidado secular de la salud, el médico es el actor que cuenta con el mayor número de responsabilidades, el personal auxiliar es necesario para la labor de cuidar de la salud del enfermo.

El rol de enfermera es necesariamente complementario del rol de médico.

El médico es funcionalmente específico para el cuidado del enfermo en el sentido ya estudiado de producir un diagnóstico y un tipo de tratamiento. Por su parte, la enfermera realiza actividades que facilitan el trabajo técnico. Para el desempeño de la enfermería, dentro del sistema secular de cuidado de la salud, existe hoy día la tendencia hacia una preparación técnica, basada en criterios de logro y regida por reglas estrictas.

El código cultural del sistema secular indica que la enfermera, debe guiarse por una orientación universalista, debe ser funcionalmente específica, y neutralmente afectiva, en el sentido de proveer cuidado al enfermo, y apoyo o solidaridad dentro de ciertos límites emotivos que no impidan el desarrollo de la labor técnica.

El Droguista.

Dentro del sistema secular de cuidado de la salud, el droguista realiza también una tarea complementaria a la del médico, pero en un sentido más restringido que aquella de la enfermera.

Por un lado, su labor idealmente debe concretarse al expendio de drogas de acuerdo con las prescripciones del médico, y a transmitir al enfermo que las demanda las instrucciones necesarias para su adminis

tración. Con este fin, se han desarrollado códigos específicos que prescriben que el droguista debe limitarse a esta tarea, y al mismo tiempo proscriben la venta de drogas al arbitrio del enfermo, consejos sobre drogas o tratamiento, y en el caso más extremo, diagnóstico o ejecución de un tratamiento.¹⁶

Por otro lado, el droguista no está en relación ni comunicación directa con el médico. El droguista, aunque pertenece al sistema profesional de cuidado secular de la salud, participa también en el sistema de distribución de bienes de la sociedad y su orientación es a la vez comercial. Además su preparación se hace generalmente dentro de normas del sistema tradicional de cuidado de la salud. En este sentido, los droguistas constituyen un sub-sistema del sistema secular - con cierto grado de autonomía.

A esta altura de la exposición y habiendo examinado las definiciones de los roles de los actores principales del sistema secular de cuidado de la salud, se pueden dilucidar algunos aspectos sobresalientes de la transacción del paciente con el especialista secular y con otros actores de esta organización.

¹⁶ La legislación colombiana explícitamente regula estos aspectos por medio del decreto 1950 de 1964, y la Ley 47 de 1967 que prescriben, respectivamente, que toda droguería debe contar con un farmacéuta residente, y que las drogas deben venderse únicamente si se presenta fórmula médica.

Aspectos Sobresalientes de la Transacción entre Paciente y
Especialista Secular.

Al comienzo debe indicarse que la transacción se caracteriza por una relativa congruencia en el comportamiento del paciente y el especialista¹⁷. La transacción se realiza en un lenguaje que es inteligible para cada una de las partes y en una situación en que se conocen los outputs que se van a buscar y otorgar y en que se ponen en juego mecanismo de control social de acuerdo con las prescripciones - del sistema.

Cuando el enfermo secular busca ayuda ante un problema de salud es posible que espere encontrar en el médico una orientación universalista, específica y neutralmente afectiva y que el médico posiblemente espere que su paciente se guíe por estos valores.

El Paciente.

Las expectativas que despliega el paciente, como se ha visto, están basadas en los valores que infunde el sistema.

¹⁷ Debería anotarse, sin embargo, que el sistema secular es congruente tan solo en abstracto. Ya que los valores del sistema han estado evolucionando es de suponer que los actores del sistema, socializados en diversas épocas, presentan comportamientos diversos. Por ejemplo, enfermos socializados de acuerdo a normas seculares vigentes a principios de siglo diferirán de los actores socializados según normas y valores seculares de mitad del siglo. Cosa semejante debe ocurrir con el cuerpo de profesionales y las organizaciones médicas.

En primer término, el paciente se limita o da prioridad a la enfermedad y no a otros aspectos de su vida. Informa al médico sobre lo que ha estado experimentando, coopera con sus preguntas, suministra - datos que pueden ser de importancia, se somete a las pruebas que orde ne, al dictamen y al tratamiento que sugiera. Básicamente, el pacien te renuncia a su libertad de tratamiento para ponerse en "manos del mé dico".

El Médico.

Se ha dicho ya que el rol de médico se centra en la responsabilidad del bienestar del paciente en el sentido de prevenir una enfermedad, o de facilitar su recuperación. Con este fin el médico despliega orientaciones de universalismo, especificidad funcional y neutralidad afectiva; además pone en juego todas las normas técnicas para el ejercicio de su labor. Guiado por ellas, se concentra en la indagación de síntomas, en la explicación del método de curación o cursos de acción posibles y las implicaciones que la enfermedad y la terapia pueden tener.

La transacción entre el paciente y el médico es relativamente congruente. Sin embargo, existen complicaciones o malajustes ya que el paciente enfrenta reacciones afectivas (el sufrimiento, la perspectiva de invalidez y el riesgo de muerte), que no pueden ser manejados desde un plano racional. El médico, por su parte, guiado por sus orientaciones de neutralidad afectiva, especificidad funcional y universa -

lismo tiende a hacer a un lado el conjunto de reacciones emocionales de los pacientes y sus asociados, pero aunque estas orientaciones minimizan sus reacciones afectivas, no necesariamente lo inmunizan.

La práctica médica en realidad representa el caso en que el conocimiento, y los recursos científicos así como la destreza en el oficio no son suficientes, en algunas oportunidades, para resolver un problema dado de salud. Por ejemplo, en la situación en que un diagnóstico técnico y competente lleva a la conclusión de que la enfermedad es incontrolable. El malajuste común es el de frustración por parte del médico y privación por parte del paciente.

Dichos malajustes adquieren significado especial a causa de la magnitud de los intereses en juego. El paciente y su familia colocan un alto grado de carga emotiva en lo que el médico hace y en la forma en que el diagnóstico y la prognosis van a clarificar la situación. El médico, en cuyas manos está el resultado, no puede evitar el estar expuesto a estas tensiones emotivas.

Es también esta una situación en que el elemento de incertidumbre es parte integrante del proceso de curación de la enfermedad y que paradójicamente obedece al grado de avance de la ciencia y a la interacción de los múltiples factores causales de una dolencia. Como en muchas situaciones prácticas algunos de estos factores pueden haber sido captados, otros no, debido a múltiples razones.

Estos dos factores hacen que, en general, se incremente el elemento de tensión en la relación médico-paciente, se originen malajustes, y que en última instancia la transacción sea congruente tan solo en abstracto.

La Transacción Enfermo-Droguista.

Otra de las transacciones sobresalientes entre actores del sistema secular es aquella que se efectúa entre el enfermo y el droguista.

El enfermo de comportamiento secular cuenta con expectativas - que le han sido dadas por este sistema de valores, y por tanto, no exige determinados comportamientos del droguista. Por ejemplo, se inhibe de solicitar consejo o ayuda en la mayoría de los casos. Al mismo tiempo, espera que el farmacéuta sea un experto en su campo cuando se trata de adquirir los remedios prescritos por el especialista secular.

El droguista, por su parte, no espera tampoco que un enfermo - de conducta predominante secular le solicite ayuda médica. Cuando - esto acontece, solo la da dentro de los límites que los códigos y control social se lo permiten.

El Sistema Secular: Visión Global

Al llegar a este punto, puede darse fin a la presentación del

tipo ideal del sistema secular para el cuidado de la salud en Colombia.

Se ha hecho referencia al tipo de conocimiento y a los conjuntos fundamentales de valores y normas que lo rigen, es decir, a las prescripciones que gobiernan el comportamiento del enfermo, y el médico y su personal auxiliar en la labor de prevenir y tratar la enfermedad. Igualmente, se ha hecho mención a las características de la organización profesional para el cuidado de la salud, en particular los valores que la rigen. Finalmente, se han presentado a modo de esbozo, las transacciones entre el enfermo y el médico, y entre el enfermo y el droguista como actores principales.

A esta altura del trabajo, parece conveniente dar una visión global de las características primordiales del sistema secular.

En términos breves, el sistema da prevalencia a concepciones científicas de la enfermedad, su causalidad y su tratamiento, así como a valores y normas de comportamiento racionales. La persona que enferma se guía por normas y valores eminentemente racionales, y los actores a cuyo cargo está el cuidado de la salud ponen en práctica conocimientos científicos y normas racionales para que, en conjunto, y en lo posible, se obtenga una pronta recuperación del estado patológico. Por otro lado, las organizaciones profesionales del sistema, se rigen por cánones técnicos, legales y éticos cada vez más rigurosos.

En abstracto, el sistema es congruente, o en otros términos, puede presumirse que dada la regulación del comportamiento tanto del enfermo como de las organizaciones para el cuidado de la salud de acuerdo a concepciones científicas de la enfermedad, las transacciones que se llevan a efecto entre ellos son congruentes y carecen de factores que afectan el equilibrio del sistema. Sin embargo, no puede descartarse la posibilidad de que en dichas transacciones se filtren comportamientos basados en concepciones científicas y tradicionales de la enfermedad.

Por tanto, una de las características centrales del sistema secular es la combinación de comportamientos basados tanto en concepciones científicas como en concepciones tradicionales, en que las primeras obviamente predominan. Después de todo, debe anotarse, el sistema secular contemporáneo para el cuidado de la salud en el país parece estar tomando forma a partir de la mitad del siglo XX, y es el resultado de la transición, aun no completa de sistemas de conocimiento científico y comportamientos acordes, y de sistemas tradicionales y comportamientos correspondientes.

Corresponde ahora presentar la contraparte de este sistema social, es decir, el sistema social sagrado para el cuidado de la salud, en que priman valores tradicionales y la medicina mágico-casera.

Como en el caso anterior, varios aspectos deben especificarse

progresivamente: las concepciones de salud y enfermedad que priman en este sub-sistema, el comportamiento del enfermo y del especialista sa grado y sus auxiliares, y un esbozo de la transacción básica entre aquellos.

El Sistema Social Sagrado para el Cuidado de la salud¹⁸: Valores y Normas

El sistema social sagrado de cuidado de la salud en Colombia im-

¹⁸ El sistema sagrado de cuidado de la salud, al igual que el sistema secular no se da como un tipo puro o ideal en la sociedad colombiana contemporánea, dados los múltiples factores sociológicos que están produciendo el cambio en el sistema de relaciones sociales del país, y que se analizan más adelante. Sin embargo, y siguiendo la línea de análisis propuesto puede presentarse en abstracto, como parte de un conjunto de tipos ideales. Por otro lado, V. de Pineda observaba en 1961 que la prevalencia del sistema tradicional se daba principalmente en las regiones rurales del país:

Su mayor pureza se observa dentro de las poblaciones asentadas en el campo, y que un tanto aisladas, llevan sobre sí un largo proceso histórico. En estos límites rurales, donde puede considerarse la medicina popular como una institución viva de la comunidad, es en términos generales, en aquellos departamentos donde la agricultura aún practica las técnicas tradicionales sobre cultivos de subsistencia. La hallamos también en aquellas regiones donde las condiciones geográficas y etno-históricas las han mantenido fuera del cambio cultural... Actúa con éxito en las zonas de ganadería extensiva, en las cuales existe una capa socio-económica de escaso número y adecuadas condiciones de vida, al lado de otra, muchas veces más numerosas y de un bajo nivel de vida que vive las variadas formas de la medicina folclórica.

Virginia de Pineda, La Medicina Popular en Colombia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Sociología, 1961, p. 8

Hay necesidad de postular que la medicina puramente mágica se da entre las tribus que habitan diversas zonas del país, y la medicina mágico-ca sera en las regiones agrícolas del país y en las zonas deprimidas de las ciudades.

plica la prevalencia de valores mágicos y religiosos en las concepciones de la salud, la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte.

A un nivel general influyen valores de una sociedad tradicional, con un conocimiento superficial de la naturaleza, y una concepción sagrada (provincial) del mundo social.

En el sistema sagrado, los valores religiosos están presentes durante todo el proceso de desarrollo de la enfermedad, y entremezclados con valores mágicos. Si en el sistema secular la religión juega un papel suigéneris y sus valores se hacen actuar en etapas tardías del desarrollo y tratamiento de la enfermedad, --principalmente como un mecanismo de alivio a la tensión que se produce, o ante la eventualidad de la muerte-- en el sistema sagrado su influencia es permanente
~~mente.~~

En general, el conjunto de valores sagrados no constituye una colección al azar de creencias y prácticas. Constituye más bien una teoría organizada y coherente de la medicina, que conlleva comportamientos específicos de rol. El cuerpo de conocimientos está tan involucrado en la vida diaria de los actores que con frecuencia aparecen como parte del orden natural.

Las concepciones superficiales de la naturaleza conforman dos sub-sistemas de valores. Estrictamente hablando, aquellos provenientes de la medicina mágica y los de la llamada medicina casera.

La línea divisoria es difícil de trazar en la práctica.

La Medicina Mágica.

Según lo anotado al comienzo del modelo, la medicina mágica propiamente dicha constituye un complejo de prescripciones culturales asociadas con la salud, basadas en un conocimiento empírico pero superficial de la naturaleza, en que las causas y efectos de la enfermedad se atribuyen a "seres" que actúan o se esconden tras la actuación de un objeto, artefacto, animal u hombre, y en que se actúa sobre ellos a través de símbolos.

Las suposiciones básicas de la medicina mágica son aquellas de que "lo semejante produce lo semejante", y que "las cosas que han estado una vez en contacto mutuo continúan actuando entre sí a distancia, incluso después de haber sido eliminado el contacto físico".

La etiología de la enfermedad está asociada con estos principios, y es el resultado de una voluntad enemiga del paciente. La enfermedad se transmite por medio de un acto de pensamiento, una acción, un alimento, o por influencia ambiental. Al mismo tiempo que puede causar la enfermedad, la magia puede curarla. Con este fin existe un conjunto de objetos y prácticas que básicamente sirven para inactivar la magia agresiva: amuletos, "contras", ritos y conjuros, y el uso extendido de plantas, cuyos efectos se identifican empíricamente. La curación representa la lucha entre el poder negativo que "causa" la enfermedad, y el poder positivo que "sana".

La Medicina Casera.

La llamada medicina casera, "curanderismo" o "recetismo", constituye un conjunto de principios médicos populares provenientes de diversas fuentes.

Se diferencia del sistema estrictamente mágico, en que además de involucrar algunos principios mágicos, añade también concepciones pseudo-científicas de la enfermedad, y concepciones médicas racionales y sistemas de curación ya superados por la medicina contemporánea.

En la medicina casera se conjugan influencias española, indígena y africana¹⁹.

Por ejemplo, se admiten creencias y prácticas de la medicina española del siglo XVII: enemas de naturaleza varia, purgantes, y sangrías, curación de heridas por ensalmo (es decir, curación por oraciones y acciones), la llamada piedra bezoar* para afecciones renales y del hígado, aplicación de exorcismos a niños "enduedados", clasificación de los alimentos en "fríos" y "calientes", etc.

¹⁹Esta sección se basa en los aportes antropológicos de V. de Pineda en la Medicina Popular en Colombia (op. cit.) esp. pp.63-66, y en la recolección de materiales para la historia de la medicina en Colombia hecha por A. Soriano, La Medicina en el Nuevo Reino de Granada. (op. cit.)

*Soriano indica que las piedras bezoar "son cálculos que se extraen de los animales, han gozado por mucho tiempo y en muchos lugares de la fama de ser útiles para la curación de las enfermedades (y que) de ellas decía el padre Basilio Vicente Oviedo, que residía en Santafé en la primera mitad del siglo XVIII, que eran muy útiles para la calentura, reumas y flujos de sangre, mal de los riñones, los dolores de ijada y el pasmo". Soriano, op. cit., p. 95.

En la medicina casera, al igual que en la medicina mágica, los conocimientos se obtienen de modo empírico y se desconoce, o se cuenta con concepciones distorsionadas del organismo y del proceso de desarrollo de la enfermedad. El conocimiento de la gama de enfermedades y sus factores causales es limitado.

El sistema de medicina casera tiene formas particulares de prevención y diagnóstico.

Respecto a la etiología de las enfermedades, no hay una diferencia sustancial con la medicina mágica. Entre los factores causales figuran prominentemente: 1) desequilibrios en la dieta. (Existe un código que cataloga los alimentos en fríos y calientes, y los efectos perjudiciales resultan de contravenir el código. Además, existe la noción de que hay un momento especial, y solamente uno, para consumir los alimentos); 2) "desequilibrio" en la sangre; 3) "desequilibrio" térmico; 4) "desequilibrio" en los músculos; 5) conexión entre procesos de conflicto y enfermedades orgánicas; 6) influencia cósmica ~~de la naturaleza~~ (Por ejemplo, la luna, el arco iris, la lluvia, y la llovizna y el "miasma"); 7) contacto con descomposición orgánica; 8) las "faltas" cometidas por el individuo y sus progenitores. (La enfermedad en este sentido es a la vez un castigo y una expresión de misericordia divina). Finalmente, 9) el "destino", "los hados", "Dios".

La curación o tratamiento dentro de este sistema constituye -

una gama variada. Para la mayoría de las enfermedades, hay remedios a apropiados; las hierbas se usan en gran cantidad. Se utilizan también masajes y manipulaciones, ungüentos, oraciones y recitación de fórmu - las, maldiciones y encantamientos, y remedios pseudo-científicos cuya eficacia ha sido revaluada.

Estos dos tipos de concepciones de la salud y la enfermedad, que llamamos mágico-empíricas en general, y la aplicación de una tecnolo - gía primitiva definen al comportamiento de los actores del sistema tra - dicional.

Veamos ahora como se conduce al enfermo de acuerdo con estas no - ciones, y cuales son los roles principales que este sistema produce.

El Comportamiento Tradicional del Enfermo.

En general, la ausencia de un conocimiento objetivo y probado de la naturaleza produce como efecto que haya un conocimiento superficial y limitado de las enfermedades, sus causas y las etapas de su desarro - llo.

La definición de la enfermedad como tal ocurre generalmente en el período patogénico avanzado. No puede decirse, sin embargo, que - haya carencia de una actitud preventiva. Pero lo importante de subra - yar es que dicha actitud está también condicionada por este conocimien - to limitado de la naturaleza de la enfermedad, de los tipos de enferme

dad, y de los estadios de su desarrollo.

Una vez que un conjunto de síntomas se ha definido como una enfermedad entran en juego las siguientes normas.

Existe la tendencia a diferir al máximo la exención de papeles sociales que desarrolla el actor. Es decir, a la persona se le legitima la enfermedad cuando aparecen síntomas no solo visibles sino graves, y solo cuando empieza a estar físicamente incapacitada.

Las afecciones temporales, y los signos primarios de enfermedad, no son motivo de preocupación, y no se consideran como señal de complicaciones a corto o largo plazo.

Cuando un conjunto de síntomas se define como una enfermedad, - dos actitudes extremas entran en juego. Por un lado, si los síntomas son primarios y si es que se reconocen como señal de una posible dolencia-- se desarrolla la fé en la capacidad de recuperación espontánea - del organismo. Entonces, se niega el significado de aquellos. Por otro lado, si los síntomas incapacitan físicamente a la persona, la confianza se torna automáticamente en fatalismo y prácticamente, se dice que "ya nada puede o debe hacerse ya"... Lo primero indica la ausencia de una actitud preventiva desarrollada, o la ineficacia de medidas preventivas. El momento en que la enfermedad debe considerarse como una "señal de peligro" tiende a diferirse. Además, no hay una orientación a largo plazo en relación con la enfermedad.

Lo segundo señala valores incrustados durante largo tiempo en la cultura, producto de la época en que eran apropiados o los únicos, para responder al reto de la naturaleza.

Junto a la exención diferida del desempeño de papeles sociales, existe la tendencia a no legitimar la enfermedad en un principio. Por un lado, se pone en tela de juicio la involuntariedad del individuo, y la dolencia se explica en términos o como consecuencia de sus acciones. Concepciones del tipo "es el castigo de Dios por sus malas obras", "es por lo que es un irresponsable", "es un pecador" entran a jugar un papel activo en la no-legitimización de la enfermedad. En muchos casos, la enfermedad se define como una condición de impureza física y moral.

En etapas avanzadas, en efecto se legitimiza la enfermedad - en consonancia con valores religiosos o/y mágicos. Del enfermo se dice entonces que su condición se debe a "que Dios lo quiere a su lado", "es un alma de Dios" (y por tanto no hay nada que hacer), "es el mal que les da a los viajes", "le llegó la destorcida", etc. Ahora, si la enfermedad se atribuye a personajes reales dentro de la red de relaciones del actor, o imaginarios (cuya existencia se afirma), la condición también es legítima.

El aspecto relacionado con el deber de buscar ayuda por el enfermo está condicionado por la ausencia de una actitud preventiva desarro

llada como por los valores que rigen el sistema tradicional. Durante esta etapa se hace uso, primero que todo de medicamentos al arbitrio del enfermo. Es decir, se pone en práctica la pauta cultural de aut^orecetar-se. Ahora, cuando la ayuda empieza a buscarse, esto se efectúa con reticencias, y solamente cuando los síntomas de la enfermedad se hacen intolerables.

Las prescripciones de conducta para los grupos de edad, y para hombres o mujeres también juegan un papel de importancia en este contexto. Si la cultura define al individuo como fuerte y resistente, tanto el actor como los que le rodean deben inhibirse de buscar ayuda inmediata. El apresurarse a hacerlo puede ser objeto de sanción negativa: burla, ridiculización u ostracismo.

Cuando se toma la decisión de buscar ayuda, se recurre primeramente a una de las mujeres del grupo de asociados. En este contexto, la mujer se convierte en un "especialista", dado que tiene "conocimientos" sobre las enfermedades y los medios de curación.²⁰ (Conocimientos acordes con el nivel de desarrollo de la medicina mágico-casera). En muchos casos, la búsqueda de ayuda no va más allá de esta medida. En otros se recurre también

²⁰Es importante anotar que la mujer, dentro de este sistema de cuidado de la salud, ocupa una posición dentro de la organización "profesional". No se trata exactamente del caso en que la persona que enferma pide consejos de los miembros de la organización laica, y éstos le recomiendan visitar el especialista, como es el caso puro del sistema secular. Aquí se recurre a la mujer definiendo su rol no como perteneciente a la organización laica sino a la organización profesional.

o solamente al brujo o curandero.²¹

Finalmente, al interactuar el enfermo sagrado con el especialista tradicional tiende a desarrollarse una actitud de respeto absoluto por su labor y sus instrucciones, así como sentimientos de terror ante el incumplimiento involuntario de sus órdenes, y maravillamiento ante los poderes de que está dotado, y su capacidad para "entrar" en contacto con seres ultraterrenos e invisibles, y manipularlos.

Como actúa el grupo de asociados del enfermo en este contexto? En relación con los aspectos que definen el comportamiento tradicional del individuo ante la enfermedad, su actuación ha quedado implícita en la exposición anterior. Sin embargo, debe especificarse un poco más. En primer término, los asociados tienden a diferir la legitimación de la enfermedad y la exención de los papeles sociales que el actor de sempeña. Esto significa que se desarrolla presión para que el enfermo trate de resistir al máximo la molestia o el dolor.

Sin embargo, cuando se decide buscar ayuda "técnica", los asocia

²¹ Cuando el aislamiento físico o/y social decrece, y otras figuras del "especialista" en salud son percibidas, es probable que todavía se prefiera el especialista tradicional al especialista secular, dado que se confía más en el primero que en el segundo. Posteriormente, con el cambio de valores, es posible que la persona se vea abocada a hacer uso del especialista tradicional por carencia o falta de disponibilidad de especialistas seculares. Estas situaciones, asociadas con el cambio de valores en el sistema de cuidado de la salud, se analizan adelante.

dos se ponen en pie para suministrar pistas sobre los "posibles causantes" de la enfermedad y para dar información sobre los posibles "especialistas" que pueden darle punto final. El enfermo, en última instancia, entra en contacto con el brujo o el curandero, y al igual que dentro del sistema secular para el cuidado de la salud, tiene que ajustarse a ciertos tipos de conducta específica para esta relación social - con la "organización profesional" tradicional.

La Organización Profesional del Sistema Sagrado: Valores, Roles y Transacciones.

Debe anotarse ante todo que la organización profesional o formal para el cuidado de la salud se caracteriza por simplicidad e indiferenciación estructural, es decir, que cuenta con un reducido número de jugadores de rol que realizan todas las funciones.

En la organización estrictamente mágica, la figura central es el brujo o el curandero. En la organización mágico-casera, el "especialista" es el curandero, la partera, al mismo tiempo que la mujer en general.²²

El curandero acapara buena parte de la atención, en virtud de -

²² Como lo anota Pineda, op.cit., p.54

su carisma y prácticamente ejecuta todas las tareas.²³ Si existe personal auxiliar, éste puede estar representado por el aprendiz de brujo, el curandero novicio, y el yerbatero o vendedor de específicos independiente.

Pero el curandero, al mismo tiempo que diagnostica y cura, ejerce la labor de velar por la salud del enfermo, prepararle, venderle y administrarle los medicamentos apropiados dentro de este sistema. Entonces, el especialista sagrado desempeña funciones que en el sistema secular están diferenciadas y que corresponden al médico, la enfermera, el laboratorista, el droguista, etc.

Las concepciones de la salud y la enfermedad típicas en este contexto excluyen, casi por definición, la existencia de un complejo instrumental*. Además no hay especialización del conocimiento, y por regla general, el "especialista" se entiende con toda la gama de enfermedades que este tipo de medicina reconoce. Existen desde luego principios de especialización: el curandero, la partera, y el sobandero, que son los casos prominentes.

²³Puede decirse que la autoridad del curandero se apoya en la creencia cotidiana en la santidad de las tradiciones que rigieron desde tiempos inmemoriales, y en la legitimidad de los señalados por esa tradición para ejercer tal autoridad.

*O equipo tecnológico.

En términos de variables-patrón, la profesión de curandero puede definirse como orientada por una alternativa particularista de estatus. En este sentido, no existe una serie de reglas impersonales, objetivas para el ejercicio del curanderismo: el curandero tiene carisma.

Se guía por una orientación difusa, es decir, tiende a que su relación con el paciente tenga en cuenta numerosos aspectos de su vida y no solo el de la enfermedad.

Se guía también por una orientación afectiva; actúa en términos de relaciones primarias y en virtud de su carisma. Los factores emocionales juegan un papel primordial en el proceso de cura y diagnóstico. Las cualidades personales del sujeto enfermo son aspectos fundamentales para que el curandero suministre la ayuda que se requiere.

El control formal que se ejerce sobre el curandero está lejos de tener las características ideales de legalidad del sistema secular. Tanto el curandero como la especialista del sistema mágico-casero, cuentan con libertad para ejercer su diagnóstico y cura, y no hay criterios estandarizados para evaluar la excelencia del tratamiento. Si hay fracasos, la responsabilidad se desplaza hacia los "seres" que causan la enfermedad, o se justifica por medio de la actitud fatalista.

La mujer, como se ha dicho, también desempeña un rol principal en el diagnóstico, cura y preparación de medicinas y cuidado del enfermo dentro de este sistema.

Es probable que su estatus esté promovido por los valores de la cultura tradicional que le asignan tareas primordialmente expresivas a su papel tales como el cuidado de los hijos, los quehaceres del hogar y la parcela, y por extensión, el cuidado del enfermo.

En el conocimiento que tiene la mujer de la medicina casera, hay escasa división y especialización. La mujer conoce "todos" los tipos de enfermedad, y los medicamentos "adecuados". La tradición se transmite de generación en generación, y de persona a persona, oralmente.

Analizados los roles principales dentro del sistema tradicional de cuidado de la salud, corresponde esbozar ahora la transacción entre enfermo y "especialista" tradicionales.

Transacción entre Enfermo y "Especialista" Tradicionales.

El examen de las prescripciones de rol dentro del sistema de sa grado de la salud permite comprender más claramente las transacciones que se llevan a efecto entre enfermo y "especialista" tradicionales.

La transacción es ^{en} primer lugar, congruente. Lo que significa que las dos partes utilizan un lenguaje común, conocen los outputs que se van a buscar y otorgar, y poner en juego mecanismos de control social de acuerdo con las prescripciones culturales del sistema.

Cuando el enfermo tradicional busca ayuda en un problema de salud, espera encontrar en el curandero una orientación particularista, difusa y afectiva. El curandero por su parte, espera que el paciente actúe en la misma forma.

Como se ha mencionado ya, el paciente tiene fé en el especialista tradicional, y ante las perspectivas de invalidez o de la muerte, o el fracaso en el tratamiento, los controles sociales que se aplican son mínimos. El fracaso o el éxito se explican de acuerdo con la lógica mágica, y los valores religiosos.

En este punto puede darse conclusión a la descripción de las normas y los valores que rigen los roles en el sistema sagrado de cuidado de la salud. Solo resta señalar de nuevo, o insistir en la influencia que los valores de este sistema tienen en algunos sectores de la sociedad colombiana, y las implicaciones para las transacciones que realizan los individuos socializados dentro de él.

Llegados a este punto es conveniente anotar que las prescripciones de los sistemas secular y sagrado para el cuidado de la salud han quedado delineadas. El paso siguiente consiste en dar una visión de la forma en que los valores tradicionales están dando paso a los valores seculares. Lo que equivale a sentar las bases para el análisis del cambio que el sistema colombiano de cuidado de la salud está experimentando.

El Paso del Sistema Tradicional al Sistema Secular :

Alteración de Valores y Significado del Cambio

Inicialmente se introdujo la proposición de que el aspecto clave para la comprensión del sistema global de cuidado de la salud en Colombia es el cambio que está experimentando.

El cambio está representado por la alteración de los valores y el comportamiento sagrados en la dirección de valores y conducta seculares.

En la sociedad colombiana contemporánea no puede hablarse de la existencia de conjuntos de valores que conformen tan solo dos tipos de comportamiento ante la enfermedad*. Al contrario, hay necesidad de referirse al posible hecho fundamental de la exposición de un número creciente de colombianos a los valores seculares en relación con el cuidado de la salud, y a la medicina científica en general, hecho que desata la alteración del sistema tradicional de valores, y produce otro tipo de comportamiento ante la enfermedad, adicional al ya citado: el comportamiento en transición (tradicional-secular).

Es lógico asumir que la ruptura del patrón tradicional de vida de la nación--es decir, el paso de una economía primordialmente agrícola a una economía gradualmente diversificada, la introducción gradual de una tecnología moderna, la ruptura del aislamiento social y geográfico de grandes sectores de nuestra sociedad vía/^{el} desarrollo de medios de

* Y por lo tanto de dos sistemas de cuidado de la salud mutuamente excluyentes.

transporte, expansión del sistema de comunicaciones, e introducción de los medios de comunicación de masas, los procesos acelerados de migración rural-urbana y de urbanización, con sus consecuentes cambios en la estructura de la familia, en el patrón de relaciones sociales, en la conducta política y religiosa de los colombianos, y los procesos de conflicto paralelos a todas estas alteraciones. ha acelerado el proceso de adopción de concepciones científicas de la enfermedad, y de valores seculares de comportamiento ante aquella.

Este proceso, agudizado a partir de la década de 1.940, parece estar condicionado por la exposición, al menos, de muchos grupos de colombianos de comportamiento sagrado ante la enfermedad, a la medicina científica. Tal exposición ha producido disonancia cognitiva, es decir, la aparición en el mapa cognitivo del individuo de valores y normas al ternativos y opuestos para el tratamiento de la enfermedad.

La consecuente evaluación de esos valores seculares versus los valores tradicionales puede haber significado un conflicto de normas con los tres posibles resultados: 1) rechazo de plano de/nuevos valores; 2) ambivalencia ante valores seculares y sacros, o sea, conformación de normas dobles, y 3) adopción de valores seculares.

El colombiano se debate ante conjuntos de valores cada vez más en oposición: uno sagrado en el que ha sido socializado, y otro secular que le presenta constantemente la vida urbana en general, la escuela, la radio, la televisión, el cine y la prensa.

Veamos entonces cuál es el comportamiento en transición del enfermo.

El Comportamiento en Transición del Enfermo

Este tercer tipo de conducta ante la enfermedad internaliza valores y normas de los sistemas sagrado y secular, y a la vez presenta varios sub-tipos.

El comportamiento en transición implica una duplicidad de concepciones de la salud y la enfermedad. Tal duplicidad es provocada por la amplia difusión de valores seculares en una población que ha sido socializada dentro de normas sagradas, y que aún no se ha decidido por ellas ni por abandonar o inhibir sus valores propios.

Por un lado, dentro del sistema sagrado, como se ha dicho, el actor es socializado para concebir la enfermedad de acuerdo con principios mágicos o/y empíricos, o/y religiosos, y de acuerdo con un conocimiento superficial de la naturaleza. La enfermedad ha de explicarse de acuerdo a nociones mágicas; seres o fuerzas invisibles o reales implicados en la red de relaciones sociales del actor; de acuerdo con nociones religiosas: la voluntad de Dios, la obra del demonio, el castigo al pecado, o nociones distorsionadas de la religión; y de acuerdo con concepciones inválidas de la incidencia de fenómenos naturales y biológicos en el organismo: el "miasma", el arco iris, etc.

El conocimiento de toda la gama de enfermedades es limitado e impreciso, así como lo es la noción del desarrollo de la enfermedad y sus

etapas. Los procesos de cura se emprenden de acuerdo con estos principios, con observaciones empíricas, y según nociones revaluadas de la medicina secular.

Estas concepciones y valores implican un comportamiento consciente para el cual la persona es socializada y que constituye el comportamiento sagrado ante la enfermedad.

Por otro lado, al actor se le presentan nociones y valores seculares, que actúan para crear una disonancia cognitiva, y lo colocan en una situación de conflicto de normas.

Este proceso de difusión presenta, sin embargo, características sui-géneris. La información que llega a los actores de comportamiento tradicional es posiblemente incompleta, tergiversada y superficial dado que el proceso educativo es incompleto, y los medios de comunicación de masas en general, no tienen como finalidad expresa "educar" formalmente a la población en el campo de la salud. Por tanto, las nociones se filtran asistemáticamente.²⁴

²⁴En concreto, el actor puede verse expuesto a la medicina científica en base a situaciones no-estructuradas. Por ejemplo, puede saber que uno de sus vecinos fue llevado a Bogotá "adonde los médicos le practicaron una operación para 'el mal' que tenía y lo salvaron". Puede al mismo tiempo escuchar en la radio que en determinada zona del país se están llevando a efecto campañas de vacunación, e igualmente puede familiarizarse con términos médicos. Puede ver en el cine una escena en que se le ejecuta un transplante de corazón al protagonista, o puede escuchar al cura de su pueblo hablando sobre la campaña de salubridad que va a realizarse prontamente en el barrio o en el pueblo... ...o puede leer en el periódico cómo se controla, desde la tierra, el organismo de los astronautas.

En todo caso, parece ser que el actor empieza prontamente a evaluar los nuevos valores y normas y este proceso puede redundar en los siguientes resultados: Uno, el actor socializado dentro del sistema sagrado rechaza los valores seculares y se aferra a su comportamiento tradicional. Dos, el actor adapta las nuevas normas a los principios que rigen el comportamiento tradicional. Tres, el actor puede hallarse en un proceso de evaluación de los principios que rigen su comportamiento tradicional y los que rigen el comportamiento secular, y puede estar experimentado ambivalencia ante ellos, tanto a nivel cognitivo como catéctico. Cuatro, el actor adopta los principios y el patrón de pensamiento que rige el comportamiento secular e, intencionalmente, resta énfasis al comportamiento tradicional.

Son estos, entonces, los sub-tipos que pueden distinguirse dentro del comportamiento en transición.

En la primera situación, el actor continúa actuando de acuerdo a las prescripciones del sistema sacro, y perpetuando las transacciones con la organización profesional correspondiente.

En la segunda, el actor muestra ya una desviación de la conducta institucionalizada por el sistema sagrado. Entonces, su conocimiento de la gama de enfermedades se expande aunque en la práctica se da la tendencia a identificar las nuevas enfermedades que se le descubren con las enfermedades que le son familiares, y los tipos de dolencias que le

son presentados adquieren explicación causal de acuerdo con los principios que le han sido internalizados. (Así, por ejemplo, "la tuberculosis de una determinada persona es 'en realidad' causada por un maleficio").

Se empieza a hacer uso de medicamentos científicos pero administrados ad libitum, de acuerdo con los principios mágico-empíricos, y - en conjunción con medicamentos sagrados. En este sentido, las drogas adquieren un carácter ritual. En muchos casos sin embargo, se adoptan medicamentos que son apropiados para la enfermedad. Por ejemplo, aunque se desconocen las razones de una infección, o su significado, se aplica un antibiótico. La explicación de la infección, sin embargo, puede ser de tipo mágico: se ha producido como resultado del hechizo de un determinado enemigo, o porque consumió determinado alimento "frío o caliente".

Los procesos curativos continúan efectuándose, en general, de acuerdo con los principios mágico-empíricos.

La adopción superficial del conocimiento secular no permite obviamente identificar el proceso de desarrollo de la enfermedad en todas sus etapas, y por tanto, la conducta relacionada con exención de roles y legitimización de la dolencia, continúa siendo normada por los valores sagrados.

Sin embargo, la existencia del especialista secular es percibida

aunque su figura se considera remota, o inalcanzable, y se recurre al especialista sagrado, o a figuras próximas al especialista secular: la enfermedad, o el farmacéuta.

La tercera situación, en que el actor se halla en un proceso de evaluación de los principios que rigen su comportamiento tradicional - versus su comportamiento secular y en que experimenta ambivalencia ante ellos tanto a nivel cognitivo como catéctico, implica posiblemente una exposición más efectiva a las innovaciones en salud. La información es más completa, profunda, prolongada y el proceso de evaluación más incisivo.

El actor reconoce no ya las diferencias superficiales entre concimientos y prácticas sagradas y seculares, sino las diferencias fundamentales en los principios que las alientan. Comprende en algún grado de profundidad los principios reales que explican la enfermedad, las etapas de su desarrollo, y los métodos de curación. A nivel de conducta de rol, está consciente de los cursos alternos de acción que pueden tomarse: desarrollar medidas preventivas o diferirlas; esperar a que los síntomas se desarrollen para pedir ayuda técnica, o tomar acción inmedita; consultar el especialista secular, o el especialista sagrado; consumir medicinas científicas, o medicinas sagradas. En última instancia, - es posible que esta situación de ambivalencia se resuelva en la dirección de adopción definitiva de los valores seculares.

En la cuarta situación, el actor expuesto a la medicina secular,

adopta prontamente sus valores, resta énfasis o hace caso omiso de la conducta tradicional, y busca entrar en transacción con los actores - de la organización profesional secular para sus problemas de salud.

En este punto, y expuestas ya las prescripciones del rol en transición de enfermo,²⁵ es posible entrar a dilucidar algunas de las transacciones posibles entre éste y los miembros de las organizaciones profesionales²⁶.

²⁵ El procedimiento de análisis que hemos venido siguiendo para la construcción de este modelo señala que la descripción de las prescripciones de rol para otros actores de este sistema debe realizarse en este momento. Específicamente, la descripción de los roles de los actores que conforman las organizaciones profesionales "en transición", y de estas organizaciones en sí mismas. Sin embargo, y dado que por una parte, no se cuenta con los datos suficientes como para formular hipótesis al respecto, y que, por otra, el objetivo principal de este modelo no es describir las organizaciones profesionales, tal examen se posterga para un segundo documento. Esta omisión, sin embargo, no plantea limitaciones inmediatas, ya que la transacción más importante para el análisis del cambio es aquella del enfermo "en transición" con la organización profesional primordialmente secular.

²⁶ Estrictamente hablando, deberían analizarse tres tipos de transacciones del enfermo "en transición": 1) la transacción con las organizaciones "profesionales" predominantemente sagradas; 2) la transacción con la organización profesional "en transición"; y 3) la transacción con la organización profesional predominantemente secular. Se omite el análisis de la primera de ellas, dado que la transacción de mayor relevancia en este momento es aquella del enfermo "en transición" con la organización predominantemente secular, así como el análisis de la segunda, por razones expuestas en la nota al pie # 25. Ahora, para fines de análisis, y dados los postulados de cambio, puede asumirse que el rol de enfermo "en transición" es básicamente el de enfermo sagrado en proceso de alteración de sus valores.

Esencialmente, esta presentación implica referirse al enfermo de comportamiento tradicional cuando entra en transacción con la organización profesional secular²⁷ ya que la transición significa entre otras cosas, la sustitución de la norma de visitar el especialista sagrado por la norma de consultar el especialista secular.

La Transacción del Enfermo en Transición con las Organizaciones Profesionales

La difusión de concepciones y normas seculares para el cuidado de la salud tiene el efecto primordial de alertar a la población de conducta sagrada sobre la existencia de un nuevo tipo de recursos, y la presencia del especialista secular. Los nuevos conocimientos sobre la naturaleza de la enfermedad, los métodos de diagnóstico, curación y rehabilitación pueden llegar distorsionados a la población, pero la noción de consultar el médico se hace clara. Entonces, el enfermo de comportamiento sagrado y sus asociados pueden llegar, en algún momento del proceso de evaluación de las nuevas normas, a buscar los servicios del médico, o por lo menos sus aspiraciones en cuanto a salud, se desplazan en esta dirección. Cuando el enfermo tradicional entra en transacción con el especialista secular, y su cuerpo de técnicos, las prescripciones culturales de cada uno de los actores entran a definir el modo en que ha de desarrollarse la transacción, y de allí surgen malajustes de tipo específico.

²⁷ Sin embargo, debe anotarse que el período de transición no implica que necesariamente que el proceso ocurra únicamente en la dirección sagrada-secular. Durante la transición se da también el caso de enfermos que han adoptado una conducta secular, que recurren a los servicios de la organización profesional sagrada.

El Enfermo de Socialización Tradicional ante el Especialista Secular

El enfermo tradicional que entra en transacción con el especialista secular, se halla en un proceso de evaluación de las normas y valores que le han sido internalizadas versus las nuevas prescripciones, y su comportamiento es ambivalente en el sentido de que desconfía de sus propias prescripciones y al mismo tiempo no conoce con certeza las nuevas pautas de conducta.

La Transacción

El primer problema transaccional está dado por el momento en que el paciente tradicional llega adonde el médico. Puede postularse que dada la limitada concepción de las etapas de desarrollo de la enfermedad, y por tanto la definición diferida de los síntomas como una enfermedad, el paciente solicita ayuda en la etapa patogénica avanzada. En este momento, el paciente puede hallarse desconcertado, y experimentando molestias agudas. El médico se enfrenta entonces a un "caso grave", en que las probabilidades de una prognosis positiva son limitadas, el elemento de incertidumbre se ha magnificado, y en que hay necesidad de multiplicar y quizás agotar los recursos para limitar la incapacidad.

El segundo problema que surge está relacionado con la comunicación del diagnóstico, y la prognosis. El paciente se guía por el vocabulario propio del sistema tradicional, y el médico en cambio, se guía por un lenguaje técnico. Ocurre incongruencia en la comunicación, aún si el paciente se esfuerza por comprender las palabras del médico, y aún si el médico se propone utilizar un lenguaje más acorde al vocabu-

lario del paciente.

El diagnóstico, en general, puede ser incomprendido. Al definirse la enfermedad, el paciente puede experimentar desconcierto y confusión, ya que es posible que no entienda el significado del término que se le ha comunicado, ni las implicaciones que pueda tener. El paciente como reacción inmediata puede interpretar la noción en términos de los conocimientos que posee, y puede magnificar el problema, o desarrollar una actitud de incredulidad.

El tercer problema está relacionado con la forma en que se efectúa el diagnóstico. El paciente puede abrigar la expectativa de que el médico va a desarrollar medidas simples para identificar rápidamente la enfermedad. (Por ejemplo, puede esperar que con solo darle una mirada, o examinarle la pupila, o la lengua, le indique el tipo de enfermedad de que adolece). Y al mismo tiempo puede esperar que las acciones del médico sean parte de un ritual. Obviamente, el médico utiliza distintos métodos para llegar al diagnóstico, entre ellos un conjunto de preguntas sobre la vida y síntomas que el paciente ha experimentado, examen corporal, uso de instrumentos, y en muchos casos, el diagnóstico es diferido. Esta conducta puede despertar desconfianza en el paciente tradicional.

El problema del diagnóstico puede ser explicado con mayor claridad en relación con las expectativas de especificidad funcional-difusión, afectividad-neutralidad afectiva, y universalismo-particularismo. Por -

un lado, el paciente puede esperar que el médico preste atención a problemas distintos al central, y no solamente a éste, es decir, puede desarrollar su orientación difusa. Al mismo tiempo, puede esperar una reacción inmediata de entusiasmo o pesimismo por parte del médico, e incluso que se le apliquen sanciones positivas o negativas ante la enfermedad, ya que puede darse la tendencia a ver al médico como portador de la magia agresiva o la magia benéfica. (Orientación afectiva). El médico por su parte puede estar guiándose por orientaciones neutralmente afectivas, y universalistas.

En relación con el examen del cuerpo, o la vida íntima, el paciente no está preparado para admitirlos, y puede pasar por alto la orientación neutralmente afectiva y específica funcional del médico.

El cuarto problema que puede analizarse está relacionado con el tratamiento. Al igual que en los casos anteriores, las prescripciones culturales de paciente y especialista juegan un papel de gran importancia en la transacción. En general, los métodos recomendados por el médico pueden aparecer como "inadecuados". Por un lado, guardar cama o someterse a una operación para tratar una dolencia que dentro del sistema tradicional se considera como "pasajera" o "simple", o se desconoce, son señal de que el médico "está exagerando". Y el caso contrario, es motivo para pensar "que no se está prestando la debida atención": no ordenar una dieta, o no prescribir cama, o no sugerir una operación ante una enfermedad considerada tradicionalmente como grave sino más bien un remedio que en apariencia parece inefectivo. En última instancia se -

puede producir un estado de desconfianza temporal.

Ahora, de esta actitud de desconfianza y el sentimiento de privación que produce, puede retornarse a la confianza y llegar automáticamente a la fé indiscriminada en el médico, o en sus técnicas, o en sus medicamentos. Si ocurre una curación, considerada desde el punto de vista científico como el resultado lógico de la interacción entre el método empleado y el cuadro clínico que presentaba el paciente, puede concebirse como un "milagro".

Son estos, entonces los problemas centrales que se presentan en la transacción enfermo tradicional-especialista secular. La transacción resulta en una espiral de malajustes que dificultan el trabajo técnico que el médico ha de realizar, y se suman a la tensión que la propia enfermedad lleva asociada. Los malajustes²⁸ resultantes son, en concreto, los siguientes. Si el paciente demanda un diagnóstico instantáneo, y -

²⁸ Debe recordarse que en este contexto estamos suponiendo que los actores ponen en práctica sus prescripciones como medios para llegar a un fin, es decir, para resolver el problema de salud que está en juego. Y que, por tanto, los malajustes resultan de los dos conjuntos - diversos de normas y valores que abrigan los actores. No estamos refiriéndonos aquí al caso en que los actores dejan de concebir las -- normas como medios para un fin y las definen como fines en sí. En este caso, el nivel de malajustes es todavía mayor. El ejemplo tipo puede estar dado por la situación extrema en que la enfermera en vez de desplegar una orientación neutral afectiva como un medio para facilitar la curación del paciente, resuelve desplegar tal orientación como el fin de su conducta.

naturalmente una prognosis positiva en un estado de patogénesis avanzada, el médico experimenta tirantez. A su vez, si el paciente no puede comprender el diagnóstico, o no ve los resultados inmediatos de la acción del médico, y la prognosis es incierta, el resultado es el sentimiento de privación.

Ahora, si el paciente concibe el diagnóstico que se le ha comunicado como una exageración del médico, el sentimiento consecuente es el de sobresaturación y el caso contrario es el de privación. El médico, por su lado, puede experimentar sub-valoración, o tirantez.

Si la terapia se considera como "inadecuada", por exceso, o por defecto, los correspondientes malajustes son aquellos de sobresaturación o privación. Y el médico puede experimentar sub-valoración, o tirantez.

Puede afirmarse, en resumen que la transacción entre el paciente tradicional y el especialista secular se caracteriza por disenso relativo al contrario del consenso relativo en las transacciones enfermo y especialista tradicionales, o enfermo y especialista seculares.

En este punto es conveniente introducir la observación de que el enfermo de comportamiento tradicional no solamente entra en transacción con el especialista secular sino también con otros miembros de la organización profesional secular. Y en muchos casos lo hace primeramente o solamente con estos actores, particularmente con la enfermera, o con el droguista a fin de dar solución a los problemas de salud que enfrenta.

La transacción con el especialista secular se efectúa en las circunstancias en que el enfermo cuenta con los recursos para buscar tales servicios. Sin embargo, cuando carece de la capacidad económica para obtenerlos (y aún continúa en pie su adopción de la norma de buscar ayuda de la medicina secular) desarrolla la norma alterna de consultar actores auxiliares de la organización profesional secular a quienes define como sustitutos del médico.

Las transacciones con la enfermera o el droguista encierran entonces el problema del enfermo con comportamiento en transición ante una baja disponibilidad de recursos. Expongamos ahora tal problema.

El Enfermo "en Transición" ante la Carencia Estructural de Recursos

Como lo señalan la observación de múltiples situaciones de la vida diaria de la nación y los resultados del Estudio de Recursos Humanos para la Salud la baja disponibilidad de recursos para el cuidado de la salud está representada por la baja capacidad adquisitiva de la población, y por la limitación de recursos humanos, institucionales y tecnológicos.²⁹

Regresemos ahora a la noción de que el enfermo que ha dado corrientemente una solución específica a la enfermedad de acuerdo con las prescripciones del sistema sagrado, dirige ahora su atención hacia la medi-

²⁹ Estudio de Recursos...., op. cit., Cap. IX., pp. 170-180.

cina secular. Su nivel de aspiraciones se eleva en ese momento.

El individuo empieza a desarrollar un conjunto de medidas tendientes a lograr atención médica secular. Por una parte, procura tener acceso a los servicios de un especialista cuyos honorarios estén a nivel de su capacidad económica, o un especialista que preste atención médica gratis. Busca atención médica del pabellón de caridad de un hospital, o un dispensario. A un nivel de mayores conocimientos, busca afiliarse a algún programa de seguros médicos.

Pero estas medidas pueden ser inefectivas: puede no existir el número suficiente de especialistas seculares que estén a nivel de la capacidad económica del paciente, puede no existir el médico en la región adonde se localiza el actor, la capacidad del hospital es reducida, o no hay hospitales, o la persona no califica para pertenecer a un programa de seguridad social.

Surge entonces la alternativa de consultar la enfermera o el boticario,-- en este caso se hacen esfuerzos por conseguir, al menos, las medicinas que estén al alcance de la capacidad económica del enfermo-- y en última instancia retornar a la pauta de consultar el especialista sagrado, o simplemente dejar que la enfermedad siga su curso normal.

Tal transacción se ve reforzada por el hecho de que, además, el enfermo puede encontrar difícil la comunicación con el médico, y a la vez, una comunicación más afectiva con estos actores sustituto.

Se ve también estimulada por el hecho de que la pauta tradicional de auto-recetarse, o de obtener recetas de acuerdo con controles sociales informales del sistema sagrado todavía puede estar vigente.

Finalmente, la transacción con el droguista, específicamente, puede verse forzada porque el enfermo, al entrar en el proceso de evaluación del nuevo sistema de cuidado de la salud, descubre prontamente la posición estratégica del boticario: lo ve como el guardián de un tipo de recursos claves de la medicina secular, los medicamentos científicos. En este sentido, la conducta del enfermo en transición es "Innovadora"³⁰.

³⁰Conducta "innovadora" en este contexto tiene el sentido que le da el sociólogo Merton al exponer el problema sociológico de la conducta divergente y sus fuentes. Robert K. Merton, Teoría y Estructura Sociales, México, Fondo de Cultura Económica, 1964, pp.140-166. Merton postula inicialmente que algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad para que sigan una conducta inconformista, y no una conducta conformista. Dos elementos de la estructura social son de gran importancia para comprender el significado de esta proposición. El primero consiste en objetivos, propósitos e intereses culturalmente definidos, sustentados como objetivos legítimos por todos los individuos de la sociedad, o por individuos situados en ella en una posición social diferente. Los objetivos están toscamente ordenados en una jerarquía de valores, implican diversos grados de sentimiento y de importancia y una estructura de referencia aspiracional. Son "las cosas por las que vale la pena" esforzarse. El segundo elemento de la estructura social define, regula y controla los modos admisibles de alcanzar esos objetivos. Todo grupo social acopla sus objetivos culturales a reglas, arraigadas en las costumbres o en las instituciones, relacionadas con los procedimientos permisibles para avanzar hacia dichos objetivos.

El hecho fundamental para la explicación de la conducta divergente radica en que los objetivos culturales y las normas institucionalizadas no guardan una relación constante entre sí. La importancia cultural concedida a ciertos objetivos varía independientemente del grado de importancia dado a los medios institucionalizados.

La hipótesis que formula Merton es la siguiente: La conducta anómala puede considerarse desde el punto de vista sociológico como un síntoma de disociación entre las aspiraciones culturales prescritas y los caminos socialmente estructurales para llegar a dichas aspiraciones.

(Continúa en la página siguiente).

Examinemos ahora, más en detalle, las normas o razones que impulsan la transacción del enfermo de comportamiento en transición con los sustitutos del especialista secular, particularmente el droguista,³¹ y la forma en que esta se lleva a cabo. Con este fin podemos comenzar por explorar la imagen que el enfermo tiene de aquel.

La Transacción entre Enfermo de Comportamiento en Transición y

el Droguista.

En primer lugar, el enfermo sagrado debe haber internalizado la noción de que la medicina secular suministra remedios cuyos efectos son seguros, rápidos, y quizás "milagrosos", aunque desconoce las condiciones y las reglas bajo las cuales debe administrarse. A la vez, ha de saber

Una vez que la sociedad ha entronizado determinadas aspiraciones culturales, los medios para lograrlas pueden no ser eficientes, o la sociedad puede no haber suministrado tales medios. En todo caso, los individuos intentan obtener tales metas, o dicho más genéricamente - tratan de adaptarse a ellas.

Cuando los individuos aceptan las metas culturales y los medios para llegar a ellas se produce el fenómeno de conformismo. Sin embargo, - puede suceder que los individuos resten énfasis a las metas culturales aunque sigan respetando de manera casi compulsiva las normas institucionales. Se tiene entonces el tipo de conducta divergente conocida como ritualismo.

Por otro lado, puede ser que los individuos otorguen la importancia que debe dársele a una meta o aspiración cultural, pero que encuentren escasez de medios legítimos para lograrla. Se emplean entonces medios institucionalmente proscritos aunque eficaces en algún grado para llegar a la meta cultural. En este sentido se habla de conducta divergente "innovadora".

Merton señala finalmente que otros dos tipos de conducta divergente - pueden darse. Son ellos el retramiento, en cuyo caso el individuo abandona esencialmente tanto los objetivos culturales estimados en otro tiempo como las prácticas institucionalizadas dirigidas hacia esos objetivos y la rebelión aquella en que el individuo deja de aceptar tanto medios como objetivos culturales, y desarrolla simultáneamente nuevas normas y medios institucionalizados para alcanzarlos.

³¹ Dado que el fin inmediato de este modelo es que sirva de guía en el Estudio de Droguistas hacemos énfasis en esta transacción, como ejemplo de las transacciones con los sustitutos del especialista secular.

que el especialista secular tiene los conocimientos necesarios para prescribirlos pero su capacidad económica, o/y su socialización no le permiten tener acceso a este servicio. El droguista es visto como el guardián de estos recursos claves, con conocimientos sobre su modo de prescripción y administración, y como una persona con la cual puede tenerse una comunicación más eficiente tal como se ha experimentado con el especialista sagrado. Entonces el droguista es probablemente definido como un sustituto del médico, y a la vez del curandero.³²

La transacción con el droguista se realiza porque el enfermo encuentra reciprocidad a sus demandas. Del boticario puede obtenerse consejo específico así como los medicamentos necesarios en un caso dado. No hay necesidad de retribuirle por sus servicios ya que el importe pagado por las medicinas, o una gratificación posterior, o lazos de amistad, - constituyen el pago a los servicios prestados o lo evitan. El enfermo puede saber que el droguista está motivado por el lucro, pero puede asumir que el consultarle constituye un incentivo.

La transacción se realiza también porque el enfermo puede transferir al droguista cualidades que son exclusivas del especialista secular: conocimientos del organismo, de la naturaleza de las enfermedades, y del tratamiento apropiado, o simplemente puede pensar que su experiencia en la droguería le pone en capacidad para diagnosticar, dar consejo y tratamiento.

³² Puede ser también que el droguista sea visto simplemente como una versión más avanzada del curandero, pero en igual plano de accesibilidad.

El droguista, por otro lado, puede contar con un equipo dramático para ejercer su oficio que puede llevar a que el enfermo lo identifique superficialmente con el médico: diplomas, blusa blanca, escenificación de la droguería, servicios que allí se prestan, Vademecums, etc. Por otro lado, la transacción se facilita dado que el droguista puede no desplegar los atributos de neutralidad afectiva, universalismo y especificidad funcional que prescribe el sistema de valores seculares. Para el enfermo, el droguista puede ser un vecino, un amigo, el compadre, o uno de los líderes del pueblo, o del barrio, y en la transacción esencialmente priman patrones de relaciones primarias. Al droguista se le puede consultar no solo sobre problemas de salud sino sobre todo tipo de problemas. Ahora, el droguista puede moldearse a las expectativas y deseos del enfermo, y la responsabilidad recae, nominalmente, sobre este último.

A esta altura del análisis, cabe preguntar la razón estructural que permite al droguista entrar en transacción con el enfermo de comportamiento en transición, y prestarle servicios que el sistema secular asigna exclusivamente al médico. La respuesta se obtiene al identificar la posición que el farmacéuta ocupa en el organización profesional secular.

Como se vió inicialmente, el sub-sistema de droguistas se caracteriza por ser una estructura complementaria del sub-sistema de especialistas seculares, aunque no está en contacto ni comunicación directa con el cuerpo médico. El droguista es el guardián de recursos estratégicos de la medicina secular. Al mismo tiempo, el droguista es socializa-

do (generalmente en forma asistemática) de acuerdo con prescripciones tanto del sistema secular como del sistema sagrado y posiblemente en tal proceso prevalecen las normas y los valores tradicionales.

Ahora, si existe una escasa disponibilidad de recursos que impiden al enfermo llegar primariamente a los servicios del especialista secular, o/y si los actores no han resuelto el conflicto de normas producido por la exposición a la medicina secular, el droguista posiblemente se prepara para expandir sus servicios, y encuentra que su socialización le permite responder a las demandas que le hace el enfermo en transición. En este sentido, el droguista se convierte a la vez en un sustituto del especialista secular, y en una versión más avanzada del curandero.

La posición del sub-sistema de droguistas en el sistema de cuidado de la salud en Colombia, es por tanto, una posición marginal, en el sentido sociológico de constituir un grupo situado entre dos sistemas de valores, compartir algunos de sus objetivos y normas, y responder a algunas de las expectativas de ambos.

La posición marginal implica que aunque el droguista puede lograr un modus vivendi en relación con las expectativas de los dos sistemas, el conflicto de normas permanece subyacente.

Constituyen estos, pues, los rasgos básicos de la transacción entre el enfermo en transición y el droguista, y las razones que la producen.

Consecuencias de la Transacción con el Droguista

El siguiente aspecto que debe considerarse es el de las consecuencias de esta transacción, es decir, su funcionalidad tanto para el enfermo como para los especialistas secular y sagrado. Una exposición de tales consecuencias, sin embargo, solo puede postularse en términos de sus probabilidades lógicas ya que se carece de datos definitivos al respecto.

Si al droguista le falta preparación específica para el ejercicio de la medicina, y además, su preparación para la farmacia es posiblemente asistemática, su diagnóstico y sus consejos pueden ser disfuncionales para la salud del enfermo. No obstante, existe la importante observación de que los droguistas cuentan con mecanismos que posiblemente coadyuvan en disminuir la posibilidad de errores: literatura médica y farmacéutica al día, con referencias precisas sobre indicaciones, contraindicaciones y posología de medicamentos; información secundaria, conferencias del gremio, etc., y la norma de abstenerse de ofrecer consejos y remitir al especialista secular cuando el actor presenta síntomas de patogénesis avanzada.

Para el especialista secular, el droguista usurpa su campo, constituye una amenaza para la salud de la población, y al mismo tiempo, ejerce una función auxiliar.

Para el especialista sagrado, el droguista significa también una

amenaza para su oficio, máxime cuando la población puede estar orientada cada vez más hacia la medicina secular, por tanto, le es disfuncional.

Investigaciones en el terreno podrían estar orientadas a confirmar o reprobando estas suposiciones.

La consideración de este aspecto lleva a su término el análisis de esta transacción así como del comportamiento en transición del enfermo tradicional. Solo resta llamar de nuevo la atención sobre las alternativas que se le presentan al enfermo una vez que el droguista le señala la imposibilidad de atenderle: consultar el especialista secular, o el tradicional, o dejar que la situación tenga solución propia. Investigaciones posteriores podrían orientarse también al estudio de estas circunstancias, y sus consecuencias para el estado general de morbilidad de la población colombiana.

Al llegar a este punto, la exposición de los rasgos básicos que han de tenerse en cuenta para el estudio de la constitución cultural del sistema de cuidado de la salud en Colombia se han completado.

Presentemos, para terminar una visión sumaria.

VISION SUMARIA

VISION SUMARIA

El modelo se ha propuesto postular los diversos modos en que los miembros de la sociedad colombiana definen la salud, y las soluciones que dan al problema de la enfermedad.

Con este objeto, se han expuesto las características de los grandes sistemas de conocimiento de la realidad, y los conjuntos de valores que rigen en el sistema de salud: la medicina científico-secular, y la medicina empírico-sagrada. Se han postulado los comportamientos que implican, y la conformación de las organizaciones profesionales paralelas. De allí surgen los sub-sistemas secular y sagrado .

Al mismo tiempo, se ha introducido el postulado de que tales sistemas sociales no existen aislados, ni son cerrados, sino que por el contrario están en interacción y que el hecho clave para la comprensión del sistema global de cuidado de la salud es el cambio que está ocurriendo del comportamiento tradicional en la dirección del comportamiento secular.

Con el fin de examinar a mayor profundidad el paso de la conducta sagrada a la conducta secular se ha identificado el problema que enfrenta la población de conducta cambiante en relación con la carencia estructural de recursos. En este contexto es adonde posiblemente puede hallarse explicación a la conducta aparentemente anó-

mala del "enfermo en transición" que consulta primero y en muchos casos solamente a los actores auxiliares del especialista secular.

La presentación de comportamientos de tipo sagrado, en transición y secular ante la enfermedad, por otro lado, ha cumplido la función de completar el primer paso en la dirección del análisis de transacciones entre sub-sistemas: definición tanto de ellos como de las prescripciones de rol de sus actores. De acuerdo con esto, el sistema colombiano de salud está conformado en general, por los siguientes sub-sistemas: de un lado, "enfermos seculares", "enfermos en transición", y "enfermos sagrados". Del otro, por organizaciones profesionales "seculares", "en transición", y "sagradas", que a la vez cuentan con varias subestructuras.

El siguiente paso consiste en postular la estructura de las organizaciones profesionales y en precisar y medir las transacciones entre los distintos sub-sistemas, a fin de dilucidar el "estado" actual del sistema global de cuidado de la salud en Colombia.

Investigaciones posteriores pueden ampliar el alcance del modelo al concentrarse en otros aspectos de su funcionamiento; no expuestos aquí. Por ejemplo, 1) la interacción del sistema global con otros sub-sistemas de la sociedad colombiana, verbigracia, el sistema educativo, (básicamente sus relaciones con el ambiente); 2) las variaciones que se producen en las prescripciones de la conducta ante la enfermedad - cuando se introducen en el análisis las variables sexo, estatus socio-

económico y grupos de edad, y 3) las consecuencias que tienen determinados conjuntos de valores y normas, y condiciones de cuidado de la salud para los procesos de fecundidad, morbilidad, y mortalidad.

El modelo, como se anotó al comienzo, es provisional, basado como está en la escasa información teórica, antropológica y sociológica, de que se dispone en la actualidad, solo puede tomarse como una fuente de hipótesis para investigaciones posteriores en el terreno, y como un ar mazón o marco conceptual para organizar el conocimiento que pueda obte ner a través de la investigación/^{sociológica} sobre la conducta de los colombianos ante la enfermedad. A su vez tales conocimientos servirán para ampliar lo y modificarlo.

El modelo, básicamente, se propone aquí como un punto de parti da para investigaciones futuras, y como herramienta para la ordenación de una realidad compleja.

BIBLIOGRAFIA

- Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y Ministerio de Salud Pública, "La Profesión Médica", Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia, Bogotá, Canal Ramírez-Antares, 1.968.
- Armijo, Rojas, Curso de Epidemiología, Santiago, Universidad de Chile, 1.964.
- Beals, Ralph L., y Hoijer, Harry, Introducción a la Antropología, Madrid, Aguilar, 1.953.
- Bredemeier, Harry, Social System Integration and Adaptation (Integración y Adaptación de Sistemas Sociales), New Brunswick, N.J., Rutgers University, (Manuscrito), 1.968.
- Durkheim, Emile, The Division of Labor in Society, (La División del Trabajo Social), New York, Collier-Macmillan, 1.966. (Hay traducción al español).
- Frazer, James, The Golden Bough (La Rama Dorada), Nueva York, The Macmillan Co., 1.928. (Hay traducción al español).
- Germani, Gino, Política y Sociedad en una Epoca de Transición, Buenos Aires, Paidós, 1.968.
- Germani, Gino, "Stages of Modernization in Latin America", ("Las Etapas de la Modernización en América Latina)" en Studies in Comparative International Development, Vol. V, #8, Beverly Hills, California, Sage Publications, 1.970.
- Gerth, Hans, y Mills, C. Wright, From Max Weber: Essays in Sociology, (Max Weber: Ensayos de Sociología), Nueva York, Oxford University Press, 1.946.
- Instituto Colombiano de Seguros Sociales, Informe del Director General (1.967-69), Bogotá, 1.970.
- Instituto Colombiano de Seguros Sociales, Informe del Director General (1.969-70), Bogotá, 1.971.
- Jaco, E. Gartly, Ed., Patients, Physicians and Illness, (La Enfermedad, los Médicos y los Pacientes), Nueva York, The Free Press, - 1.958.
- Leavell, H.R., y Clark, E.G., Preventive Medicine for the Doctor and his Community, Nueva York, ..., 1.958.

McGraw-Hill

- Martínez Briceño, Rafael, y Hernández de Alba, Guillermo, Historia de la Medicina Colombiana, Bogotá, Biblioteca Schering de Cultura Colombiana, 1.966.
- Merton, Robert K., Teoría y Estructura Sociales, México, Fondo de Cultura Económica, 1.964.
- Ministerio de Salud Pública de Colombia y Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, "Atención Médica", en Estudio de Recursos Humanos para la Salud, Bogotá, Canal Ramírez-Antares, 1.968.
- _____. "Evidencia Clínica", Estudio de Recursos Humanos para la Salud, Bogotá, Canal-Ramírez-Antares, 1.969.
- _____. "La Enfermería en Colombia", Estudio de Recursos Humanos para la Salud, Bogotá, Canal-Ramírez-Antares, 1.970.
- _____. "Métodos y Resultados", Estudio de Recursos Humanos para la Salud, Bogotá, Canal Ramírez-Antares, 1.969.
- Parsons, Talcott, "Definitions of Health and Illness in the Light of - American Values and Social Structure" ("Definiciones de la Salud y la Enfermedad a la Luz de los Valores y la Estructura Social de los Estados Unidos"), en Gartly Jaco, Patients, Physicians and Illness, Nueva York, The Free Press, 1.968.
- Parsons, Talcott, The Social System, (El Sistema Social), Nueva York, Collier, Macmillan Ltd., 1.964.
- Pineda, Virginia Gutiérrez de, La Medicina Popular en Colombia, Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Sociología, - 1.961.
- República de Colombia, Una Política de Seguridad Social, Bogotá, 1.971.
- Rosen, George, A History of Public Health, (Historia de la Salud Pública), Nueva York, MD Publications, 1.958.
- Soriano Lleras, Andrés, La Medicina en el Nuevo Reino de Granada durante la Conquista y la Colonia, Bogotá, Universidad de Colombia, 1.966.
- Suchman, Edward A., Sociology and the Field of Public Health, (La Sociología y el Campo de la Salud Pública), Nueva York, Russell Sage Foundation, 1.963.
- Weber, Max, Economía y Sociedad, México, Fondo de Cultura Económica, - 1.964.

Addendum Bibliográfico

Banton, Michael, Roles, Londres, Tavistock Publications, 1.965.

Buckley, Walter, Sociology and Modern Systems Theory, (La Sociología y la Teoría Moderna de los Sistemas), Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1.967. (Hay traducción al español, publicada por Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1.970).



Código cultural =(Véanse "Constitución Cultural" "Cultura")

Concepción del mundo = Visión coherente e intuitiva que abarca la vida, la sociedad y las instituciones. El mundo interpretado por una persona o grupo desde la perspectiva de un determinado sistema de valores, y las actividades y formas de conducta que de ellos se derivan.

Concepción secular, concepción sagrada del mundo = Definido en el Texto, p. 7.

Consenso-disenso = Dos caras del fenómeno social de acuerdo o en desacuerdo con valores y opiniones.

Consenso = Decisiones del grupo en que participan todos sus miembros consciente o racionalmente. Sentimiento compartido por todos. El hecho de que un grupo determinado acepte (aproximadamente) la misma definición de un sistema particular. Conciencia (en los miembros de un grupo) de compartir determinados sentimientos, tradiciones, ethos, opiniones, ideas o definiciones de situación. Se manifiesta en la solidaridad y se simboliza en las representaciones colectivas (Weltanschauung).

Continuum = Una herramienta conceptual que postula en abstracto una línea ideal a través de la cual pueden distinguirse las diferentes facetas de un fenómeno, y contrastarse los extremos. Por ejemplo, continuum rural-urbano quiere decir, que en un extremo o polo, puede encontrarse el máximo de las características rurales; a lo largo, los diferentes aspectos de ruralización-urbanización, y en el otro extremo o polo, el máximo de las características urbanas.

Constitución cultural = (Véanse "Código Cultural", "Cultura").

Cultura = Conjunto de símbolos compartidos y sus definiciones, que prescribe lo que el sistema social debiera hacer. (Definido en el texto, p. 23) Sinónimos son constitución cultural, código cultural.

D.

Definición cultural, prescripción cultural = Normas o valores legitimados por la cultura.

Desempeño de rol = La puesta en práctica, por un actor, de las prescripciones de su papel social.

Diferenciación social, diferenciación estructural = Dentro de la teoría sociológica contemporánea, se entiende por diferenciación social, el proceso de división de estructuras o su aumento de complejidad. Se refiere al procesos básico, distinguido por Durkheim, de la división del trabajo.

El concepto incluye la noción de diferenciación o indiferencia ción estructural.

Difusión de interés o generalidad (de la orientación) = Definido en el texto, p. 60.

Diseño de la investigación = Tiene un sentido estricto. Se refiere a la combinación del modelo conceptual con los indicadores empíricos. Además señala los métodos que se van a emplear en la recolección y el análisis de los datos.

Disonancia cognitiva = La situación que puede experimentar una persona al conocer una norma o noción diferente a aquella en que ha sido socializada pero que da respuesta al mismo fenómeno o situación.

E.

Especificidad funcional = Definido en el texto, p. 60.

Especialista = Definido en el texto, p. 2. De acuerdo a su acepción común y corriente el término se emplea principalmente en la p. 59 del texto.

Estatus = Una posición en una estructura social. También posición o prestigio social de una persona en su grupo o del grupo en una comunidad.

Estatus social = Posición de un individuo (actor) en un grupo social o en la sociedad. Posición relativa, rango o reputación.

Un actor puede ocupar estatus diferentes en diversos grupos o instituciones; este hecho se conoce como "status-set" o conjunto de estatus. La asignación de los estatus y la determinación de los deberes y recompensas aparecen cristalizados en los usos sociales y en las costumbres, y sancionados por ellos.

Estructura complementaria de roles = Conjunto de papeles cuyas prescripciones son recíprocas (enfermo=especialista, marido=mujer, etc)

Estructura de roles = Conjunto de papeles sociales relacionado con el desarrollo de la actividad social.

Estructura social = Configuración de la organización interna de cualquier grupo social. Caracteriza la suma total de las relaciones que los miembros del grupo mantienen entre sí y con el grupo mismo. Concepto general aplicado a todos aquellos atributos de los grupos sociales y tipo de cultura gracias a los cuales pueden captarse como todos compuestos o complejos constituidos por partes interdependientes.

F.

Función = Consecuencia objetiva de la conducta de los actores. Generalmente la función se identifica y se analiza desde el punto de vista del observador y no de los actores del sistema social.

Función latente = Es aquel conjunto de acciones sobre cuyas consecuencias los actores no tienen conciencia plena.

Función manifiesta = Es aquel tipo de consecuencia objetiva que es conocida por los actores.

Función negativa = Es aquel tipo de consecuencia objetiva de la conducta de los actores que contribuye al desajuste o desintegración del sistema social.

Función positiva = Es aquel tipo de consecuencia objetiva de la conducta de los actores que contribuye al ajuste del sistema social.

H.

Heurístico = Inventado. No existente antes.

I.

"Input" = Cosa concreta que necesita un sistema social. Técnicamente, cosas concretas o productos que deben entrar al sistema. (p.26 en el texto) No hay traducción exacta al español.

J.

Jugador de rol = Sinónimo de actor. Utilizado preferentemente por Bredemeier en su teoría de sistemas sociales.

L.

Logro o desempeño (orientación hacia) = Definido en el texto p. 61.

M.

Marginal (actor) = Véase supra.

Medicina mágico-empírica = Definido en el texto, pp.6-13.

Modelo ad hoc = Modelo provisional, temporal.

Modelo teórico = Una imagen o explicación en abstracto, generalizada y lógicamente construida, que tiene el sociólogo o el científico en general, del fenómeno o fenómenos que va a someter a estudio o que proviene del fenómeno estudiado. Sinónimos son : marco teórico, marco de referencia, perspectiva teórica.

N.

Neutralidad afectiva (en la orientación) = Definido en el texto, p. 60.

Niveles cognitivo, catéctico y evaluativo = Se refiere a los tipos de orientaciones del individuo o actor hacia la realidad. El actor conoce la realidad (nivel cognitivo), reacciona emotivamente ante ella (nivel catéctico), y realiza juicios de ella (nivel evaluativo).

Norma social = Cualquier modo o condicionamiento de conducta socialmente sancionada.

O.

Organización burocrática = Definido en el texto, p. 55

Organización estructurada = Organización regida por normas explícitas de conducta, y por controles sociales formales.

Organización laica = Definido en el texto, pp. 20-21.

Organización profesional = Definido en el texto, pp. 20-21

"Output" = Una cosa concreta que necesita el sistema social. Técnicamente, cosas, productos, concretos que deben salir del sistema. Aquí se utiliza en sentido general. Texto p. 24. (No hay traducción exacta al español. En Inglés significa, el trabajo o cantidad producida por una persona o una máquina. El acto de producir).

P.

Pauta de conducta = Serie de actividades ostensibles relativamente uniformes. Regularidad de conducta observable.

Pauta social = Grado modelo mínimo o máximo o modelo al cual un grupo de terminado espera que sus miembros conformen su conducta, vestido, alimentación, vivienda en aspectos particulares considera - dos como conducentes al mantenimiento de los valores sociales. Cualquier fragmento de actividades sociales mutuamente referidas que se repiten con frecuencia. Supone la coordinación y sin cronización de las acciones de dos o más individuos partícipes.

Particularismo = Definido en el texto p. 51.

Prescripción cultural = Véase "Definición Cultural". (Supra).

Práctica en corporación = Definido en el texto, p. 53

Práctica privada = Definido en el texto, p. 53

Proveedor = Definido en el texto, pp. 38-39.

R.

Relaciones sociales primarias y relaciones sociales secundarias = El concepto, de amplio uso en sociología, se utiliza para diferenciar los actores de un sistema social en dos grandes modos de establecer interacción social. Desde el punto de vista de una tipología ideal, las relaciones primarias son aquellas que se caracterizan por identidad de fines entre las partes, valoración intrínseca de los miembros, conocimiento inclusivo mutuo, y sentimientos de libertad e informalidad.

Las relaciones secundarias, por contraste, son aquellas que se caracterizan por disparidad de fines, evaluación extrínseca de la relación, evaluación extrínseca de los demás, conocimiento especializado y limitado de los otros y sentimiento de obligatoriedad a controles formales.

Rol = El papel que desempeña el actor en una posición o estatus. Designa la suma total de las pautas de conducta asociadas con un estatus particular. Incluye las actitudes, valores y conducta adscrita por la sociedad para cualquiera y todas las personas que ocupan el estatus. Aún puede extenderse para incluir las expectativas legítimas de tales personas con respecto a su conducta dentro del mismo sistema.

S.

Sistema de valores = Conjunto de valores sociales que rigen la vida de un grupo.

Sistema social secular de cuidado de la salud = Definido en el Texto, p.7

Sistema social sagrado de cuidado de la salud = Definido en el Texto, p.7

Sistema social = Es un conjunto de roles o de organizaciones de roles que existen en varios ambientes, y que son capaces de actuar colectivamente, con los roles y las relaciones del sistema y sus ambientes, definidas por una cultura. Puede referirse a una sociedad, una nación-estado, un grupo, una tribu, una familia, una organización burocrática, etc. (Todo depende de las necesidades de investigación).

Situación no-estructurada = Situaciones sociales regidas por un plan específico. (Muchas de las situaciones de la vida diaria).

Socialización = El proceso por medio del cual el actor adquiere (internaliza) las normas y patrones de conducta de la sociedad en que han nacido.

Solicitante = Definido en el Texto, pp. 38-39.

Sub-sistema social = Un conjunto de roles distinguible dentro de un sistema social.

T.

Tipos ideales, tipología ideal = Véase el texto, p . 42

Toma de decisiones = Uno de los tres procesos básicos que debe llevar a efecto un sistema social, Texto, p. 22

Transacción, situación transaccional = Véase texto, p. 25

U.

Universalismo = Definido en el texto, p. 61

Ubicuo = En todas partes.

V.

Valores = Normas de conducta generales que rigen.

Valores seculares = Valores sociales de tipo cosmopolita

Valores sagrados o sacros = Valores sociales de tipo tradicional (y/o provincial)

VARIABLES-PATRÓN (u orientación hacia la acción social) = Concepto básico para analizar las relaciones sociales y las estructuras o sistemas sociales. Véase p. 60.

Valores sociales = Normas generales de los grupos, que resultan de la evaluación de determinadas formas alternativas de conducta, y por medio de las cuales se otorga primacía a una de ellas.
Por ejemplo, entre el matrimonio sin disolución y el divorcio vincular, algunas sociedades latinoamericanas dan primacía al primero.
Los valores sociales son normas que subyacen los sistemas formales normativos (legales, religiosos, etc.)

Via-á-vis = Cara a cara.