



**REPUBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO DE CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD**



EL MÉDICO SALUBRISTA: PRÁCTICA, DISCURSO Y PODER EN EL ESPACIO PÚBLICO

Autora: Zully Vílchez

Tutor: Dr. Francisco Rodríguez

Naguanagua, Octubre 2011



**REPUBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO DE CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD**



EL MÉDICO SALUBRISTA: PRÁCTICA, DISCURSO Y PODER EN EL ESPACIO PÚBLICO

**Trabajo presentado ante la Dirección de
Postgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud
de la Universidad de Carabobo para optar
al título de Doctora en Ciencias Sociales,
Mención: Salud y Sociedad.**

Autora: Zully Vílchez

Tutor: Dr. Francisco Rodríguez

Naguanagua, Octubre 2011



**REPUBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO DE CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD**



VEREDICTO

Nosotros, miembros del jurado designado para la evaluación de la Tesis Doctoral titulada: **EL MÉDICO SALUBRISTA: PRÁCTICA, DISCURSO Y PODER EN EL ESPACIO PÚBLICO**, presentada por la cursante: **Zully Marina Vélchez de M.** Cedula de identidad: **4.137.495** para optar al título de: **DOCTORA EN CIENCIAS SOCIALES, MENCION SALUD Y SOCIEDAD**; estimamos que la misma reúne los requisitos para ser considerada como: _____

NOMBRE

APELLIDO

C.I.

FIRMA

*“Comienzo por cantar al sanador de enfermedades,
a Asclepio, hijo de Apolo, a quien pario la divina Corónide,
Hija del rey Flegias, en la llanura de Docio,
Gran alegría para los hombres,
Mitigador de penosos sufrimientos.
Así que te saludo a ti también, soberano,
Pues te suplico en mi canto”*

Himno a Asclepio

A Dios, artífice de mi espíritu,

*A mi madre, Seleucia, amor y vida, cordón umbilical que me dio
el néctar de la curiosidad, la observación, la interrogación*

*A José, mi compañero de vida, filósofo de cabecera,
Apoyo, Amor y Artesano de mi experiencia de vida.*

*A Zully Viviana y Enrique, semilla de arboles futuros
Que acogerán en sus sombras a otras generaciones
Prodigándoles el amor, la sabiduría y la humildad
Que anida en sus corazones.*

*A los jóvenes estudiantes de ciencias de la salud, futuros servidores de vida,
con los que cada día me embarco en la aventura de
Aprender a enseñar y de enseñar a aprender.*

*A mis compañeros-amigos de Salud Pública,
Inspiradores de estas paginas y solidarios vivientes*

*A Francisco Rodríguez poeta, guía para sortear los obstáculos,
Inconscientemente medicalizado,
Sabio para hacer cortes precisos en la plástica textual..*



**REPUBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO DE CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD**



**EL MÉDICO SALUBRISTA: PRÁCTICA, DISCURSO Y PODER EN EL
ESPACIO PÚBLICO**

Autora: Zully Vílchez

Tutor: Dr. Francisco Rodríguez

Fecha: Octubre 2011

RESUMEN

La Medicina es uno de los discursos disciplinarios con mayor reconocimiento social, se sustenta en una racionalidad científico técnica y ejerce un poder hegemónico sobre el enfermo y su entorno, con un discurso que ha sido catalogado como tecnocrático, biologicista, medicalizado, individualista. Genealógicamente igual que el discurso del médico salubrista, en racionalidad y discurso, sin embargo el salubrista es una práctica menos reconocida socialmente. **Objetivo general:** Generar conocimientos que nos faciliten visibilizar la práctica profesional del salubrista en el espacio público, centrado en las dimensiones de praxis/saber/discurso/poder, y en las huellas dejadas en su recorrido desde su surgimiento como disciplina en el s. XVIII hasta la contemporaneidad. **Diseño de investigación:** Se realiza una investigación cualitativa con una metodología hermenéutica, tipo análisis de discurso, con narrativas comparadas del discurso salubrista y del discurso clínico y se complementa con la revisión de contenidos teóricos, el estudio se apoya en la Teoría del Sistema Social Estructural Funcionalista de Parsons y en el Post estructuralismo de Foucault para el estudio del Poder con los cuales se realizó la contrastación teórica. **Técnica:** entrevista abierta y autobiografía, esta última analizada desde dos perspectivas, en un enfoque complejo. **Premisas emergentes:** El discurso salubrista tiene un lenguaje técnico administrativo, regulador, sustentado en la racionalidad científico técnica instrumental, de menor eficacia material ideológica que el discurso clínico. Es un discurso mediado a su vez por discursos programáticos, de vigilancia epidemiológica, etc. Los factores políticos económicos estructuran este discurso dado que la disciplina médica es un sistema burocratizado, jerárquico e hiperespecializado.

Palabras claves: discurso medico, discurso salubrista, poder medico, practica social, Biopoder.



REPUBLICA BOLIVARIANA DE
VENEZUELA
UNIVERSIDAD DE CARABOBO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DOCTORADO DE CIENCIAS SOCIALES
MENCION SALUD Y SOCIEDAD



EL MÉDICO SALUBRISTA: PRÁCTICA, DISCURSO Y PODER EN
EL ESPACIO PÚBLICO

Autora: Zully Vílchez

Tutor: Dr. Francisco Rodríguez

Fecha: Octubre 2011

Summary

The Medicine is one of the disciplinary discourses more social recognition is based on technical and scientific rationality exerts hegemonic power over the patient and his environment, with a speech that has been listed as technocratic, biologist, medicalized, individualistic. Genealogically as the discourse of medical health professionals, in rationality and discourse, but the public health specialist is a practice less socially recognized. **Objective:** To generate knowledge to provide us visualize the professional practice of public health professionals in the public space, focusing on the dimensions of practice / knowledge / discourse / power, and the marks left on its journey from its inception as a discipline in the s. Century to the contemporary. **Research Design:** We performed a qualitative research methodology hermeneutics, discourse analysis type, compared with narrative discourse and public health specialist clinical speech and is complemented by a review of theoretical content, the study relies on Structural Theory of Social Systems Parsons functionalist and post-structuralism of Foucault for the study of power with which the matching was performed theoretical. **Technique:** open interview and autobiography, the latter analyzed from two perspectives, a complex approach. **Emerging premises:** The public health professional speech language has a technical and administrative, regulatory, based on scientific rationality instrumental technique, less ideological than material effectively clinical discourse. This discourse in turn mediated by keynote speeches, epidemiological surveillance, etc.. Political, economic factors structure the speech as the medical discipline is a bureaucratic, hierarchical and hyperspecialized.

Keywords: medical discourse, speaking health professionals, to medical, social practices, biopower.

INDICE DE CONTENIDOS

	Pagina
Himno a Asclepio	iv
Dedicatorias y Agradecimientos	v
Resumen	vi
Summary	vii
Introducción	1
CAPITULO I: La Metódica	4
<i>La temática</i>	5
<i>Objeto de estudio</i>	14
<i>Objetivo General</i>	14
<i>Objetivos específicos</i>	15
<i>Justificación</i>	15
<i>Lo Ontológico</i>	16
<i>Construcción del Objeto de Estudio</i>	25
<i>Lo teórico-conceptual</i>	27
<i>Demarcando la ruta a seguir</i>	33
<i>Tácticas y Estrategias: Justificaciones</i>	36
• Revisión Documental	39
• Análisis del Discurso	40
CAPITULO II: Los actores irrumpen en la escena	48
<i>Del Discurso Clínico de Poder a la Formación de Recurso Humano en Salud con visión salubrista. Mi experiencia de vida.</i>	48
<i>Nuestro Interlocutor: Introducción</i>	59
<i>Entrevistando al salubrista: Actor con voz propia</i>	62
<i>Análisis de narrativas comparadas del discurso salubrista y del clínico</i>	88
<i>Análisis semántico de los discursos en estudio</i>	90

<i>Hermenéutica del texto</i>	102
El tercer ojo, un ejercicio de multiperspectiva para leer entre líneas: <i>Visión desde un Alter Ego: Análisis del discurso de la autobiografía</i>	104
<i>Análisis del corpus</i>	105
<i>El relato estructural: Hermenéutica del texto</i>	107
Tenemos los actores y sus discursos, tenemos los teóricos ¿cómo triangulamos en la búsqueda de lo significante?	111
CAPITULO III: Mirada antropológica del proceso salud- enfermedad. El Modelo Medico. Origen y Consolidación	116
Medicina en el s. XVIII	124
La Medicina en el positivismo europeo del siglo XIX.	130
Saber y Práctica Médica en el Capitalismo	132
CAPITULO IV: Un Discurso Disciplinario en crisis: Dignidad Humana y Praxis Médica a finales del siglo XX	135
CAPITULO V: El Poder. Formas de poder social.	147
<i>El poder permea la sociedad. El poder se ejerce</i>	149
<i>Poder y saber científico. Poder disciplinario/sociedad disciplinada.</i>	156
<i>Poder-saber: legitimación y jerarquía</i>	158
<i>Saber científico y poder político económico: del progreso a la inequidad social.</i>	160
CAPITULO VI: Poder/saber en salud	163
CAPITULO VII: La Salud Publica como estrategia Biopolítica	176
CAPITULO VIII: Poder, discurso y praxis médica en la globalización: la pérdida del sentido de la praxis.	185
CAPITULO IX: Lo construido de lo emergente	189
DOCUMENTACIÓN BIBLIOGRÁFICA	193

INTRODUCCIÓN

El trabajo que a continuación desarrollamos se trata de la salud y de la sociedad. De las formas como esta se organiza para atender, dentro de sus conceptos de salud-enfermedad, las demandas de cuidado. Se trata entonces de la vida, como lo existencial que subyace en nuestro devenir y en nuestras relaciones.

También habla del saber, como conocer, como disciplina, como cultura, como juego de lenguaje que expresa las alianzas y estrategias en nuestras relaciones con el otro y con los otros. Por lo tanto habla de alteridad, y de aquello que circula con los saberes, habla del poder.

Del poder que actúa, se ejerce, somete, regula, disciplina. Del poder que se expresa en un discurso, entendiendo este como *juegos del lenguaje* que vehiculizan un determinado estatuto de verdad, su ideología particular, cuyo fin es circular efectos de poder. De poder que no solo dice no o sanciona, de poder que también permite y recompensa, que genera espacios de interacción social.

La Medicina es una de las disciplinas que ejerce mayor efecto de poder y recibe, en contrapartida, mayor reconocimiento social. No en balde, en el ámbito social, donde el individuo se reproduce biológicamente, en sus modos de vida, en su campo de productividad, la enfermedad conduce a la disfunción, a la discapacidad temporal o en definitiva, al riesgo de morir. Solo el médico clínico, sin intermediarios entre él y el enfermo, puede actuar restituyendo la salud perdida, o mejorando las condiciones del enfermo. El y Dios.

En el ámbito académico multidisciplinario nos sorprendió encontrar tanto rechazo hacia el discurso médico, tanto resentimiento, sobre todo por parte de nuestros grandes

compañeros de gozo y sufrimiento, las y los enfermeros, quienes al parecer se sienten subordinados a los médicos, a pesar de tener el mismo nivel académico de competencias profesionales, sin embargo esta profesión es débilmente reconocida por la sociedad, aun con todo lo que aporta al cuidado humano. Sorprendente es escuchar también las cuitas de los salubristas, plagadas de frustración profesional, poca capacidad resolutive de problemas en vista de la subordinación al Estado, etc.

Entonces de la sorpresa surge la reflexión, las interrogantes y el deseo de iluminar el campo con la generación de conocimientos en el área. Pero, ¿sabe la sociedad que es ser médico salubrista? ¿Lo que significa este ámbito de prácticas? Como función estatal, su accionar se percibe como obligación del Estado, el colectivo entonces, así lo reconoce o lo reclama.

De forma que nuestra gran pulsión investigadora es estudiar el saber y la práctica social del médico salubrista, cómo opera el discurso salubrista en la comunidad. Qué racionalidad lo sustenta y los efectos de su poder, su contextualización témporo espacial en la Sociedad Globalizada, sus posibilidades de respuestas ante los problemas de salud actual. Cómo se rescata de su anquilosis académica y práctica. Naturalmente, todas estas interrogantes surgen de la comparación continua con el discurso y el poder que detenta el modelo biomédico.

Es en vista de lo anterior, que nos planteamos dos rutas de estudio: la revisión documental de textos y documentos sobre el tema y una práctica cualitativa, percibida como texto, el análisis de discurso en una narrativa comparada. Debemos decir, que como médica de profesión esta fue nuestra primera experiencia con lo cualitativo, y fue como asomarnos a

un espejo con lentes de aumento y ver todas nuestras imperfecciones, pero también la belleza de una profesión social cuya vocación es el otro. Por supuesto lo que percibimos entre líneas en esos discursos, forman parte del encuentro particular entre la sujeto cognoscente y el conocido, singular e irrepetible.

Así, que para nosotros, uno de los valores del estudio fue también la experiencia metodológica ganada, que nos permitirá a futuro emplearla en la investigación en este campo de saberes, de discursos, de ideologías, que es el campo social de la salud.

CAPITULO I

Metodología

*Siendo todas las partes causadas y causantes,
ayudadas y ayudantes, mediatas e inmediatas, y siendo
que todas se mantienen entre sí por un vínculo natural e
insensible que une a las más alejadas y más diferentes,
tengo por imposible conocer las partes sin conocer el
todo, así como también conocer el todo sin conocer
singularmente las partes.*
PASCAL

A manera de hilo conductor que atraviesa el proceso investigativo confiriéndole direccionalidad y sistematización, procederemos a presentar una visión general sobre los presupuestos constitutivos de la metodología de esta tesis de grado, la cual es una herramienta con pretensiones teórico-metodológicas que orientarán el camino a recorrer.

Está integrado por las siguientes partes: **1)** la preocupación temática, **2)** una visión ontológica, **3)** los procesos metodológicos a desarrollar. La primera parte a su vez, contiene una síntesis argumentativa sobre la reflexión que planteamos acerca de la práctica social del médico salubrista, quien despliega su accionar en el espacio público, desde un saber médico administrativo expresado en un discurso y en una relación de poder que se ejerce en dicho espacio de acción, comparándolo desde una perspectiva paralela con el saber médico clínico, de gran poder social y con un discurso hegemónico que se desarrolla en el espacio de lo privado.

La segunda parte se inicia con la construcción del sujeto/objeto social, la visión ontológica como máximo derivante, y exponemos a manera de inicio, algunos planteamientos generales como la relación entre el saber médico “dominio de saber”/poder/discurso social,

entendiéndose este último como “juegos de lenguaje” que constituyen una red de alianzas y estrategias cuyo fin último es la dominación.

En el caso del médico salubrista, este es un agente mediador de la dominación del corpus colectivo ejercida por el Estado, con fines primordialmente político-económicos, “mercancía” a ofertar como fuerza laboral saludable o poderío-militar (Foucault, 1975/1999; Rodríguez, 2006). El médico clínico, por su parte, cumple su papel o rol en el sistema social con un poder hegemónico que se apropia del corpus individual enfermo, quien vulnerado por la enfermedad y el miedo a morir, se somete al saber y la práctica clínica.

En la tercera parte, describiremos lo teórico/metodológico/instrumental que, a manera de mapa de vuelo, nos permitirá operativizar el proceso de conocer y aproximarse al objeto de estudio, esto constituirá la metódica.

La Temática

La práctica médica y el saber en salud ofrecen un amplio campo de estudio por ser asiento de múltiples problemas, contradicciones, tensiones, significados, construcciones simbólicas, y prácticas diversas. Esta multiplicidad de facetas es inherente a la construcción social de los saberes y las prácticas en salud, construcción en la que intervienen diversos actores sociales tales como el enfermo, la familia, la comunidad y el Estado.

El Estado es el garante de la salud de los ciudadanos, dando así cumplimiento al derecho humano a la salud, pero también cumple esta función con el fin de asegurar la mano de obra necesaria a la producción de bienes y servicios, actuando a través de diversas instituciones para la atención de la salud, con el saneamiento ambiental, administrando

recursos, normalizando y regulando el funcionamiento sanitario, legislando asimismo, el ejercicio profesional.

En su hacer margina y desconoce otros saberes en salud, que tienen que ver con la concepción cultural de la vida, de la enfermedad y de la muerte, que tienen diversos grupos minoritarios de base naturalista y mágica, pero con todo el derecho a defender esa concepción cultural que le es propia, y contribuye, en cambio, al fortalecimiento de la clínica médica científicista y tecnocrática, pero certificada por la academia, mediante el cumplimiento de ciertos criterios que tienen que ver con la rigurosidad, sistematicidad, verificabilidad, plausibilidad del conocimiento generado lo cual le proporciona validez y legitimidad.

La relevancia que los humanos damos al disfrute de la salud, permea todos nuestros espacios sociales: es condición indispensable para alcanzar el desarrollo humano en todas nuestras potencialidades, la salud es también requisito para un ejercicio laboral u ocupacional que conduzca a obtener los recursos necesarios para la propia supervivencia, así como, los necesarios para el progreso y el desarrollo económico de la sociedad a la que pertenecemos y ámbito en el que construimos una calidad de vida, expresada está en función del bienestar que disfrutamos.

La salud también es necesaria para el disfrute de otros derechos humanos como lo son el ejercicio de las libertades individuales, la participación en el espacio público, el acceso a la educación, el disfrute de una vivienda digna, a la seguridad social, a la cultura, recreación, etc., con los que guarda una relación de interdependencia, indivisibilidad, confiriéndole así un carácter irrenunciable e innegociable a los derechos humanos como prerequisites para la dignidad de la persona humana, dignidad esta que se entiende como

sacralidad de la persona humana, como el valor que esta tiene por encima de cualquier otro valor y que no se puede pagar en justiprecio.

Esta visión de la salud como bienestar y calidad de vida tiene un enfoque complejo, en el cual es relevante no solo el aspecto biológico de integridad física, mental, de ausencia de signos y síntomas de enfermedad; sino que involucra también aspectos culturales, sociales, económicos, tecnológicos, ecológicos y espirituales como las creencias de fe y otros aspectos mágico religiosos y metafísicos.

Esta visión compleja mencionada, se manifiesta en múltiples prácticas de salud que el hombre, en pertenencia con el conglomerado social en el que vive y convive, y a la concepción que tenga de la salud y de la enfermedad, construye para acceder a la salud, tales como: practicas chamánicas y otras prácticas curanderas y espirituales, medicina alopática o científico-académica, medicina homeopática, medicina china, y otras.

Es así, como la salud, se constituye en un hecho social, que se construye con otras y desde otras personas, originando un saber y una práctica, que por social, tienen una historicidad, un devenir, una evolución en el tiempo. Todo esto orienta a considerar el proceso de salud-enfermedad como fenómeno complejo porque su naturaleza no se define a partir de un factor o grupo de factores, sino como construcción social.

Asumiendo que la sociedad mundial, en los albores del tercer milenio, se caracteriza por problemas nuevos de salud que implican obstáculos diversos y nuevos desafíos, y partiendo de la concepción compleja de la salud, se hace necesario el abordaje de estos problemas con auxilio no solo del saber popular, saber narrativo o saber del sentido común,

sino también desde otras disciplinas en un ejercicio que podría ir de lo multi e interdisciplinario a lo transdisciplinario.

En relación a la disciplina médica, esta surge como conjunto de disciplinas que conforman una práctica profesional cuya finalidad podría resumirse en el *arte de curar*, siendo arte y *técnica*, técnica en cuanto a una práctica eficiente, de calidad, un saber-hacer y *arte* en el sentido de realizar el acto de sanar desde la consideración de lo humano, lo complejo, lo multidimensional que este ocasionando el proceso patológico, no como la creación de algo que no existía, original y novedoso por tanto, sino como la re-creación de la vida al devolverle el don de la salud perdida (Gadamer, 1996).

Sin embargo, en la evolución de esta disciplina, la serie de avances que se presentaron en el campo de la Física, la Química y la Biología dieron lugar por un lado a la aparición de equipos e instrumentos que permitían la exploración del cuerpo humano, tanto en lo micro como en lo macro, en la búsqueda y comprobación de los cambios anatomopatológicos y fisiopatológicos, que precedían a la aparición de la enfermedad, tal y como lo sostenían los investigadores de estas disciplinas desde un paradigma positivista, y por el otro lado, al inicio de la era microbiana y al criterio de causalidad en la medicina que hizo posible el abordaje de la enfermedad con terapias específicas como los antimicrobianos.

Estos avances mencionados iniciaron la transformación de la disciplina médica, de un saber práctico, dado por la separación de las personas sanas de aquellas consideradas como cuerpos enfermos o con condiciones de riesgo, como los pobres y mendigos, a una disciplina médica con un saber de racionalidad instrumental (Foucault, 1975/1999; Rodríguez, 2006).

De una práctica de control del ambiente, con medidas no de saneamiento sino de regulación de urbanismos, ubicación de hospitales, cementerios, constituyendo una medicina de carácter administrativo-regulador como *Nosopolítica* estatal, en una práctica médica tecnológica y medicalizadora, que nació en las mieles del éxito dramático experimentado en el abordaje de las pestes que diezmaron a la población, con el inicio de la era microbiana y el desarrollo de los antibióticos (op. cit.).

Este éxito opacó a la medicina del saneamiento ambiental, administrativa-reguladora, cuyo propósito era disminuir la posibilidad de contagio de patógenos, encubriendo también la atribución del hecho a la mejoría en las condiciones de vida: trabajo, alimentación, vivienda, dadas por el inicio de la revolución industrial, a pesar de que en el tiempo, dicho acontecimiento, significó también la presencia de muchas noxas y factores de riesgo laboral, por el desmejoramiento de las condiciones de los trabajadores obreros, quienes eran sometidos a cargas laborales muy fuertes y, la población en general, al deterioro del ambiente, circunstancia que entre 1830 -1880 dio origen al movimiento conocido como *Medicina Social*,(Almeida, N y Silva, J, 1999).

Así, la disciplina médica, y especialmente su discurso clínico, se ha venido configurando como una práctica profesional relevante y de gran trascendencia e impacto dentro de la sociedad moderna, conformando junto con la iglesia y los juristas, los grupos de prácticas sociales de mayor poder en la sociedad occidental.

En consonancia con esta trascendencia social, los profesionales de la Medicina se caracterizan por poseer un discurso ideologizante, hegemónico, que somete y disciplina los cuerpos y con ello a las personas, todo lo anterior como consecuencia del dominio de ese *arte*

de curar, de salvar la vida, bien sagrado anhelado por todos los seres humanos con lo cual el médico adquiere una estatura propia de Dios o de los dioses, según la creencia de fe de cada quien, pero que en resumidas cuentas, es la figura a la cual se le atribuye la potestad de vivir o morir.

Al intervenir en este proceso de restaurar la salud perdida o más dramático aun, de salvar la vida al moribundo, el médico adquiere un poder similar a Dios, poder que se ejerce sobre el cuerpo al cual somete, subordina, disciplina, normaliza, de modo similar a como lo hace el sacerdote con el alma, la cual redime pero al mismo tiempo sanciona, normaliza moralmente (Foucault, 1975/1997; Rodríguez, 1996).

Sin embargo, el materialismo en el cual se haya sumergida la humanidad en la sociedad moderna, explica la disminución progresiva del poder del discurso religioso en una época de tanta relatividad moral como la que estamos viviendo, en la que hombres y mujeres, piensan menos en la vida eterna y más en eternizar la vida terrena dando valor a nuevas tecnologías como clonación, trasplantes de órganos y tejidos, bancos de semen y de células madres, entre otros. Proceso este de racionalización de los mundos de vida, secularización y desencantamiento del mundo.

La disciplina médica, fundada así en un saber cimentado en la biotecnología avanzada, y por tanto, tecnocrático, configura un discurso y un poder absolutista, que opera sobre los cuerpos sometiéndolos a su ejercicio diagnóstico-terapéutico, sin tomar en cuenta que como personas, son más que un cuerpo aislado, y que por tanto están dotados de autonomía. Por el contrario, los mismos les retribuyen con un mayor reconocimiento social.

De esta forma el poder médico permea con su ideología a la sociedad, la medicalización somete no solo individuos, sino a otros saberes y prácticas tradicionales y culturales en salud que han pasado a ser catalogadas como “medicina de charlatanes”, consideradas como saberes no legitimados en el área de la salud-enfermedad.

El profesional médico se sitúa en una elite social que disfruta de poder económico, participación política en diversos ámbitos tanto públicos como privados, docencia y gestión académica, siempre participando en la toma de decisiones, privilegiándose su discurso y su accionar, como expresión del reconocimiento social.

Desde la década de los 80 del siglo XX, la hegemonía del discurso médico clínico se ha profundizado amparado en la mercantilización de la salud y en el desarrollo tecnológico, como consecuencia directa de las políticas neoliberales y la desregulación de los mercados producto de la globalización. La medicina ha pasado de ser una estructura ideológico-hegemónica a ser una superestructura metafísica que establece un orden sagrado de la vida y la muerte.

Paralelamente el discurso médico salubrista, cuyo saber y práctica corresponde a la salud pública o salud colectiva, detenta un discurso que, por el contrario, se ha debilitado en el devenir del tiempo, por diversos motivos: menor inversión de los Estados en el gasto social y con ellos menos presupuesto para la salud, debilitamiento del discurso de promoción de salud ante el progresivo incremento de colectivos viviendo en pobreza, sometidos a inequidades injustas, fragilidad de los lazos comunitarios con menor cohesión social necesaria para la participación en salud, entre otros.

Así mismo, la transformación de la medicina en una racionalidad tecnocrático-instrumental, derivó en un proceso de subordinación de la epidemiología y la salud pública a esta racionalidad, transformando la epidemiología en epidemiología clínico-biológica.

La salud pública como especialidad médica, nace como se mencionó con anterioridad, de la necesidad de vigilar los casos de enfermedades transmisibles que podían representar un riesgo de enfermar o morir para el colectivo de las sociedades del siglo XVII Y XVIII, y que devino en mejorar las condiciones de insalubridad de las viviendas, disposición de desechos, manejo del agua para consumo (Foucault, 1975/1999), en fin, en toda una práctica de Higiene Ambiental y registro de epidemias, endemias que ha sido catalogada por Granda (1997) como *enfermología pública*.

La finalidad de esta práctica social es la salud colectiva o poblacional, medir el riesgo de enfermar o morir, así como vigilar, normalizar y controlar el saneamiento ambiental, de forma que no represente un riesgo para la salud; también evalúa y hace seguimiento de las pruebas clínicas novedosas y nuevas terapias farmacológicas, con el fin de proteger al colectivo de efectos adversos de las mismas no detectados a nivel del laboratorio de investigación, entre diversas funciones.

Al actuar sobre el *corpus colectivo* regulando conductas colectivas, su poder se disuelve entre todos sus miembros, y estos no perciben ni reconocen el efecto de su acción sobre la salud individual, su acción sobre la salud es permanente, anticipatoria, promoviendo la salud y previniendo la enfermedad, pero el individuo no acude a él por la necesidad de ser sanado como ocurre en otras especialidades médicas, a las que se agradece la restauración de la salud individual.

El salubrista actúa siempre, pero los individuos como colectivos ni lo perciben, ni lo reconocen, ni lo demandan. A pesar del gran impacto social de su accionar, actúa detrás de los telones de una gran obra en la que la colectividad percibe y reconoce las condiciones de saneamiento ambiental, el control de epidemias como obra de las políticas de salud de los gobernantes, en las que el médico de salud pública es un actor más, sometido al poder de los gobernantes de turno y al discurso clínico de sus congéneres de profesión.

Su actividad profesional, desarrollada fundamentalmente en el ámbito público, administrando y gestionando los recursos presupuestados por el Estado para garantizar la salud poblacional, está supeditada a la disponibilidad de esos recursos, y a la voluntad política del Estado y de las alianzas político partidistas en el entorno de poder, para incluir en la agenda política, la salud colectiva.

Sus recomendaciones son entonces tamizadas, soslayando su saber y su práctica, por los intereses de partidos políticos, grupos económicos de poder, antes que por el bienestar colectivo. En definitiva, no disfruta o disfruta de poco reconocimiento social, no hay un discurso de poder hegemónico como el caso de los clínicos, su poder es un poder subordinado a otros intereses distintos de los que constituyen las funciones primordiales de la salud pública, en función de la relación de dependencia práctica-saber salubrista-Estado. Eficacia científico-tecnológica-material, y por tanto, ideológica, de la medicina clínica versus ineficacia material y por tanto ideológica de la salud pública.

Como consecuencia de lo anterior, las interrogantes que nos planteamos al inicio de este estudio, en relación a la práctica salubrista son:

¿Cuáles son los vínculos entre saber, práctica y discurso en el campo de la salud?

¿A qué intereses, racionalidad y contextos de poder obedecen, el saber, el discurso y la práctica en el campo de la salud pública?

¿Es la salud pública un discurso sometido al saber político estatal y al saber clínico?

¿El discurso, el saber y la práctica de la salud pública están sometidos a la racionalidad técnico-instrumental?

¿Existen diferencias entre la racionalidad científico-tecnológico-instrumental de la medicina clínica y la salud pública?

¿Qué modificaciones se pueden introducir en el perfil del salubrista para que ocupe, el liderazgo necesario en el campo de la salud pública, que responda a los nuevos conceptos y desafíos en el campo de la salud?

¿Cuáles son los vínculos entre la práctica y el discurso del Salubrista, la Cohesión Social y lo Comunitario en la Salud Pública?

Objeto de Estudio

La Práctica Profesional, Saber, Discurso y Poder del Salubrista en el espacio de lo público.

Objetivo General

Generar conocimientos que nos faciliten visibilizar la práctica profesional del salubrista en el espacio público, centrado en las dimensiones de praxis/saber/discurso/poder, y en las huellas

dejadas en su recorrido desde su surgimiento como disciplina en el siglo XVIII hasta la contemporaneidad, a fin de podernos aproximar a un perfil provisorio del Salubrista cónsono con los nuevos obstáculos, desafíos y conceptos en su campo de acción que emergen a inicios del siglo XXI.

Objetivos específicos

1. Estudiar la configuración del saber y práctica médica en la historia reflexionando críticamente sobre la influencia del contexto político económico como instituyente de ese saber disciplinario que configura un discurso y poder reconocido socialmente.
2. Confrontar la práctica clínica con la práctica salubrista centrándonos en la matriz saber/práctica/discurso/poder como vía de aproximación a la acción social del discurso salubrista en el s. XXI, tomando en cuenta el dato histórico de que la salud pública es el inicio de la medicina científica en la sociedad moderna.

Justificación de la Investigación

1. La multidimensionalidad del concepto de salud que requiere de un abordaje multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario enfocado en los determinantes sociales de salud.
2. La necesidad de formar Salubristas Políticos con visión social, capacidad de liderazgo estratégico y gestión de lo público, en este inicio del siglo XXI que demanda la participación y corresponsabilidad de los ciudadanos/as en la gestión de salud, coexistiendo con una sociedad globalizada con fragilización y complejización de los lazos sociales, pérdida de la identidad y del sentido comunitario.

3. La transición demográfica y epidemiológica que experimenta la sociedad venezolana, al igual que el resto de los países de América Latina, con aparición de nuevos problemas de salud, que requieren ser afrontados de una manera multi y transdisciplinar, ya que no es posible abordarlos solo desde la mirada biomédica.
4. El surgimiento de nuevos desafíos en el campo de la salud en la “sociedad del riesgo”, producto del avance incontrolado de la tecnología, cibernética, informática, precarización de las condiciones de trabajo, pobreza y desigualdad social amparados en un Estado Social mínimo ineficiente para cumplir las funciones esenciales de la salud pública.

Lo ontológico

En cuanto a la visión ontológica del problema, partimos de la concepción de la salud como un proceso dinámico de construcción histórica social, multidimensional y como un derecho humano que permite el desarrollo de la persona en todas sus potencialidades como individuo, comunidad y sociedad, por lo que la sociedad, según su concepción de la salud y de la enfermedad, desarrollará prácticas sanadoras legitimadas por diferentes instancias sociales.

Así mismo, concebimos el conocimiento como construcción humana, con rasgos subjetivos, en permanente transformación y por lo tanto histórico, derivado de múltiples influencias: ambientales, sociales, profesionales, entre otras.

Entonces, si el conocimiento es una construcción humana, experiencial y sensorial, como investigadores podemos asumir que, al aproximarnos a la naturaleza de la realidad por conocer, existe en el sujeto cognoscente una dualidad, generalmente inconsciente, sobre la naturaleza del objeto por conocer: lo preconcebido, originario del saber narrativo y de la experiencia libre sensorial, que nos inclina hacia la concepción de una *realidad que no existe totalizada y acabada en la naturaleza sino que es una construcción humana, por lo tanto inconclusa*, y por tanto, subjetiva. Y, lo estructurado en la concepción moderna propia a la formación académica del sujeto cognoscente desde el episteme positivista, en nuestro caso en particular lo dado por nuestra formación médica, que asegura que la *realidad por conocer esta ya constituida, totalmente acabada y concluida en la naturaleza*, lo cual explica su funcionamiento como leyes o verdades absolutas.

Sin embargo, considerando el sujeto/objeto de estudio “la práctica social del salubrista, su discurso y poder en el espacio público”, comparando su estudio con las dimensiones correspondientes del discurso clínico, la convicción es que solo nos podemos aproximar al estudio del mismo desde un episteme relativista, subjetivo, que se centre en lo relacional y en lo interactivo de esta práctica social, lo construido históricamente, que es lo que permite la configuración de un dominio de saber expresado en el discurso, en el lenguaje como instituyente.

El concepto de salud, digamos que es variable, polisémico, pudiéndose catalogar con criterios subjetivos y objetivos. Desde lo experiencial, podemos destacar que, partimos de una preconcepción de la salud como bienestar, un “sentirse bien” que implica tener capacidad para pensar, amar, realizar tareas, sufrir, gozar. Es armonía y funcionalidad.

Aunque esta definición pudiese parecer subjetiva, es real, solo cuando aparecen síntomas el sujeto se da cuenta de que algo no anda bien, estos síntomas no son más que percepciones subjetivas del fenómeno y variables según el individuo, configuran lo concebido como *padecimiento*. Por otra parte, podemos sentirnos bien, y sin embargo tener signos físicos de alguna enfermedad o, a la inversa, sentirnos mal y tener todos nuestros parámetros clínicos dentro del rango normal.

También es un concepto de calidad de vida, en el entendido del disfrute de servicios que aseguran una *buena vida*, esto es, el logro del desarrollo de la persona en todas sus potencialidades, algo más objetivo y tangible, tales como acceso a la canasta básica alimentaria, vivienda con servicios básicos, educación, trabajo suficientemente remunerado, acceso a servicios de salud oportunos y de calidad; los cuales desde 1948 constituyen derechos de la personas, y que se relacionan con la salud.

A diferencia de lo anterior, la enfermedad, la concebimos como circunstancia limitante o discapacitante, por condicionar una variedad de síntomas como debilidad, malestar, dolor, dificultad para realizar alguna función orgánica, que puede en casos importantes postrar y encamar a la persona, con la consiguiente pérdida de tiempo y capacidad funcional. Es por tanto disfuncional. Objetivamente, se puede definir como conjunto de síntomas y signos físicos, de significado anormal y patológico, que condicionan una limitación para el desarrollo de la persona temporal o definitiva.

Esta concepción se enraíza firmemente en el conocimiento médico positivista que explica, que hay un modelo causal de la enfermedad, generalmente como red multicausal, en el cual se tejen concienzuda e imperceptiblemente los hilos de los factores de riesgo a la

salud, como concepto que implica comportamiento humano riesgoso, ambiente peligroso o determinismo genético. De estos hilos, el más largo y tendiente a enredarse, es el de la conducta de riesgo, que hábilmente maneja el médico en una manipulación del enfermo que le permite “apropiarse de su cuerpo” para ejercer poder, y es que desde la óptica del enfermo, conducta de riesgo es igual a culpabilidad, a falta conscientemente cometida, y hasta castigo merecido por el mal comportamiento, si se ve desde el prisma judeo-cristiano. Es también el llamado a la corresponsabilidad en la salud que tiene la persona, tanto para prevenirla como para restituirla.

Así, según el o los factores de riesgo involucrados, según la disfunción o lesión orgánica detectada, en fin, según el desperfecto mecánico del cuerpo humano será el procedimiento terapéutico.

Lo anterior implica que el fin primordial de la formación médica es atender la enfermedad, el biologicismo y asistencialismo. Para lo cual se sirve de la razón instrumental, del intervencionismo. Esto es su centro de poder. Dios y El.

El médico y el enfermo no son sujetos iguales en jerarquía. El primero es un ser superior que subordina al segundo, por lo tanto, media entre ellos una distancia objetivadora. Media entre ellos, un poder y un saber que genera la desigualdad. Corresponde al sujeto enfermo reconstruir su estado de indefensión o desesperanza aprendida. Aquí es importante el apoyo de los grupos de pertenencia propios del entorno: familia y comunidad.

Esto conduce por ejemplo, a que otros fines de la Medicina, sean soslayados o ventilados superficialmente con el enfermo, del cual hay que mantenerse distante: la promoción de salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento y ayudar al bien

morir, quedan navegando en el lago de las aguas compartidas con profesionales del cuidado humano, las/los enfermeras. Estos últimos, centran su práctica en lo relacional, de no ser así, ¿cómo podrían cuidar y ayudar?

Y es que la enfermedad es tan importante, que amenaza la vida haciendo patente la angustia existencial de la muerte, incapacita, genera costos. ¿Cómo entonces no se va a reconocer la acción del médico? ¿Cómo no darle el poder para normar lo que debemos y no debemos hacer? ¿Cómo no aceptar su sanción moral?

Ahora, si bien esa maraña de hilos tejida en nuestra formación académica, ocultó temporalmente todo lo enriquecedor y multidimensional: lo dado por el saber narrativo, por la observación sensorial de los procesos de curación en otras especies vivas, por la relación observable de la enfermedad con pobreza, sufrimiento emocional, por las experiencias con otras prácticas sanadoras, y otras; en el curso histórico de nuestra experiencia profesional, luego del grado como médica y de unos cuantos años de ejercicio clínico, decidimos explorar otras áreas.

Resaltamos entre varias: la bioética, derechos humanos, liderazgo estratégico en salud y salud mental, que facilitaron el proceso de ir desenrollando la maraña a la que hacemos referencia, y así comprender que:

- La relación médico enfermo debe basarse en el amor, solidaridad y respeto por ese prójimo que sufre, legítimo otro con autonomía, es entonces una relación erótica.
- En dicha relación hay un intercambio bidireccional: Ambos aprenden en el proceso.
- Sea cual sea la experticia del médico, el enfermo no se cura sino se compromete física, emocional y espiritualmente con el proceso de curación.

- Las emociones enferman.
- El médico clínico debe aprender a ver la enfermedad terminal no como fracaso suyo, sino como curso de la vida trascendente del sujeto enfermo al cual debe acompañar en el proceso.
- Es inevitable el poder del clínico sobre el enfermo, por tanto, debemos aprender a hacer un uso ético de él.

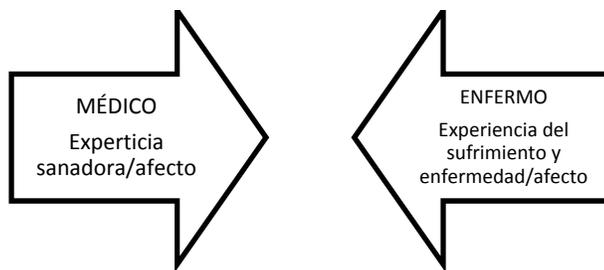


GRAFICO N° 1
RELACION MÉDICO-PACIENTE: FLUJO DE LA EXPERIENCIA SANADORA
(Diseño de la investigadora)

Si esto lo planteamos en el ejercicio clínico, ¿Cómo es que derivó en el campo salubrista? ¿Por qué la preocupación por su práctica? ¿Cuál es la relación de ambos discursos?

Entonces surge de nuevo el planteamiento de la construcción histórica de la práctica social del salubrista, que gira no en la enfermedad sino en el *continuum* salud-enfermedad, en cómo mantener este *continuum* lo más cercano posible a la salud, es lo que lo define como salubrista, cimentado entonces en determinantes sociales, en una calidad de vida, en lo macrosocial, en lo microsociales, en la trama de la vida cotidiana, coordinando y liderando la

acción de diferentes actores sociales, con un saber técnico administrativo regulando, controlando, normando sobre el corpus colectivo.

Desde esta perspectiva la incertidumbre es el “rol social del salubrista” que, emergiendo de un saber de la enfermedad colectiva en el siglo XVIII, solo controlable en ese tiempo por regulaciones de espacio, aislamiento de la enfermedad, saneando el ambiente, deriva en una práctica médica administrativa: gerencia la atención en salud, cuantifica la enfermedad y la vigila, controla el saneamiento, la higiene de los alimentos, sistematiza y registra las demandas de salud poblacional, etc. Es decir, debe actuar como agente del Estado, evitando la enfermedad colectiva y gerenciando la prestación oportuna de la atención de la enfermedad si fracasa la vigilancia epidemiológica.

Todo este saber lo expresa en un discurso y, por lo tanto en un poder. Pero ¿de quién es el poder? ¿Del salubrista? ¿Del Estado? ¿A quién somete este poder? ¿Cómo un médico formado explícitamente para curar, puede prevenir lo que debe curar sin entrar en conflicto consigo mismo? ¿Cómo un sujeto médico salubrista puede actuar sobre un corpus colectivo, constituido por subjetividades particulares, con éxito? ¿Es necesario que un saber se exprese en una formación discursiva ideologizante para lograr su función social? o ¿Puede la dialógica totalizante construida con la sociedad lograr los objetivos planteados en el área de la salud?

Perspectiva esta que debemos considerar a la hora de reflexionar sobre el salubrista que estamos formando, sujeto predominantemente técnico administrativo con dificultades para abordar la complejidad del corpus colectivo inmerso en un momento de la historia, en un lugar, en unas condiciones de vida.

Partiendo de la convicción de que el conocimiento de la realidad social es siempre una verdad relativa, por lo que tiene de contextual, poliédrico, histórico, subjetivo en lo que implica tanto al sujeto/objeto social de estudio como la subjetividad de quien investiga, podemos comprender lo clave en lo expresado por Morín (1999):

“el conocimiento pertinente debe enfrentar la complejidad (...) hay complejidad cuando son inseparables los elementos diferentes que constituyen un todo (...) existe un tejido interdependiente, interactivo e inter-retroactivo entre el objeto de conocimiento y su contexto, las partes y el todo, el todo y las partes, las partes entre ellas” (p.14).

Así es como, superando la visión reduccionista y fragmentadora de las disciplinas profesionales especializadas, sumergidas en una visión técnica de su objeto de estudio, desprovistas de toda reflexión y actitud interrogativa, visibilizamos una realidad social que debemos abordar relacionamente desde su discurso y práctica, que es una experiencia particular de cada salubrista, en cada contexto histórico social, en cuya acción social media por tanto lo subjetivo, experiencial, el aquí y el ahora, inmerso en una realidad poliédrica integrada también por otros actores como facilitadores o agentes del proceso de salud y guiado por un saber técnico legitimado por la Academia y por unas funciones esenciales acordadas institucionalmente:



GRAFICO N° 2 RELACIONES DEL ROL SALUBRISTA
(Diseño de la investigadora)

En esta trama de relaciones en el que se halla inmerso el salubrista debe guiarse por principios y valores éticos, prescriptivos y dogmáticos, algunos de los cuales son intrínsecos a las prácticas en salud, tales como hacer el bien y evitar hacer el daño, también convertidos en imperativo técnico, así vemos como Hipócrates en sus escritos enseña que *no se puede ser un médico bueno sin ser antes un buen médico* (Lolas, 2005).

Pero en el caso de la salud pública, es menester considerar además lo macrosocial, siendo fundamental considerar el valor de la equidad y la justicia distributiva que conduce a una administración racional de los recursos en salud siempre limitados e insuficientes, teniendo como norte el dar más a quien más necesita. Imperativo ético este, que se construye desde la solidaridad, empatía y compasión individual en las relaciones horizontales entre sujetos y, en la solidaridad vertical, mucho más compleja, que ocurre por la fusión de voluntades individuales en torno al poder, teniendo la equidad como valor nuclear y que lleva implícito la distribución y ejercicio del poder. Esto debe considerarse una necesidad técnica en el campo de la salud pública (Lolas, 2005).

Construcción del objeto de estudio

Cuando se inicia el proceso de investigación, alrededor del tema y del objeto de estudio seleccionado, se tejen una serie de preguntas que tienen que ver con ¿Cómo hacer el abordaje metodológico de la cuestión para obtener resultados que se aproximen a la certeza? siendo esta interrogante el centro agonístico de las perspectivas cuantitativas y cualitativas de la investigación, esto es, de las maneras que se tienen de conocer, de aproximarse a la realidad, sea este un fenómeno natural, social, etc.

Sin embargo, los aportes de la experiencia y de los metodólogos, han orientado la idea de la insuficiencia de ambos tipos de investigación, cuando de abordar la realidad social se trata. Así, Conde (1995) expone que las relaciones entre ambas perspectivas deben enmarcarse en una forma más amplia, en los procesos sociales e históricos de construcción de los sujetos/objetos sociales y en la propia historia de los lenguajes/ciencias/metodologías que se gestaron de forma paralela a dicha construcción.

Si el objeto de investigación es una realidad social, la perspectiva cualitativa surge inmediatamente como posibilidad que permitiría captar lo multidimensional y poliédrico de esta realidad, decisión que inevitablemente genera mucho ruido por aquello de la “subjetivación del objeto de estudio”. Sin embargo, todo objeto de estudio es subjetivo, por cuanto es concebido por sujetos.

Pero, sino es desde la perspectiva cualitativa, ¿cómo se pueden captar discursos, representaciones, simbologías inscritas en la cultura y en las prácticas sociales para así acceder a la configuración simbólica, a lo instituido por el instituyente, a lo motivacional?

¿Puede todo este mundo simbólico ser reducido a un número, a un dato, a una medida o indicador que refleje toda la riqueza del sujeto/objeto en estudio?

Esto es lo que sustenta la inclinación a abordar el objeto de estudio “práctica social del salubrista, discurso y poder en el espacio público” desde la perspectiva cualitativa, lo cual nos da la posibilidad de interactuar, de develar las intencionalidades, buscar lo significativo e instituyente de su discurso y de su praxis en el contexto histórico y cultural, que nos permitan comprender su ejercicio de poder como agente del Estado, en una acción social cuyo fin último es el Estado poderoso y benefactor, personificado en un profesional formado académicamente para ser médico.

En el entendido de que toda práctica social genera un dominio de saber, en el caso de la salud pública, un saber en salud técnico administrativo regulador, que se expresa socialmente en una formación discursiva que tiene un régimen de verdad, una ideología y que circula efectos de poder, la motivación principal que guía este estudio es el abordaje del discurso salubrista y del poder implícito en el mismo, expresión de un saber y una práctica social de la disciplina médica, pero también, de una función del Estado.

Luego de considerar lo ontológico del sujeto/objeto de estudio que nos aproxima a la naturaleza del objeto a estudiar, el siguiente nivel de estudio muestra la postura epistemológica del investigador, la relación del conocedor con lo conocido, para avanzar, en el siguiente nivel a responder cómo podemos descubrir las cosas (Guba, 1994).

Es por tanto necesario, acercarse al objeto de estudio luego de la revisión de lo teórico-metodológico-instrumental que permitiría su abordaje.

Lo teórico-conceptual

Una aproximación al sujeto/objeto de estudio social desde lo epistémico-teórico, desde el sistema de verdades en el que se sustenta el objeto por conocer, esto es la conformación de un constructo teórico-epistémico-metódico, es primordial para poder aproximarnos a la interpretación del mundo de vida de los salubristas, su práctica social, su saber, el discurso salubrista, el poder del mismo, así como para establecer desde una táctica comparativa, su relación con el desarrollo de la matriz saber-poder en la clínica médica y su significancia social .

En el campo de las ciencias sociales dos teóricos sobresalen por haber dedicado buena parte de sus estudios al campo de las ciencias médicas: Talcott Parsons, teórico fundante de la vertiente *estructural funcionalista* de la teoría sociológica contemporánea y Michel Foucault, considerado como un *post estructuralista*.

El primero de ellos sustenta su análisis de los sistemas sociales en el “Rol Social y las orientaciones de valor en la estructura social, en los mecanismos motivacionales de los procesos sociales y la implicación de las pautas culturales” destacando además que el problema de la salud se encuentra vinculado a los prerequisites funcionales del sistema social, en el sentido que incapacita al individuo para cumplir su rol social, entonces concibe a la enfermedad como un evento disfuncional y de ahí surge el interés funcional de la sociedad en su control (Parsons, 1976).

La práctica médica es uno de los mecanismos funcionales de la sociedad para controlar la enfermedad de sus miembros lo cual es satisfecho a través de roles

institucionalizados, esto implica el desarrollo de un conocimiento científico que forma parte y es construido en una tradición cultural que excluye otros saberes en salud no científicas.

La estructura social determina el rol del médico que practica y el rol del enfermo. En el primero, su rol funcional es el cuidado humano, técnicamente formado e institucionalmente validado para administrar dicho cuidado, está legitimado socialmente para guiarse por el "bienestar del paciente", hacer el bien al enfermo como principio de acción desempeñando su rol con competencia técnica, especificidad en sus funciones, esto es, especializado, con neutralidad afectiva hacia el enfermo (op.cit.).

En cuanto al rol del enfermo, para Parsons existen una serie de expectativas institucionalizadas, sentimientos y sanciones como: excepción de las responsabilidades normales de su rol social en relación con la naturaleza y gravedad de la enfermedad, lo cual debe ser legitimado por el médico y se vincula con la definición institucionalizada del rol del enfermo y de la enfermedad como indeseable en sí misma, obligando al querer sanar como medio para que el enfermo acepte la ayuda , condicionando además al enfermo a buscar ayuda técnicamente competente y a cooperar con el proceso de sanación.

Los privilegios y excepciones del rol del enfermo pueden dar lugar a beneficios secundarios por lo que en el control social de la enfermedad entran en juego procesos motivacionales funcionalmente significativos e institucionalizados (Parsons, 1976).

Entonces, para este teórico, el rol del enfermo entraña dependencia, temporalidad, es negativamente adquirido, universalista, clasificatorio, no relacional, funcionalmente específico en cuanto a estar reducido al área de la salud y orientado con un enfoque de neutralidad afectiva.

En estos términos, la relación médico-enfermo será la del médico proveedor o restaurador de la salud, experto técnico, cuyo rol es institucionalmente validado y legitimado y, del otro lado el enfermo como dependiente, incapacitado temporalmente, necesitado de ayuda experta para sanar y desesperanzado. En este subsistema de relaciones sociales operan otros actores, individuales o colectivos, que median en el proceso tratando de establecer un control social que atienda a un principio de normas morales y código de valores en cada contexto cultural (op.cit.).

Esta concepción teórica se podría esquematizar (Grafico N° 3) en el contexto histórico social, destacando factores instituyentes de los roles sociales contenidos en lo cultural (concepción salud-enfermedad: valores, simbología, creencias sanadoras), en lo político económico estructurante y en lo discursivo como continente de lo significativo, de los juegos de alianzas y estrategias que configuran el lazo social referido por Lyotard (1998).

A diferencia de la concepción estructural funcionalista de Parsons, el enfoque del post estructuralismo de Foucault, centra su atención en la relación saber-poder, lo cual está intrínsecamente entrelazado en todo saber disciplinario, y así desde la genealogía como abordaje metodológico, estudia esta relación analizando “el poder en las ciencias humanas y sus prácticas relacionadas con la regulación de los cuerpos, el gobierno de la conducta y la formación del yo” (Dean citado en Ritzer, 2004).

Desde un recorrido histórico de acontecimientos descritos en textos, documentos, cursos de acción, este teórico rastrea, en un trabajo verdaderamente arqueológico, las huellas y vínculos de estos contenidos históricos en “trayectorias organizadas y ordenadas que ni son el simple despliegue de sus orígenes ni la realización necesaria de sus objetivos” es una

“historia crítica, interroga constantemente lo que es dado, necesario, natural o neutral” (Op. Cit.).

LA CONCEPCIÓN CULTURAL DE SALUD ENFERMEDAD

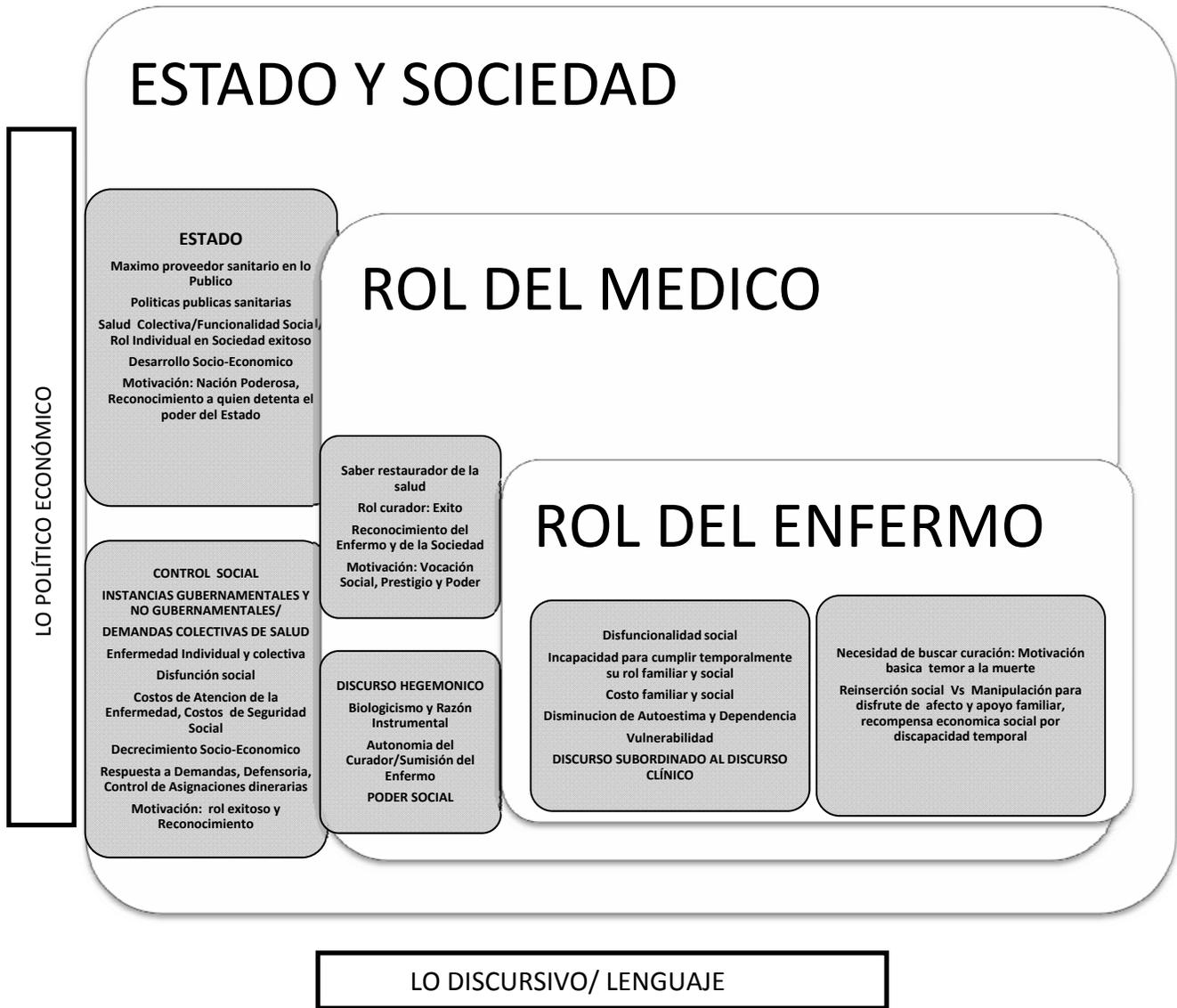


GRAFICO N° 3 ESTRUCTURA SOCIAL: JERARQUÍA Y ROLES EN EL PROCESO DE SALUD/ENFERMEDAD. (Diseño de la investigadora)

Es el estudio de la historia no desde lo cronológico temporal, sino desde los acontecimientos, como discontinuidades y rupturas, que determinan las prácticas sociales. Al respecto, Foucault expresa que “la genealogía es una forma de historia que da cuenta de la constitución de los saberes, de los discursos, de los dominios de objeto” (Foucault, 1975/1999, p.47) y de la emergencia de un nuevo régimen de verdad que “está ligada circularmente a los sistemas de poder que la producen y la mantienen, y a los efectos de poder que inducen y que la acompañan” (ídem, p.55).

Dentro del estudio del saber-poder, Foucault se interesa por los saberes disciplinarios, y en estos aborda la matriz saber/poder conformando verdaderos “dominios de saber” que se expresan en la construcción discursiva, en un régimen de verdad estatuido y en los efectos de poder implícitos en el discurso en cuestión. Esta producción de la verdad está dada por un régimen de producción político-económico e institucional, es una economía política de la verdad (Foucault, 1975/1999).

Es así, como este autor, se aproxima al campo del saber y la práctica médica, como un saber de gran preponderancia social que se instrumenta a través de una formación discursiva bien ordenada y organizada como “producción de verdad” necesaria al mantenimiento del poder sobre el corpus individual y colectivo al cual somete, disciplina, normaliza.

La Medicina como saber y práctica social logra, a través de la producción de un conocimiento científico, validado por la academia, tecnocrático, interventor, convertir a las personas en objetos y someterlos, lo que ha sido llamado por Foucault “el orden de los cuerpos”.

Este discurso del “orden de los cuerpos” al intervenir en la conservación de la vida y de la salud de las personas, influye también en el sistema de producción de la sociedad, por lo que la sociedad le agradece legitimando su discurso.

El poder de este discurso es consolidado además por la producción de un lenguaje propio y un despliegue de símbolos, que en el caso de la práctica médica, se refieren a un lenguaje científico incomprensible para el enfermo, experticia validada académicamente que lo hacen poseedor de toda la verdad, poder económico, prestigio social, acceso a bienes de consumo y otros beneficios.

Foucault critica la jerarquía del conocimiento que busca someter, interesándose además por las tecnologías derivadas de ese saber y como estas son institucionalizadas para ejercer poder sobre las personas (Dean, citado en Ritzer, 2004).

La herramienta metodológica utilizada por Foucault para desarrollar la Genealogía de los saberes es la Arqueología en la que busca “reglas de formación que determinan las condiciones de posibilidad de todo lo que se dice dentro de un discurso particular en un momento dado” (op. cit.), para posteriormente desde la genealogía emprender un “análisis crítico y seriado de los discursos históricos y su relación con asuntos de interés en el mundo contemporáneo”

Desde esta arqueología de la práctica médica, el autor destaca la evolución del saber médico en la historia social desde una medicina de las cosas y del ambiente en el siglo XVII, a una medicina clasificatoria de enfermedades a finales del siglo XVIII, para luego en pleno siglo XIX desarrollarse como una práctica que interviene sobre la enfermedad individual, y, en casos de epidemia, sobre el colectivo, distinguiendo lo normal de lo patológico y los

efectos de la enfermedad sobre el sistema productivo y la riqueza, desplegando así la medicina una serie de normas, regulaciones, destinadas a la prevención de la enfermedad, inicio de la Medicina como “Administración de los cuerpos” gestionada por el Estado (Foucault, 1975/1999).

Posteriormente en el *Nacimiento de la Clínica*, este autor, habla de la génesis de la Medicina clínica a inicios del siglo XX, hablando de la “mirada”, entendiendo mirada como conocimiento y lenguaje, para describir el cambio epistémico que significó para la Medicina la mirada anatomopatológica, inicio del discurso clínico de la Medicina.

Una mirada que en principio recorría el cuerpo desde la percepción sensorial del médico, develando signos de enfermedad, comparando, buscando similitudes, analogías, diferencias con lo ya visto, en fin iluminando el cuerpo, sus órganos y tejidos, para construir una hipótesis diagnóstica y proponer un tratamiento.

Mirada que, con la revolución industrial y tecnológica, se convierte cada vez más en instrumental, con el auxilio de dispositivos que magnifican y revelan lo oculto a simple vista, hecho que progresivamente va sustituyendo lo sensorial por lo instrumental, lo interventor, dando lugar a la racionalidad instrumental que caracteriza a la clínica contemporánea.

Demarcando la ruta a seguir

Desde la perspectiva teórica de Parsons y Foucault, realizamos un abordaje investigativo desde lo cualitativo, ya que este tipo de investigación ‘trata de identificar la

naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y de sus manifestaciones” (Martínez, 2007).

Para ello es necesario el registro de la información suficiente como unidades de análisis, y, su posterior estructuración con una lógica coherente de la cual puedan surgir categorías de estudio, al establecer procesos relacionales de significado, para la posterior contrastación y teorización que permita aproximarnos a la realidad social en investigación, en este caso, la práctica, saber, discurso y poder del médico salubrista en el espacio de acción social, el espacio de lo público.

La metodología que realizamos fue de tipo Hermenéutica, que Martínez (2007) refiere como aquella

Cuya misión es descubrir el significado de las cosas, interpretar lo mejor posible las palabras, los escritos, los textos, los gestos, y en general el comportamiento humano, así como cualquier acto u obra suya pero conservando la singularidad en el contexto del cual forma parte (p.102).

Según Dilthey (1900, citado por Martínez, 2007, p.104): “no solo los textos escritos sino toda expresión de la vida humana es objeto natural de la interpretación hermenéutica” constituyéndose así en un método idóneo para el estudio del comportamiento humano, organizaciones sociales, sistemas culturales y otros. Siendo importante considerar que el individuo, no forma una realidad aislada ya que se haya en permanente interacción con su entorno, así que necesita ser comprendidos en el contexto de sus conexiones sociales, culturales, históricas (op. cit.).

La hermenéutica social, utiliza como abordaje de las realidades sociales en estudio, la interpretación de textos, pero no textos bibliográficos, sino textos sociales, textos de la vida social: discursos, historias de vida, prácticas, vida cotidiana, etc. No se investigan hechos, datos, respuestas puntuales.

La estructura del sistema social y el rol funcional del médico, del enfermo y del binomio Estado/sociedad propuesta por Parsons, y que no es más que una expresión del orden social imperante en la cultura moderna, nos permitieron visibilizar la direccionalidad de las ideas-fuerzas y de los agentes mediadores, así como de la supremacía de lo jerárquico en esta sociedad moderna, que aún se mantiene en la primera década del tercer milenio, aunque se dan ya indicios de desmoronamiento jerárquico institucional a favor del orden global.

El planteamiento teórico de Foucault, nos ayudó a visibilizar el impacto que tiene la construcción discursiva, la cual estructura un sistema de verdad en el que se vehiculizan efectos de poder, el cual es ejercido por quien detenta ese saber y esa práctica, sometiendo al sujeto de su acción social.

Desde la perspectiva de la realidad social en estudio, el abordaje cualitativo nos permitirá develar lo significativo e instituyente de este discurso y este poder sobre la organización social, su dinamicidad e historicidad, las influencias de lo político-económico en este proceso, y cuál es la racionalidad imperante y la lógica teleológica de la práctica social.

Tácticas y Estrategias

Cuando decimos que vamos a estudiar la cuestión desde la perspectiva cualitativa, inmediatamente se nos plantearon conflictos, como era de esperarse si nos hemos formado académicamente en la sociedad moderna del orden y la estructura, en la racionalidad instrumental, en la estructura siempre rígida y verificable del método cuantitativo con sus premisas de neutralidad afectiva y distanciamiento de la realidad a estudiar:

El problema de la neutralidad afectiva nos lo aclaró un texto de *La Gaya Ciencia* de Nietzsche, el cual retoma un texto de Spinoza quien decía que “¡no reírse, no lamentarse ni maldecir, sino entender!”, dando a entender que para comprender es necesario distanciarse emocionalmente de los objetos, abstenerse a reír o a lamentarse de ellas o a maldecirlas. Nietzsche dice lo contrario, que conocer es el resultado de estos tres impulsos diferentes, que al manifestarse ellos nos dan cuenta parcial del objeto por conocer y que el conocimiento se da como un acto de conciliación entre estos impulsos (Nietzsche, 1882/2010).

Leído lo cual, entendemos que debemos más bien para captar la realidad, aproximarnos a ella afectivamente en su singularidad, en lo que de relación vivencial guarda la realidad con el cognoscente, a cuya verdad solo nos aproximaremos, dando a conocer una verdad parcial, que es verdad solo para lo construido entre el cognoscente/lo conocido, siempre circunstancial.

En ese sentido, el punto de partida de este estudio y que nos motiva a aproximarnos a él para significarlo, es el conflicto interno que vivimos al confrontarnos con el discurso y poder clínico hegemónico y autocrático de inicios del s. XXI, que si bien no lo habíamos hecho consciente, inconscientemente lo utilizábamos en nuestra relación médico-paciente y

como medio de obtener, por ejemplo un trato especial, en algún nivel u organización social, cuestión que además constituía una conducta internamente naturalizada.

Igualmente conflictivo y que nos motivó a la reflexión e interrogación, fue comprobar, el rechazo actual de este discurso en el ámbito académico, que nos atreveríamos a decir, tiene algo de resentimiento hacia el reconocimiento social del médico y más sorprendente, fue darnos cuenta de la diferencia en el reconocimiento del médico salubrista, ámbito en el cual ahora nos desempeñamos en una labor de formación de recursos humanos para la salud.

El otro conflicto fue ¿Cómo escribiremos lo realizado? ¿Cómo escapar de las garras estructurales que demarcan nítida y claramente las diferentes etapas de una investigación, a fin de dotarla de la rigurosidad necesaria a la validación de los resultados por la Academia?

Pensamos que como lógica interna del proceso investigativo el mismo debe partir de unos objetivos que orienten la direccionalidad del proceso y más que un método cualitativo predeterminado, se implementan prácticas cualitativas, cuyo proceso empírico de producción, constituye un “proceso concreto, socialmente condicionado, multidimensional, abierto y contingente (y, en este sentido, nunca controlable de forma absoluta)” (Ortí, 1998, p. 90). Prácticas que como constructivas, evidencian nuestra experiencia previa con el sujeto/objeto de estudio.

Optamos por escribir lo desarrollado, empleando un *plural mayestático* (primera persona del plural), que denota quizás equipo y construcción entre varios, cognoscente/lo conocido, pero también aproximación, visto de cerca, compartido y recreado.

De esta forma, tratamos de responder nuestras preguntas iniciales acerca del sujeto objeto de estudio con la utilización de dos herramientas metodológicas:

1. La *Revisión Documental* de textos y documentos históricos relativos al surgimiento y devenir de la praxis salubrista. Tratando de leer en lo allí plasmado el sentido de lo dado.
2. El *Análisis de Discurso* como método hermenéutico aplicado en este caso, no desde el punto de vista sintáctico, ni de organización o riqueza lingüística, sino en la búsqueda del sentido del mismo, su intencionalidad.

Seleccionamos la Teoría Pragmática del discurso, que es el estudio de la comunicación lingüística en el contexto, “su objeto son tanto los procesos como los productos de la comunicación, incluyendo su inserción en la cultura y las consecuencias sociales” (Blum-Kulka, 1997. En van Dijk, 2005, p.67).

La teoría pragmática explica:

Como los interlocutores salvan la distancia entre los significados oracionales y los significados o intenciones de los hablantes... sus unidades de análisis no son las oraciones, que son entidades verbales definibles mediante la teoría lingüística, sino las emisiones, que son unidades verbales de comunicación en contextos concretos (op. cit., p.69)

Estas técnicas las ejecutamos con la finalidad de comprender, los diversos escenarios y modos, como se produjo la puesta en escena del discurso y la práctica médica científico-institucional en la sociedad actual.

Revisión documental

Optamos por esta técnica, como posibilidad de conocer el devenir histórico del saber médico, su práctica, discurso, la intencionalidad del mismo y sus efectos de poder, en el transcurrir del tiempo desde la Grecia Antigua, pasando por la Edad Media, la Edad Moderna hasta el momento presente de la Sociedad Globalizada.

La finalidad no fue narrar la continuidad histórica, sino la reconstrucción del sentido del discurso y sus prácticas, surgido de la práctica médica como acontecimiento, como lo instituido y estructurado, así como el régimen de verdad estatuido y el poder implícito, a la luz de lo político-económico que contextualiza el hecho en sí.

Respecto a esta técnica, vale destacar lo que expresa Sánchez (1979, p.88) al respecto:

Abstrae las características no esenciales que ofrecen los hechos, fenómenos o datos registrados en documentos y generaliza en base a las características fundamentales. La investigación documental requiere de la inducción-deducción, del análisis-síntesis. Es un trabajo que requiere de la creatividad y de la atención.

Revisamos diversas fuentes bibliográficas, previa búsqueda sistematizada por palabras claves de contenidos accesibles on line y contenidos en bases de datos virtuales variadas, tales como Scielo, Revencyt, Latindex, Google y publicados en revistas acreditadas como publicaciones A y B, por las bases de datos mencionadas.

Así mismo accedimos al contenido de textos de diversos teóricos, de una variedad de autores reconocidos que en la sociedad contemporánea se han interesado o han trabajado el

tema en cuestión, quiero destacar principalmente la obra de Michel Foucault, quien ha abordado el tema en diversos títulos de su obra, y de Talcott Parsons, Laín Entralgo, y otros quienes desde diferentes perspectivas se han aproximado al saber y práctica médica o añadieron otras perspectivas al tema o al enfoque metodológico empleado.

Las fuentes bibliográficas fueron revisadas o abordadas de dos maneras:

- Con lectura crítica, resumen, reflexión y conclusiones acerca del cuerpo teórico del documento o texto.
- Con la Sistematización y Registro de la ficha bibliográfica como tal siguiendo las normas de la APA (*American Psychological Association*) vigentes (2010) que guían el proceso de elaboración y publicación de textos en el área de las Ciencias Sociales.

Igualmente, en un momento diferente, revisamos documentos relativos a las prácticas en salud (políticas, programas), que conforman un histórico de esta práctica social y función de los Estados Naciones, accesible en las páginas web de instituciones: OMS (Organización Mundial de la Salud), OPS (Organización Panamericana de la Salud, y otros.

Análisis de discursos

El objetivo de esta herramienta metodológica es comprender la vida social e individual desde los significados presentes en los textos hablados y/o escritos.

Según Martínez (2007) el análisis textual se aplica, no al texto en sí, sino a lo que esta fuera de él, a su significado, haciendo uso de la semiótica que nos permite vincular lo

sintáctico (lo gramatical del contenido) a lo semántico (significado o sentido que se le atribuye) y pragmático (intencionalidad o propósitos) del texto discursivo. Es decir, sería el desciframiento de los significados de base del texto que exige una relación de implicación estructural entre el texto y el contexto, o dicho de otro modo, la explicitación de los procesos históricos de las subjetividades y los contextos que subyacen en los textos y discursos.

El objetivo final es la formación de un meta-texto, el cual presenta el corpus textual modificado, mostrando sus aspectos no directamente intuibles pero presentes en el discurso como la intencionalidad, el significado, acción, todo lo cual debe ser justificado teóricamente (op. cit.). El corpus, en el análisis de discurso, es un constructo a partir de un primer análisis del texto en relación al contexto.

Para Conde (1995/1998) en los discursos “en torno a las relaciones significado/significante, connotado/denotado, lenguaje/mundo, etc., se producen las situaciones de mayor apertura y reflexividad ya sea del propio lenguaje en sí mismo como en las complejas relaciones lenguaje/mundo” (p.101).

El abordaje del discurso permite poner en practica algo esencial en las ciencias sociales, como es el hecho de que en ella no hay nada neutral, al respecto Córdova (1990) aporta, en el rescate de la sociología de lo vivido, que “los hombres definen en cada instante, en cada instancia y en cada experiencia sus distintas maneras de insertarse en lo social, de activar lo social, de actuar en lo social y allí radica la propia posibilidad de transformar lo social” (p.11).

En esta investigación en particular, realizamos un análisis comparado del discurso clínico con el discurso del salubrista, con la finalidad de establecer sus diferencias y

similitudes, sus significados en cuanto a su matriz de saber-poder, contextualización de ambos discursos, acción social, para posteriormente, en un proceso hermenéutico, aproximarnos a nuestro objeto de estudio tal es la practica social, los saberes, las formaciones discursivas y el poder del salubrista en los diferentes momentos históricos desde su origen como disciplina.

Esta técnica, denominada de *narrativas comparadas* es descrita como “una estructura conectada definida sobre un conjunto de acciones dotadas de sentido y localmente determinadas...en la medida en que la conjunción del contexto y de algunas acciones anteriores es suficiente solo para la acción en cuestión” (Abell, 1986. Citado por Noya, 1998, p. 129).

Es una metodología diseñada para actores individuales, aspirando a desarrollar un lenguaje formal que permita comparar rigurosamente estas secuencias de acción, solo hay en ella narrativas y comparaciones, donde la formalización y la contextualización del sentido permiten superar la falta de rigurosidad.

A tales fines realizamos una entrevista al actor protagónico en el objeto de estudio propuesto, es decir, el médico salubrista, a fin de comparar su discurso con nuestro discurso clínico, para del análisis de estas formaciones discursivas hallar los significados y las intencionalidades, que nos permitan aproximarnos a la construcción discursiva que determinan la práctica profesional y el ejercicio del poder en la práctica social del salubrista y del médico clínico.

El discurso clínico que registramos es el de la sujeto cognoscente, la cual en forma autobiográfica ofrece voluntariamente un testimonio de su vida personal y profesional, el

cual hace acto de presencia, partiendo de que son sus conflictos y vivencias como médica clínica y como formadora de recursos humanos para la salud, la que dan vida y significación a esta experiencia registrada.

Lo anterior implica, la necesidad de responder a sus incertidumbres respecto a la práctica salubrista, confrontadas o surgidas, desde su perspectiva clínica y que una vez concluida esta experiencia quedaron parcialmente respondidas o solo tendrán sentido para ella, como singularidad situada en un contexto, pero que tendrán el valor de ser una visión parcelada de una realidad poliédrica, imposible de abordar ni total ni completamente, lo cual implicaría en sí un procedimiento reduccionista en esencia.

Al respecto, Bertaux citado por Córdova (1990), expresa que “la autobiografía escrita es la que constituye el mejor aporte puesto que ella conlleva la conciencia reflexiva del narrador, si se trata de recoger relatos de vida o relatos de práctica” (p.49) y, en otro aparte el mismo autor considera que “son las prácticas- prácticas vividas...sic- en sí mismas, los encadenamientos, sus contradicciones, el movimiento que la práctica tiene de significado o significante en la vida de los individuos” (p.44).

Optamos por abordar al actor salubrista con una entrevista abierta basada en una guía general de contenido, lo suficientemente flexible como para formular preguntas adicionales a fin de profundizar o clarificar lo respondido.

Las preguntas formuladas estaban relacionadas con la formación académica, las motivaciones para la misma, la experiencia de vida profesional, los obstáculos para el ejercicio de la profesión, creencias, las relaciones con el contexto político económico, entre otros. La misma se propone recoger un testimonio de vida de la práctica profesional.

La entrevista fue iniciada previa explicación al interlocutor acerca de los fines de la misma, el nivel de confidencialidad y realizando un preámbulo favorecedor de un clima de reconocimiento mutuo, empatía, confianza, cuya finalidad última es disminuir la rigidez y mecanismos de defensa del entrevistado que obstaculizarían su colaboración en la misma, ya que precisamente el sentido y nivel de cooperación con la misma es vital en la formación discursiva a registrar.

Registramos la misma con un grabador digital, y enfocamos nuestra observación en el entrevistado, registrando gestos y expresiones faciales que son formas de comunicación no verbal, y que nos sirvieron para reforzar lo dicho o develar lo intencionalmente oculto.

Posteriormente procedimos a transcribir, registrar y sistematizar la experiencia. Tomamos como útil lo expresado como idea principal, ideas fuerzas, construyendo categorías temáticas.

Cada categoría dio origen a un texto elaborado desde lo connotado/denotado, significado/significante, emergiendo de este proceso un sentido de la acción, que es desarrollado luego en un meta-texto, el cual se contrastó con lo planteado teóricamente.

Para el manejo del discurso clínico autobiográfico obtenido de la sujeto cognoscente, utilizamos una doble ruta técnica: -El auto análisis de este discurso por parte de la sujeto cognoscente (actora clínica), y esta elaboración coexistió y la confrontamos con la realizada por un *tercer observador*, devenido en observador de la observadora, invitado a participar de este proceso de análisis discursivo, investigador con experiencia en análisis de formaciones discursivas en el campo de la ciencias sociales y salud, cuyo fin es incluir una tercera perspectiva como ejercicio de multiperspectivismo.

Esta heteroreferencia u observador heteroreferencial, permite enriquecer las visiones al analizar e interpretar este mismo discurso, partiendo del presupuesto de su neutralidad valorativa con respecto a este, neutralidad que como hemos mencionado antes, es difícil de lograr ni en la investigación científica ni en la vida social, porque lo cualitativo en el encuentro observador/lo observado lleva implícito una con-vivencia, como expresa Martínez (2007) “comprender es un encuentro de dos intencionalidades la del sujeto conocedor y la del sujeto conocido... lo cual remite a una cierta forma de coexistencia con el prójimo, de vivencia vicaria, de alter ego” (p.105). Sin embargo, esta estrategia de multiperspectivismo tuvo como objetivo aportar validez al análisis del discurso clínico autobiográfico realizado por la sujeto cognoscente y adicionalmente, al conocimiento científico social generado, ya que comprobamos que los datos son consistentes cuando diversificamos la fuente de información, percibiendo que estamos ante un elemento de un espacio común, no ante un hecho aislado o subjetivo y por otro lado, nos permite acceder al espacio público de la cultura al tener en cuenta una multiplicidad de perspectivas (Wallace, 1972 citado por Velasco, H. y Díaz, A, 1997). Para finalizar, citando a Córdova (1999):

La experiencia vivida por dos sujetos sociales es un trabajo total, indivisible, plural, permeable, indeterminado y lleno de los altibajos, conflictos y enmendaduras que son característicos de todo acto humano. Por tanto su enfoque debe admitir los procesos afines a la individualidad y la subjetividad así como los procesos típicos de la estructuración, de legitimación y la institucionalización de la vida social (p.132).

Finalmente, de la lectura realizada a los discursos contenidos en los textos y documentos teóricos revisados en su contextualización histórica y de los meta textos

construidos en esta narrativa comparativa, enunciamos una visión de la práctica, discurso y poder del salubrista y, provisoriamente, un nuevo perfil para su formación más adecuada al abordaje de la salud en la sociedad globalizada.

PREGUNTAS FORMULADAS	OBJETO DE ESTUDIO	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECIFICOS	METODOLOGIA	UNIDADES DE ANALISIS
<p>¿Cuáles son los vínculos entre saber, práctica y discurso en el campo de la salud?</p> <p>¿A qué intereses, racionalidad y contextos de poder obedecen, el saber, el discurso y la práctica en el campo de la salud pública?</p> <p>¿Es la salud pública un discurso sometido al saber político estatal y al saber clínico?</p> <p>¿Cuál sería el perfil del salubrista que le facilite su rol y el liderazgo necesario en el campo de la salud pública?</p>	<p><i>La Práctica Profesional Discurso y Poder del Salubrista</i></p>	<p>Generar conocimientos que nos faciliten visibilizar la práctica profesional del salubrista en el espacio público, centrado en las dimensiones de discurso/poder, y en las huellas dejadas en su recorrido desde su surgimiento como disciplina en el s. XVIII hasta la contemporaneidad, a fin de que podamos aproximarnos a un perfil provisorio del Salubrista cónsono con los nuevos obstáculos, desafíos y conceptos en su campo de acción que emergen a inicios del siglo XXI</p>	<p>Estudiar el saber y práctica médica en la historia reflexionando críticamente sobre la influencia del contexto político económico como instituyente de ese saber disciplinario configurando un discurso y poder reconocido socialmente.</p> <p>Confrontar la práctica clínica con la práctica salubrista centrándonos en la matriz saber/práctica y discurso/poder como vía de aproximación a la acción social del discurso salubrista en el s. XXI</p>	<p>Investigación cualitativa empleando la metodología hermenéutica tipo <i>Análisis del Discurso</i> estableciendo procesos relacionales significativos como categorías de significado que permitan la comprensión de la realidad social en estudio.</p> <p><i>Técnica empleada:</i> Entrevista abierta con un guion de contenido general y Autobiografía registrada de la sujeto cognoscente analizada por un tercero, aplicando la narrativa comparada para su análisis pragmático.</p> <p>Obtenidas las unidades de análisis y establecidas las categorías significativas, se procedió a la contrastación y teorización desde dos teóricos que han abordado los sistemas médicos: Talcott Parsons y Michel Foucault.</p> <p>Se realizó la revisión crítica reflexiva de la literatura contenida en textos teóricos y documentos, que hacen referencia al devenir histórico de la práctica salubrista estableciendo cursos de acción e intencionalidad y lo político económico estructurante.</p>	<p>Las categorías temáticas que se trabajaron en los discursos:</p> <p>Valores que orientaron la formación y la práctica profesional</p> <p>Significado del saber en salud</p> <p>Lo político económico estructurante de la práctica profesional.</p> <p>El reconocimiento social de la practica</p> <p>Ideas-fuerza que emergieron del discurso:</p> <p>Racionalidad dominante</p> <p>Poder/sumisión y “orden de los cuerpos”</p> <p>Institucionalización de la salud en la sociedad</p>

TABLA N° 1: Ruta metodológica (Diseño de la autora)

CAPITULO II

Los actores irrumpen en la escena

A continuación presentamos los dos discursos registrados, el clínico y el salubrista, que hacen acto de presencia con el objetivo práctico de ofrecer al lector la visión completa del mismo así como la oportunidad de coparticipar como analista externo y satelital, en el ejercicio de desvelar el significado e intencionalidad inscritos en estas formaciones discursivas que pudiesen ofrecernos una nueva perspectiva de estas prácticas sociales.

En el caso del discurso clínico, como hemos declarado es la vivencia de la práctica profesional de la sujeto cognoscente registrada durante la elaboración del proyecto de investigación a manera de ubicarse desde el principio como observador participante.

Del Discurso Clínico de Poder a la Formación de Recurso Humano en Salud con visión salubrista. Mi experiencia de vida.

Desde niña fui lo que se dice una estudiante destacada, con gran afición a la lectura, sumamente curiosa, lo que me facilitó desarrollar un especial sentido de la observación visual e intuición que me llevo a ser muy autodidacta en el proceso de aprendizaje.

Por esta vía aprendí muchas cosas y reflexionaba sobre la realidad que me rodeaba continuamente, teniendo desde un principio inclinación a todo lo que tuviese que ver con los procesos de curación.

Así, de la observación de otras especies vivas, aprendí y comprendí, que el proceso de curación, tiene mucho de natural, que una gran proporción de enfermedades pueden mejorar,

si, como los gatos, nos disponemos a reposar física y mentalmente, o si, como las plantas, nos alimentamos mejor. Igualmente me daba cuenta, como la tristeza, inevitablemente, se asocia a algún grado de enfermedad física o mental, tales como gripe, malestar digestivo o depresión.

También, en el curso de mi vida, tuve contacto con otras formas de sanación dada por curanderos del pueblo, que parecían tener algún don que administraban por medio de rezos y el uso de hierbas medicinales.

Este contacto con otras formas de sanación, luego de transcurridos los años de mis estudios universitarios, derivó en incredulidad racionalizada desde el positivismo que caracteriza a la disciplina médica y el cual me poseyó hasta volverme a mí misma una positivista andante, que mira con impotencia y algo despectivamente estas formas de sanación, que en el fondo quizás significan también algo de temor por lo indescifrable.

De este modo, durante mi infancia, la representación de la Medicina, que construí en mi ir y venir del médico, al cual asistía siempre por enfermedad o por heridas, fue la de asistir a un lugar formalmente decorado, como oficina, en el cual había que esperar para ser atendido y ser evaluado. Luego de un muy rápido examen, te indicaban un tratamiento que no me preguntaban si podía cumplir o comprar, para posteriormente volver a control, a fin de verificar si había logrado la curación.

Me enferme muy frecuentemente, desde la infancia hasta mi adolescencia, quizás por una parte porque la situación de mi familia era difícil, mi padre estuvo desempleado muchas veces y éramos 5 hermanas en ese entonces, que teníamos un menú de alimentación muy reducido y repetitivo: Sopa de papa o de fideos.

Así que, todas estábamos por debajo del peso para la talla y aunque la casa contaba con servicios básicos, aun las enfermedades transmisibles eran la regla en la Venezuela de inicio de los 60, a pesar del DDT, y del petróleo, así como las enseñanzas americanas sobre saneamiento ambiental, que en el caso de nuestra familia fueron especialmente significativas, ya que tanto mi abuelo como mis padres, habían trabajado para las compañías petroleras y habían estado residenciados por años en las viviendas que dichas empresas construían para sus trabajadores dentro de los campos petroleros en Cabimas y Lagunillas (costa oriental del Lago de Maracaibo, Zulia) y en Paraguaná (Falcón).

Primer contacto también con el orden “del sometimiento del cuerpo”, en este caso de los trabajadores y sus familias, ya que las empresas de entonces, para controlar más al trabajador lo hacían vivir dentro del campo de trabajo, cosa que rebelo a mi madre, por lo cual muy pequeña yo, decidieron venir a vivir a Valencia (Carabobo). Trocando así libertad al costo de penurias económicas.

Estas penurias y la morbilidad a predominio de enfermedades trasmisibles, característica de la época, me llevaron a vivir la experiencia del sarampión, hepatitis, dengue, tosferina, gripes, en fin, que teniendo mi madre gran afinidad por ejercer ilegalmente la medicina, solo nos llevaba a consulta cuando realmente ella no podía solucionar el problema.

Aun así iba yo recurrentemente al médico del pueblo, como enferma o como acompañante, porque nos desperdiciaba oportunidades para ir y observar. De modo que, ser la doctora de las muñecas, era uno de mis juegos preferidos. Eso y dirigir y administrar. Dar las ordenes, pues.

Egrese como médica hace 28 años, a inicios de la década de los 80 del siglo XX, época convulsionada por movimientos estudiantiles que eran responsables de muchas irregularidades en el curso, de tal forma que a pesar de mucho estudiar egrese de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo – Venezuela, luego de 8 años de múltiples huelgas, conflictos, no solo a nivel local sino nacional.

Era una época plagada de partidismo político, de corrupción administrativa de las personas que detentaban cargos públicos, de compadrazgos y pagos de prebendas, los partidos dominaban los cargos jerárquicos en la mayoría de las instituciones públicas así como los gremios profesionales y sindicatos.

La gestión pública se caracterizaba por su ineficiencia, corrupción, nominas fantasmas y, el refrán, “a mí no me den sino pónganme donde hay” se hizo la regla.

En lo que respecta a la gestión de salud es el inicio de la crisis sanitaria regional y nacional dada por carencia de insumos, cabalgamiento de horarios del personal de salud, así que era cosa habitual pagar a suplentes en una especie de subarrendamiento de cargos.

Es de destacar que prácticamente, solo en la práctica médica se daba lugar el cabalgamiento, de modo que un médico podía tener fácilmente dos o tres cargos en la administración pública y trabajar también en dos instituciones privadas, ejerciendo varios de ellos en forma simultánea en el mismo horario.

Adicionalmente, dicha crisis, condujo al deterioro de infraestructuras físicas de los centros de atención de la salud y a la progresiva obsolescencia tecnológica de los equipos.

Al parecer, no había una salida aparente ya que al poder gubernamental lo tenían los partidos políticos en turnos alternativos, que funcionaban cual “ladrones de cuello blanco” y mantenían en los cargos a sus palanqueados, estuviesen o no aptos para el mismo, porque lo que contaba era tener “carnet de miembro del partido “X”, por supuesto, abundaban los picaros camaleones que poseían carnets diversos, estando siempre enchufados en algún cargo mandase quien mandase.

Una vez mandaba Acción Democrática y la siguiente vez COPEI en un ciclo repetitivo y, el pueblo, cual Juan Bimba, votando, creyendo y esperando por el país-paternal que iba aumentando cada día, en forma progresiva, su deuda social porque el deterioro comenzó a afectar no solo al sector salud sino a educación, vivienda, trabajo, y otros.

En el tramo final de la carrera, cursé una asignatura que me entusiasmó mucho, Administración Sanitaria, su contenido programático hacía referencia a la administración de los recursos hospitalarios y a la vigilancia epidemiológica, recuerdo que en ese entonces pensé especializarme en Salud Pública porque así, (fantasías mías) podría solucionar la situación del centro de salud al cual me asignasen.

Sin embargo, de inmediato recordé que en esa especialidad, para poder trabajar, había que tener carnet de algún partido cercano al poder o ser “político” (político entendido como lo político partidista) por afición y/o profesión, cosa ante la que yo me rebelaba, además de que la Universidad no me había preparado para el Liderazgo ni para la dirigencia política, ni siquiera para criticar dicho escenario, esa destreza solo la alcanzaban los Delegados Estudiantiles preparados por los partidos a los cuales pertenecían.

En vista de lo anterior, me fui a la zona de Puerto Cabello a trabajar en el Sistema Público de Salud, hice el Internado Rotatorio en el Hospital “Dr. Adolfo Prince Lara”, Hospital tipo III, con Pasantía Rural de 6 meses en el Pueblo de Borburata, pueblo costero del eje Oriental de Puerto Cabello al que fui enviada como castigo por protestar con frecuencia las condiciones de trabajo, la falta de insumos y retrasos en el pago de salarios.

Hubo un énfasis hospitalario puesto en la segunda mitad de mi pregrado, en el cual estuve tres años haciendo guardias ad honorem en la Emergencia de Adultos del Hospital Central de Valencia (hoy conocido como Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera, CHET), en donde transcurrió la segunda mitad de mi formación de pregrado, con la finalidad de desarrollar una mejor práctica hospitalaria como: diagnósticos y tratamientos de urgencia, atención de heridos de gravedad variable (puesto que esa Emergencia era el centro regional de referencia de Carabobo y estados vecinos así que acudía la “crema y nata” de la enfermedad).

De este modo, al momento de graduarme tenía una nada despreciable experiencia como “emergencióloga”, amén de ser la copia perfecta del modelo clínico detentado por mis adjuntos de guardia, caracterizados por la premura, las blancas y larguísimas batas, aire de saberlo y resolverlo todo, segurísimos de sí mismos, imponiendo su saber y su práctica a los pacientes, lo cual me parecía muy natural.

Esta enseñanza la magnifiqué y complementé posteriormente en Puerto Cabello, dado que en esa localidad, por residir en Valencia, los adjuntos con frecuencia no asistían a las guardias y ponían todo su empeño en adiestrarnos en la semana para hacer de nosotros Internos y Residentes experimentados, capaces de actuar en las muy diversas situaciones médicas que constituían las principales causas de consulta de emergencia en ese centro:

accidentes de tránsito y por inmersión, emponzoñamiento ofídico, crisis hipertensivas y cardiopatía isquémica, neumonías.

De forma que, terminábamos en nuestro incipiente nivel académico de formación siendo médicos experimentados por la autoformación y el volumen de enfermos manejados sin la supervisión directa de los especialistas.

Posteriormente, en 1986, cuando ingrese a hacer la especialidad de Medicina Interna en el Hospital Universitario “Ángel Larralde”, en la zona de Bárbula, fue donde realmente poseí y me deje poseer por el discurso médico clínico: seriedad en la expresión, circunspección, uso continuo de la bata, de mi anillo de grado, el emblema que me identificaba como médico, el estetoscopio en el cuello del modelo más avanzado para el momento, y, otros.

En mi relación médico-paciente todo iba bien mientras el paciente cumpliera mis sugerencias, caso contrario, debía firmar la historia y abandonar el centro o no volver a la consulta si se atendía a nivel ambulatorio, porque al fin y al cabo ¿quién era el médico él o YO?

Como médicos/as éramos y somos mal pagados, expuestos a riesgos, y, para colmo se comenzaban a mencionar casos de demandas hacia médicos por parte de los enfermos debido a mal praxis o negligencia, lo cual introdujo una cierta desestabilización de nuestro discurso en la sociedad y, la presencia de la sombra del juicio profesional en nuestras espaldas de modo inmanente, lo que derivó en una práctica que necesitaba demostrar continuamente la veracidad del diagnóstico y la indicación absoluta de una terapia dada.

En mi caso particular comencé a confiar menos o a utilizar menos la percepción sensorial, como herramienta única, para mis diagnósticos y solicitar mayor cantidad de exámenes paraclínicos, Imagenología, interconsultas con subespecialistas (en un intento de repartir y compartir responsabilidades), en fin, comienzo a transitar el camino de la tecnomedicina en detrimento de la semiología clínica, porque a la hora del aspecto médico-legal, no sería suficiente lo escrito sino lo técnicamente demostrado, punto a favor de la racionalidad instrumental.

Para complementar el sueldo hacia guardias adicionales de 24 horas semanales en un Centro Clínico Privado, tipo Hospital, ya que estaban floreciendo por doquier los centros asistenciales privados como opción ante el deterioro de la atención sanitaria pública, a pesar de que la Gestión de Salud Pública había sido descentralizada administrativamente, dependiendo entonces no ya del Ministerio de Salud sino de la Secretaria de Salud del Estado.

Sin embargo, el aumento progresivo del costo de la atención médica más la carga administrativa heredada de la gestión ministerial, no permitía superar la crisis y comienzan a haber opciones como las Fundaciones de Salud, los Seguros de hospitalización, cirugía y maternidad que permitían a los que tenían acceso a ellos, generalmente empresarios, comerciantes, trabajadores formales, poder atender su salud con los recursos humanos y materiales necesarios a tal fin, la salud se configura en este periodo, no en un derecho sino en un bien de mercado, va disminuyendo la presencia de los valores como la gratuidad y la solidaridad en la prestación del servicio de salud.

Egrese como medica internista en 1989 y comienzo un caminar de suplencias en centros y hospitales de Puerto Cabello, en centros clínicos privados en Valencia y hacia 1991,

algo determinante para mí fue ingresar como médica en el Centro de Atención Médica de los Trabajadores de la Universidad de Carabobo.

Estuve ejerciendo en la Medicina privada durante unos seis años, trabajaba en una clínica privada traumatológica donde me encargaba de evaluar todos los pacientes que se complicaban en el postoperatorio o que tenían que mejorar sus condiciones para ser operados, casi todos eran ancianos y por supuesto no asegurados por lo que tenía frecuentemente que hacer concesiones y reducir honorarios.

El tener ingresos bajos en comparación con lo que trabajaba en las guardias, con pacientes generalmente graves, lo cual por supuesto es una carga mental y emocional para el médico, amén de que mi familia reclamaba mayor presencia mía en el hogar y como ya era médica a tiempo completo en la Universidad, decidí quedarme solo con ese cargo.

El sueldo era menor, pero fue mi encuentro con el ejercicio médico ambulatorio en el nivel secundario de atención de la salud, cosa que no había hecho antes, hasta el momento me había desempeñado como toda una médica biologicista, asistencialista, y solo por mi formación como internista que forma para la visión integral del enfermo no fragmentaba la atención al mismo.

Así que la atención de crónicos fue para mí toda una experiencia, porque si no escuchaba al enfermo, no lo diagnosticaba; si no dedicaba tiempo a mi atención y a mi relación con él, no lo curaba; porque ellos/as me enseñaron otros saberes en salud que yo desconocía y sorpresivamente también curaban, en síntesis si mi relación con ellos/as no era una relación de amor, de encuentro, no había sanación.

Posteriormente, hacia 1994, debido a la frecuencia con que me solicitaban evaluar a trabajadores en trámites de incapacitación y jubilación, y siendo yo amiga de profundizar saberes y experticias, además de haber tenido por mucho tiempo el sueño de ser gerente de alguna industria (profesión paterna, sueño al que desoí en virtud de la negativa de mi padre a dejar que su hija se moviese en un “mundo de hombres” no siempre tan respetuosos como era lo habitual a finales de los 70’), decidí realizar la especialidad en Salud Ocupacional.

Es en esta disciplina cuando comienzo a conocer la importancia de la promoción de la salud y de la prevención en el campo laboral, percibiendo además el conflicto entre el mandante (empresa) y el/la médico/a ocupacional que me permite leer entre líneas:

Yo, empresa, te remunerero a ti, médico/a para que veles por la salud de los trabajadores siempre que en ello yo no pierda ni deje de ganar dinero, o sea trátale a los trabajadores sus enfermedades, está pendiente de que usen los equipos de protección personal, pero si evidencias condiciones de trabajo que pudiesen ocasionarle algún daño ayúdame a resolverlo para cumplir con la ley al menor costo o ningún costo posible, mejor aún, ayúdame a ocultarlo, hazte la vista gorda, porque tu deber como mi trabajador es defenderme a mí no a los derechos de los trabajadores.

Percibiendo que el discurso de la salud laboral, campo de la salud pública, es estar subordinado al poder económico. El bienestar económico de pocos en detrimento de la salud laboral colectiva

De ahí en adelante, siempre dejándome subyugar por el conocimiento y la curiosidad, como la historia bíblica de la mujer de Lot, cursé estudios en Bioética, Gerencia Estratégica y Liderazgo en Salud, Salud Mental, Derechos Humanos, Educación en y para los Derechos

Humanos y, desde el 2005, estudios doctorales en Ciencias Sociales, mención Salud y Sociedad, estudios que me han servido fundamentalmente para cambiar mi actitud como clínico al aproximarme a los pacientes, reconociéndolos como mi legítimo prójimo, a quien debo respeto, tolerancia, solidaridad.

También, estos estudios me han permitido valorar la importancia de las condiciones de vida como vía para el logro del bienestar y calidad de vida necesaria para desarrollar la potencialidad de ser de individuos y colectividades, reconociendo la necesidad de la participación colectiva en la gestión pública social.

Así mismo, percibí la necesidad de cambios curriculares en las carreras de Ciencias de la Salud como camino expedito para egresar médicos/as, enfermeras/os, bioanalistas, fisioterapeutas de una condición humana sensible, respetuosos de los DDHH de todos/as, profesionales integrales con vocación de servicio social, con un ejercicio con énfasis en la promoción de la salud.

Han pasado más de 25 años de mi egreso como médica y es ahora cuando reconozco en mí a la médica que siempre debí ser, pero que ya, un poco agotada del viaje, veo la necesidad de trabajar en la formación de un personal de la salud cónsono con lo que he declarado en el párrafo anterior.

Como mi sueño utópico, que voy haciendo poco a poco realidad, al iniciarme en el 2008, como docente a dedicación exclusiva en Salud Pública, área de conocimiento del pregrado de Medicina.

En estas actividades docentes trato de aprender a enseñar, con la visión enfocada no solo en contenidos académicos siempre bien desarrollados en los programas, sino en cómo

moldear el *ser médico*, con el ejercicio continuo en el aula de la comprensión, tolerancia, respeto a las ideas, aceptación de críticas, dialogo, solidaridad, interés en el otro, en definitiva la práctica del amor como *continuum* favorable al logro de un médico/a integral, solidario, sensible pero bien formado académicamente, con su visión centrada en el prójimo que acude a él en sus demandas de salud y no en la disciplina, tratando de cimentar en ellos/as la noción de que al tener un individuo en frente de él tienen a la sociedad entera cuya salud es corresponsabilidad del individuo-médico-sociedad-Estado.

Nuestro Interlocutor

Nos gustaría introducir en este aparte, la figura de mi interlocutor, siendo que desde el punto de vista metodológico estamos realizando un análisis de discurso mediante narrativas comparadas, consideramos esencial la presencia del contenido total de la entrevista.

Adicionalmente su lectura, ofrecerá a quienes se acerquen a esta aproximación, los elementos que tejieron el hilo de su discurso, no patentes sino en lo significativo, en las metáforas utilizadas, de orden ilustrativo y estructural, su verosimilitud lógica, en la intensidad y orden del discurso (Rojas, 2010).

Importante además es la contextualización de la entrevista en tiempo, espacio y actores. A estos fines, debemos declarar que, para el momento de la entrevista (2009), Venezuela tiene desde hace 10 años, un gobierno que se autodefine a sí mismo, como *proceso revolucionario bolivariano socialista del siglo XXI*, cuyo principal representante, es el Presidente de la República, Sr. Hugo Chávez F.

Esto determinó cambios en la realidad sociopolítica del país: el paso de un gobierno democrático derechista a un socialismo, ambiguo en vista de marchar hacia una rápida totalización del proceso, en el que resaltan la sumisión de los poderes públicos, la estatización de las empresas privadas en forma progresiva, la lógica de la inclusión social, “gobierno para los pobres”, concepción que lleva implícita en si la exclusión contradictoria de la clase media, porque al fin y al cabo, el gobierno también se somete al poder económico de los ricos, cuya relación es de tensión y contradicción en un entorno de corrupción.

Las políticas sociales para disminuir las llamadas inequidades injustas, no se han sustentado en una política de inversión económica que provea de los recursos necesarios a tal fin, sino que se ha mantenido el peso en la “riqueza petrolera”, lo cual ha conducido al deterioro de la infraestructura petrolera del país así como del resto de la explotación minera, nuestra máxima riqueza material.

Sin embargo estas políticas sociales, si bien han logrado aumentar la cobertura en la atención de la salud y en la educación, esto ha sido a través de misiones que en si no corresponden a una política pública presupuestada por el Estado, sino mantenida en forma paralela por la industria petrolera.

De tal modo, que la insuficiencia presupuestaria de estos sectores mencionados ha comprometido en forma dramática la calidad de los mismos, tanto en lo que se refiere a dotación e infraestructura física como en el RRHH disponible.

Importante de destacar, porque el entrevistado en el corpus textual, deja entrever, en algunas oportunidades, una posición política antagónica, haciendo referencia comparativa a lo que vive actualmente en nuestro país, la Salud Publica, y lo que él considera la época de

oro de la misma, la época de los sanitaristas o del sanitarismo, cuyo máximo representante fue el Dr. Arnoldo Gabaldón.

También se evidencia nuestra posición política en esta extensa contextualización que acabamos de hacer.

Para concluir esta introducción, podemos como fin último de la presentación del corpus textual total de nuestro interlocutor, destacar el hecho metodológico innegable, de que, al trabajar desde la perspectiva cualitativa, solo alcanzaremos a aproximarnos a una parte de la realidad social, participando activamente en el proceso de construcción desde la matriz entrevistador/entrevistado, connotador/connotado. En esta perspectiva el observador deriva también en observado, construyéndose la realidad desde lo percibido por el dúo cognoscente/conocido, dejando abierta la posibilidad de que otros observadores que accedan a este corpus textual, también contribuyan desde otras o desde las mismas perspectivas a la construcción de lo real social, dando evidencias así, de que la realidad social nunca está completamente construida sino que se construye permanentemente desde su inconclusividad estructural, desde su concepción inacabada, desde el nosotros, puesto que el conocimiento es una construcción social.

En la entrevista que a continuación presentamos, aparecen las interrogantes planteadas por nosotros, en negrillas; y, en cursivas, lo expresado por el entrevistador, subrayando aquellas palabras en las que el entrevistado ponía mayor énfasis de voz y mayor intensidad. A fin de mantener la confidencialidad del actor y actores involucrados, se cuida el anonimato excepto en el caso de personalidades de trayectoria pública reconocida, iconos de la salud pública en nuestro país, la mayoría ya ausentes.

Entrevistando al salubrista: Actor con voz propia

Conocí al Dr. JB en 1983, cuando ingresé como Médico Interno al Hospital Dr. Adolfo Prince Lara de Puerto Cabello, en el cual él se desempeñaba como médico nefrólogo de la unidad de diálisis de dicho hospital.

Desde mi nivel de interna, lo admiraba como nefrólogo, por su seguridad en la práctica clínica, resolución de casos, equilibrado emocionalmente con estos pacientes crónicos terminales, a él debo haberme adiestrado en la práctica de la Diálisis Peritoneal, procedimiento que es en sí, una técnica salvadora de la vida en casos de enfermos renales agudos y crónicos e intoxicaciones severas y graves, y que para el nivel de conocimiento de la época era accesible y menos costosa, reservándose las pocas máquinas de hemodiálisis existentes para los nefrópatas crónicos terminales, que eran muchos.

Al poco tiempo lo nombraron Director del Hospital pero seguía desempeñándose como nefrólogo. Luego le perdí la pista y me lo reencuentro de nuevo en este camino de docente.

Tengo que aclarar que para el momento de la entrevista, acabábamos de asumir la Dirección de la Escuela de Salud Pública y Desarrollo Social de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Carabobo, la cual es una Dirección Académica que administra el área de conocimiento: salud pública, ciencias sociales, lenguaje y comunicación en salud, y salud mental, en la formación de pre grado de las diversas carreras de Ciencias de la salud, entre ellas, Medicina.

Para la entrevista nos pusimos de acuerdo, telefónicamente días antes, para encontrarnos un viernes, como a las 11 am en la zona de cafetería del área universitaria de

Mañongo (antiguo post grado). Lo noté como tenso y circunspecto, creo que no sabía que podía yo preguntarle y quería quedar bien, correctamente vestido para el sitio y hora, de pocos gestos al hablar, frota las manos continuamente en el momento de responder como concentrándose, me impresionaba como a la defensiva y por ratos cruzaba los brazos y tosía frecuentemente, como confirmándome eso.

¿Le dije en qué consistía la investigación que estoy realizando y el porqué de la entrevista?

A groso modo, me respondió.

Es que en mis estudios doctorales estoy haciendo una investigación sobre el discurso médico, usted sabe siempre se dice que el discurso médico es un discurso dominador, que se apropia del paciente y eso. Entonces, en mis actividades docentes en salud pública me di cuenta que, en esta especialidad, la realidad no es así, no gozan de ese poder. Por esto quiero que usted, como salubrista, me cuente acerca de su vida profesional: por qué decidió estudiar medicina, que lo motivo a estudiar esa carrera, el contexto político económico de la época, donde ha trabajado, cuál fue su experiencia, etc. Con el mayor detalle posible.

Como no hija.

Yo inicio mis actividades de medicina en el año 60, por razones eminentemente personales tuve que viajar al exterior, las circunstancias políticas del momento así lo exigían, y estuve durante buen parte de ese tiempo en Madrid, en la Universidad Complutense, de donde egreso como se decía o se dice Lic. en Medicina y Cirugía. Regreso a Venezuela en los años 60, (en Madrid ¿hizo solo el pregrado? Si todo el pregrado) comienzo a trabajar y hay un lapso entre tres a cuatro años, entre suplencia y suplencia subsistimos en este duro mundo

de la medicina, y hasta el año de 1974 que el mismo ministerio, para entonces sanidad, este... me indica que debo hacer la reválida y que tengo un cupo adscrito en la Universidad del Zulia. Es allí cuando las últimas treinta, personas, que habíamos cursado estudios en el exterior y que no habíamos hecho la reválida, tuvimos oportunidad de ponernos a derecho en ese sentido.

¿Y por qué estudio afuera? (Tose el entrevistado)

Mira en principio, lo que tú acabas de decir las razones sociopolíticas del momento ¿no?, en ese momento estaba dominando la socialdemocracia en nuestro país, hasta donde tengo entendido estaba el ciudadano Rómulo Betancourt, Presidente de la República, y para ese instante he... desde el punto de vista político no comulgábamos, de alguna manera, con su forma de pensar, con... aunque cuando el tiempo, a posteriori fue decantando esas situaciones y realmente pues en el día de hoy, sin ser romulista ni ser romuliano, soy un convencido que la socialdemocracia es una de las...vías que pudiera perfectamente llegar al terreno de los hechos factibles, y de la, sino de la máxima felicidad como se preconiza en la actualidad, pero si por lo menos buscar un punto de equilibrio...**aja.....ah pero era, estaba gobernando en ese momento Leoni, no?** No, Leoni no, Leoni fue a posteriori....**ah se fue temprano entonces se fue como a inicio de los sesenta** En el inicio de los sesenta correcto.

Y estudió allá solo Medicina

Solamente Medicina nada más, me dediqué exclusivamente a la Medicina

Y tuvo oportunidad... ¿no llego a ejercer allá? No en absoluto. **Estudio y se vino.**

Exacto.

Umm... está bien...aja Entonces vino e hizo...

*Hice mi reválida y entonces una vez hecha mi reválida...me llaman...del Estado Cojedes eh...para hacer de médico rural en el ambulatorio de Cojedito. Cojedito es la capital del para entonces distrito Ricaurte y sustituí al Dr. JAG, quien estaba de médico rural como se decía en aquel entonces, allí estuvimos hasta fin de año... **¿Cuánto tiempo estuvo allá?** No... no. Fueron seis meses solamente en el medio rural, recuerda que para aquel entonces no estaba, no se utilizaba la razón legal del artículo ocho, el artículo ocho vino a posteriori, y entonces soy enviado como médico residente para el antiguo hospital de Tinaquillo, el Joaquina de Rotondaro, en la vieja casona del Joaquina de Rotondaro.*

Ahí estuve durante prácticamente un año como residente en el área de pediatría y es entonces cuando el ministerio a través de la dirección...no se llamaba así en esa época...Dirección Regional De Salud Pública...era la Comisionaduría General De Salud, elige a un grupo de personas, entre esas estaban EM y mi persona, a hacer el curso de Salud Pública, que por cierto fue hecho en este mismo sitio, ¡aquí estaba la Escuela de Salud Pública!

No era escuela en ese momento, sino una parte, se llamaba...

Era la Cátedra de Medicina Preventiva y Social, y estuvo el curso...fue el tercer curso medio de, se llamaba, de clínica sanitaria, que era el nombre que se le daba donde estaban profesores de la talla de Ovidio Beltrán Reyes, nuestro eterno maestro, estaba Domingo Maldonado, el famoso Mocho Ortiz, entre otros que recuerdo en este instante.

Ese era el equivalente al curso medio ¿no?

El curso medio de salud pública, este, parece mentira que ese curso, que más que curso medio era en realidad una especialidad

¿Cuánto tiempo duró?

Fueron seis meses, pero no tanto por el tiempo sino por la intensidad y por la calidad del docente que teníamos, y la visión que nos inculcaron en ese entonces, es posible que a partir de ese momento es cuando comienza o comienzo a ver particularmente junto con este grupo, independientemente de que después hicimos...en la parte clínica, ese gusanito por la salud pública que después que se te mete entre pecho y espalda es muy difícil que tú te lo saques. No tanto porque sea difícil notarlo sino por un problema ya de convicción personal de como ver los hechos y como ver las comunidades.

Y cuando usted se fue a hacer ese curso, ¿Usted ya quería hacerlo? ¿Tenía tiempo pensando en hacerlo? ? O simplemente ¿fue que lo mandaron y lo hizo?

Si quería hacerlo, quería hacerlo y se dio la oportunidad.

¿Y por qué le llamaba la atención ese campo?

*Mira me llamaba la atención porque estando yo en Cojedito, que fue mi primer contacto prácticamente con una comunidad rural, porque en el tiempo anterior estuve en Cagua, en una clínica privada y, a posteriori, paso a ser residente del Hospital Carlos Sanda de Guigue, pero las condiciones de ruralidad, ahora fíjate tú, era mucho más rural Cojedito y con más necesidades que, lógicamente, que Guigue...**interrumpe tosiendo de nuevo...** aun siendo*

¿Eso fue antes de que usted estuviese en Tinaquillo? ¿Antes de hacer la reválida?

Antes de hacer la reválida, después fue que fui a Tinaquillo, estuve prácticamente dos años en eso. Antes de la reválida,

¿Qué pasó ahí?

Podríamos decir que fue un problema sumativo e informativo a la vez, el contacto con la gente humilde, el contacto con la gente del campo, el contacto con las necesidades más

sentidas, tanto en Guigue como en Cojedito, en Cojedito mucho más porque era el único médico, cierto, en unos cuantos Kms. a la redonda, donde tenías que inclusive, muchas veces, que ir a pie a visitar a Retajado, Retajado era un Dispensario Rural que quedaba en el quinto demonio, igual que Mata Oscura y Casadetejas, y yo recuerdo que en el caso de Casadetejas, el Edo Portuguesa, quien lo divide es el rio San Carlos, el Portuguesa mejor dicho, y tú te parabas del lado Cojedes y decías bueno pero es que Casadetejas está ahí, pero es que no podías pasar por ahí porque no había vía, porque no había puente y tenía que irme entonces hasta San Rafael dar la vuelta para caerle a Casadetejas, y en Casadetejas decir ¡mira pero es que mi ambulatorio esta allá! Pero en fin, cosas como estas, esa fueron la serie de cosas que fueron dejando impronta, en decir bueno el día a día con esa gente que escasamente tenía para subsistir, considerando que la economía, la actividad económica es prácticamente estacional, ellos vivían básicamente del maíz, y en algunas oportunidades del arroz, pero básicamente del maíz, y el maíz se cosechaba una vez al año, o sea que una vez que cosechaban el maíz no había más actividad, y sobre todo en un municipio tan pobre como este donde básicamente se vivía del arroz o se vivía del gobierno, y ¿quién era el gobierno? Todos los establecimientos públicos, el telégrafo que todavía existía en esa época todavía, la prefectura, la comandancia de policía, la parte médico asistencial, en este caso por la parte del ministerio de salud, que era el ministerio de sanidad y asistencia social y todas las dependencias que dependían de la Gobernación del Estado, de eso vivían y siguen viviendo todavía, lamentablemente, el Estado Cojedes, allí estamos básicamente hasta Diciembre de 1974, que es cuando paso, te repito, al Hospital Joaquina de Rotondaro. En el Hospital Joaquina de Rotondaro, ese es un pequeño hospitalito que inicialmente solo estaba conformado por tres servicios básicos: Medicina, de hombres y de mujeres, para adultos,

pediatría y la parte obstétrica y pare de contar... ah y una humilde emergencia que era para todo lo que pudiera presentarse, pero que no dejaba de ser una enseñanza ¿no? y una enseñanza, uno, porque si bien es cierto que ya traía la poca experiencia o la mucha que te hubiese dado el medio rural no es menos cierto que la compañía fundamental del resto de tus colegas con algo que se comienza en esta oportunidad que es la incorporación a Tinaquillo de los muchachos para hacer la pasantía rural, que en aquel entonces no se le decía la ruralita, entre los cuales lógicamente te puedo nombrar al chino O, a HK, a JHS, a S, Z, y S que eran las tres eses, que eran los famosas de la época, entre los muchachos que hicieron pasantías en ese instante y estaba por supuesto el inolvidable maestro Miguel Malpica quien era el responsable de ese grupo.

Es allí cuando de alguna manera, ya con las predicas de Miguel Malpica en Guigue, porque ya también había muchachos allá, entre esos estaba JAG yo recuerdo que después a posteriori me lo pesco ya formado como médico...este....yo recuerdo que Miguel Malpica iba una vez a la semana y esa semana a pesar de que yo estuviese de postguardia siempre me iba con ellos, generalmente nos íbamos a la parte eminentemente rural a hacer las prácticas que nos tocaban en esos casos, es posible que allí surge de alguna manera ese aguijón el cual yo decía originalmente, y ver desde ese contacto directo y ver desde el punto ...con una concepción distinta ¿no? porque fíjate tú que la parte médica como tu bien te planteas ¿qué pasa con la parte médica, médica como tal y qué pasa con la parte médica vista bajo la concepción de la salud pública? es ver necesidades comunitarias individuales en la parte médica pero necesidades comunitarias en la de salud pública, no es que una sea mayor ni mejor que la otra, sino que son necesarias las dos a la vez, se complementan en el tiempo y en el espacio en la medida en que la calidad y la eficiencia hagan acto de presencia

lógicamente se imponen sus puntos de vista particulares, pero hay razones de peso, a posteriori te diré, por qué razón, me incliné en forma definitiva por la salud pública, y dejé atrás la clínica, y tú sabes perfectamente que yo soy clínico y lo sigo siendo de alguna manera, yo soy nefrólogo, formado nuevamente en Madrid .

¿Cuándo fue a hacer Nefrología?

Yo fui a hacer nefrología en enero de 1968

¿Cuántos años estuvo esta vez en Madrid?

No, en esta oportunidad estuve dos años, solamente, dos años en el antiguo hospital provincial de Madrid, hospital provincial Francisco Franco, por supuesto, dada las condiciones políticas de la época. A posteriori este es un hospital que deja de llamarse así, y en la actualidad se llama, como debe ser: Gregorio Marañón, uno de los padres de la Medicina española.

Y esto lo hizo después de haber hecho el curso de...

Después de haber hecho el curso de clínica sanitaria, y no solamente eso sino que el curso de clínica sanitaria nos había puesto en la parte administrativa, cosa que no esperábamos ni CCB ni yo, que lo hicimos juntos, el por su lado, a posteriori llego a ser Gobernador del Estado, cierto, y cuando yo salgo del curso, el Ministerio me oferta la Dirección del Hospital Joaquina de Rotondaro. Allí estuve un año. A posteriori paso a la Dirección del Hospital...estamos hablando del 75 ¿no? 75-76 paso al hospital...la Dirección del HJR, luego al año siguiente 77, el hospital, la dirección del hospital General de San Carlos... es ahí cuando obtenemos una Beca que en ese momento eran 2500 Bs (risas), eran 500 \$, para hacer la especialidad.

¿Cuánto tiempo estuvo de director en el hospital de san Carlos?

1 año y 1 año, 1 en el HJR y 1 en el de san Carlos

Y ¿por qué se inclinó en ese momento por la Nefrología?

Mira me incliné por la nefrología por una razón fundamental, cuando yo hice la reválida, en el Zulia, cuando hago mi pasantía por el servicio de pediatría, el pediatra el que se acercó, en este caso se acercó a mí en particular, era un pediatra nefrólogo, y me abrió los ojos acerca de la maravilla que era la nefrología en ese momento, de paso inclusive a mí me ofertaron que una vez que hubiese terminado la reválida me quedara en el Zulia, pero por razones personales y familiares pues mira ya opte por regresar lógicamente a Carabobo. Pero quien hizo que yo me enamorase realmente de la Nefrología fue este médico nefrólogo zuliano y pediatra a la vez. Mira Lo menos que yo pensaba que esas incidencias de los años 74, cuatro años después se iba a hacer realidad a través de...y el inicio de esta especialidad clínica en el caso de Madrid

Y en el tiempo en el que hizo el curso de clínica sanitaria ¿todos los médicos sanitaristas tenían a la vez una especialidad clínica, ejercían las dos funciones?

Pues No... no...generalmente no, por ejemplo José Domingo Maldonado era un sanitarista neto, Domingo Escalona...Malpica fue tal vez la excepción, porque Malpica se derivaba hacia la cirugía y de paso, llego a ser un buen cirujano. Beltrán no, Beltrán es exclusivamente...la parte....la parte de demografía, estadísticas, igual que el mocho Ortiz la parte de estadísticas, generalmente eran docencia a dedicación exclusiva y no creo que ni legal ni en lo personal estaban dispuesto a ejercerlo pero que yo recuerde ninguno tuvo esa estaban dispuesto a esa posibilidad.

Y al nivel de las personas que ejercían los cargos administrativos sanitarios para Director y eso ¿también existía que eran Directores y ejercían una actividad clínica o eran solo sanitaristas?

Por lo menos en el caso que yo recuerde de Pto. Cabello del director DN sin embargo él tenía, era su condición de docente de la Universidad de Carabobo, pero era el Director del hospital pero también era forense sin ser patólogo por supuesto...que te voy a decir

¿Cuándo fue a la Dirección del Hospital Usted?

En el año 80 llego yo al HAPL luego del post grado de Nefrología y yo ya había conocido al Dr... Yo allá había conocido a García Zozaya, maestro de maestros de nefrología, por lo menos en el centro del país y él me dice: mira Enrique te espero porque yo necesito gente formada en el área; al llegar, yo llego pero para ese instante, el cargo o los dos cargos que estaban libres, habían sido ocupados, pero sin embargo ve al Hospital Prince Lara que con toda seguridad allá hay un cargo para Nefrología. Y así fue, llego al HAPL, me entrevisto con la personas que él me había dicho y a los diez días ya estábamos trabajando tanto JAG en medicina interna como yo en la parte de nefrología.

¿JAG hizo medicina interna por allá también?

No él lo hizo en el Hospital de Maracay. Es allí donde entonces se funda el servicio de nefrología, ¿Por qué? Porque nos encontramos con que existían dos máquinas de diálisis, dos máquinas antiquísimas, pero que en algún momento cumplieron con su función, pero no había todo el recurso formado, ni recurso de enfermería ni el resto del recurso médico, es allí donde entonces se conforma un grupo de tres enfermeras que son enviadas a Valencia, a la CHET y reciben el entrenamiento en el servicio de nefrología regentado en ese momento

lógicamente por el Dr. García Zozaya, regresan y es entonces cuando iniciamos realmente a recibir pacientes tanto para hemodiálisis como para diálisis peritoneal. El problema que se nos presenta a nosotros es que al ser el servicio más joven del HAPL no tenía presupuesto ni nunca tuvo presupuesto, de tal manera que nos tuvimos que ingeniar hija mía, con los amigos comerciantes de la zona, para afiliarle al IVSS, a objeto de que fuese el IVSS quien enviase los insumos básicos para funcionar, así fue como funcionamos nosotros, pero el ministerio en ningún instante nos dio absolutamente nada a nosotros, todo lo recibíamos a través de la mentira piadosa que eran, los recursos propios que eran recursos del estado.

Después que usted hizo el curso de clínica sanitaria ¿no volvió a hacer ninguna otra especialidad o estudio en Salud Pública?

Mira, si se hicieron, lógicamente, pero fueron desde el punto de vista informal no formal, por lo menos estuvimos en la UCV pero básicamente a nivel de Medicina Tropical, que tenía mucho que ver con la parte social, considerando que tuvimos la suerte de tener allí como docente al Dr. Pífano, que ya con eso te podrás tú imaginar.

¿Ese fue un curso de cuánto tiempo?

No ese fue un curso de tres meses, un curso de tres meses.

Después del HAPL, que usted desarrollo toda la parte de nefrología ¿hacía usted también privado, en Pto. Cabello?

No, te echo el cuento, no, yo siempre con mi cañón al suelo, que era JAG. JA me atrapo un día y me dijo: mira JB yo creo que Pto. Cabello es una buena plaza para hacer la parte privada ¿por qué nosotros no nos metemos en ese paquete, viejo? ¡Vamos hacerlo! ¿Cuánto podemos perder? la inversión era poca , entonces conseguimos un consultorio donde alternábamos la parte de medicina interna con la parte nefrológica, y eso se hace por

cuanto, a ti te consta que en el HAPL nuestros colegas no podían ver un hematíe en sangre porque enseguida pedían interconsulta con el nefrólogo. Cuál es mi sorpresa cuando al poco tiempo, eso fue muy poco tiempo que duramos con el consultorio, en la parte privada, observamos que aquellos colegas que pedían permanentemente interconsulta con nefrología, en la parte privada tu veías cirujanos tratando hipertensión, internistas atendiendo parturientas, obstetras atendiendo niños, o sea, era un arroz con mango y eso de alguna manera calo negativamente en la forma de ver como se conducía en ese tiempo y en ese espacio tan reducido la medicina privada, que opte por retirarme, yo dije un día JA yo creo que la parte privada, en lo que corresponde a JB hasta aquí llega. Y eso fue así, inclusive los dos desistimos de la parte privada, pero JA el sí continuó a posteriori pero en Valencia. Yo opte por quedarme retirado y por dedicarme exclusivamente a la parte administrativa y/o a la Medicina pero la Medicina institucional. Yo dije no, ya basta, ya está bueno. Eso fue una de las razones por las cuales me fui desencantando, no de la nefrología que aun adoro y la sigo queriendo, sino de cómo se concebía la prestación del servicio.

¿A qué cree se debía el arroz con mango de la prestación del servicio?

Mira ese arroz con mango es un problema ético fundamentalmente, cuando no hay claridad conceptual en lo ético y en lo moral, se llegan a estas condiciones, por una parte, y posiblemente por afán desmedido del dinero en un momento determinado, o sea, quien más tiene más quiere ¿no? Y yo pienso pues mira, ese no era mi caso.

Entonces usted se concretó al servicio de nefrología del HAPL..

Me quedé exclusivamente con el servicio de nefrología, con la parte de docencia, ¿cierto? y con la dirección del hospital, que se dieron las tres circunstancias: que tenía la dirección del hospital, que tenía el servicio junto con la consulta, y tenía la docencia, o sea

las tres cosas se llevaban ahí, entonces ¿para qué aparte de eso, para qué consulta privada? si tenía que sacarle 24 o 28 horas al día?

¿Cuántas horas tenía de docencia? Eso fue en el ochenta...

Mira en ese momento eran diez horas semanales, que yo recuerde, eso fue en el ochenta-ochenta y seis.

¿Más o menos en ese tiempo estuvo nada más haciendo eso?

Si... si... si, ¿Yo no te lo explique allí? porque yo recuerdo que el primer año fue ad honore con la universidad, y siempre había estado ad honoren, cuando estuve en Guigue estuve ad honoren, cuando estuve en Cojedes estuve ad honoren, cuando estuve en el HAPL el primer año fue ad honorem

¿Y que hizo después, concursó?

Después hicimos concurso y gane concurso, y es entonces cuando me incorporo de lleno ya a la universidad, que fue en el 86. Y es cuando el ministerio me llama para que me ocupe, me encargue de la Dirección General del Sistema de Salud del Estado Cojedes

¿Cuándo eso como estaba dividido, todavía como Comisionaduría?

Ya no era Comisionaduría, ya era Distrito Sanitario, bueno en aquella época ya era Distrito Sanitario solo que el nombre no era Comisionaduría General de Salud sino Dirección Regional de Salud

Y este cargo que tenía en la Dirección General del Estado Cojedes ¿era el equivalente a la Dirección Regional de Salud?

Claro, claro, yo fui como Director Regional de Salud del Estado Cojedes

Entonces eran equivalentes a lo que antes se conocía como Dirección Regional de Salud

Claro y es que todavía se llama así en algunos Estados, solo que en los Estados descentralizados, por ejemplo en el caso de Carabobo el Presidente de Insalud es en realidad el Director Regional de Salud del Estado.

¿Cuánto tiempo estuvo ahí?

Mira ahí estuvimos tres años

¿Ahí si dejó Nefrología?

Ahí si dejó nefrología y dejó docencia

Se dedicó a tiempo completo a la DRS. Hizo algún estudio distinto...

No, no se hizo ningún estudio distinto, no...no

Usted fue desarrollando la experiencia...

Sencillamente, la experiencia y aparte de eso junto con la experiencia, o sea, la competencia se adquiere en este caso bajo dos condiciones fundamentales: uno bajo la experiencia personal después de tener el contacto directo con las comunidades y otro, a través del conocimiento significativo, pero el conocimiento significativo no de manera formal, sino ya por lecturas, alguna actividad, auto formativo, eso fue.

Ah, está muy bien. Y desde el punto de vista del contexto, en esa época de los años ochenta y cinco...ochenta, desde el punto de vista de la salud pública a nivel nacional ¿qué ocurría?

Mira, en ese momento todavía estaba centralizada, se comenzaba en algunos lados a quejarse, la concepción de la descentralización, que fue en el último año...cuando se decretó, era una dependencia directa bajo dos entidades. Dependencia directa de la

Gobernación de la cual dependía esta Dirección Regional, y también dependencia directa con el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, estaba el concepto o sea la dependencia era centralizada, lo que no significaba que no hubiese cierta autonomía porque si la había, y tú sabes que en Salud Pública se dice que, hay un axioma y es que la centralización normativa y la descentralización administrativa, ¿qué significa esto? Que en las pautas, normas y procedimiento debe haber un órgano rector, en este caso del ministerio, que te dice cómo hacer las cosas, donde y cuando hacerlas porque él es el signatario a su vez de la OPS y debe respetar los convenios internacionales, pero por otra parte te decía, aquí está tu presupuesto para que tú lo ejecutes. Tú tenías esa parte de la descentralización, cosa que no ocurre en la actualidad prácticamente.

Y desde el punto de vista político-partidista ¿era la época de...Herrera?

Era la época de Acción Democrática, era la época de Lusinchi, era la época de Lusinchi

¿Qué obstáculos para ese momento había para el ejercicio de la Salud Pública?

Mira, para el ejercicio de la salud pública básicamente, era, eran los, la vertiente política tenía algo que ver, porque ahí se daba algo que era no curioso sino gracioso lo veía yo. Porque cuando estaba mandando Acción Democrática, en el piso octavo del ministerio estaban los adecos, y la gente que había dejado de ser gobierno, que eran los copeyanos automáticamente bajaban al séptimo, pero cuando ganaba otra vez COPEI, la gente que estaba en el siete pasaba al ocho y los del ocho pasaban al siete, con eso te quiero significar que se compartían, sin embargo tenía un componente de exclusión, claro no como el que tiene en la actualidad, yo pienso que tanto los adecos y los copeyanos de alguna manera convivían, ¿cierto? Entre comillas, respetando su campo de acción, pero en más de una oportunidad yo

veía a un copeyano dirigiendo un centro y en más de una oportunidad cuando COPEI mandaba veía a un adeco haciendo lo propio en otro centro, pero generalmente si había esa inclinación política de exclusión hacía, este, la parte política propiamente, pero ahí había algo importante que yo no veo en la actualidad, y es que en aquel momento tanto COPEI como AD se preocuparon por mandar a formar gente a nivel de Salud Pública, o sea el boom, la época de oro de la formación académica a nivel universitario en Salud Pública se dio con AD y COPEI.

¿Y por qué ese interés en formar RRHH, que problemas había en la Salud Pública en ese momento, cuáles eran las funciones de la Salud Pública?

Las funciones de la salud pública no han sido distintas a lo que son en la actualidad, hay funciones específicas o funciones esenciales de la SP que son once en total, pero la SP no es otra cosa, o como lo concibo yo, lo concebía, lo concibo y creo no me van a hacer cambiar mi punto de vista porque es sencillamente: unificar criterios , el problema de ganar-ganar, entre quienes vivimos la salud “técnica” en un instante determinado con la gente de las comunidades que requiere de la SP en un instante determinado, de tal manera pues que es un interceder entre lo que es la vertiente académica y la vertiente pública o comunitaria, en el momento mismo en que la gente que es el gran común denominador junto con la parte técnica o formal o académica, se unan en un campo común, en ese instante van a transitar caminos comunes en búsqueda de derroteros comunes de nortes comunes. Así lo veo yo, ha sido la SP.

Cuando yo te hablaba del boom de la SP, posiblemente veníamos de la experiencia de Chile y de Uruguay y en una parte Argentina, donde en los años setenta, ya se veía ya esta formación, se puso en boga la concepción de la planificación estratégica, que antiguamente

no existía como tal...a posteriori vienen una gran cantidad de gente: Bailey, Stoner, Thompson, que dieron un gran impulso a esta concepción hasta el momento actual.

¿Repercutían los conceptos de SP que desarrollaban en los países del primer mundo, en lo que se llevaba a cabo aquí en Venezuela para la época?

Mira pero es que la repercusión, era más que todo del mundo tecnológico, que ya lo habían obtenido en el “primer mundo”, porque ¿qué trajimos nosotros del primer mundo? ¡Las vacunas!, vamos a estar claros, y eso fue un cambio radical básicamente en nuestras comunidades del tercer mundo, ¿qué otra cosa puede haber dado? el hecho de que ciertas prácticas a nivel de prácticas quirúrgicas o a nivel de medicina interna en las prácticas no invasivas, pero básicamente, lo que yo veo que obtuvo más desarrollo en ese instante, no sé si tiene que ver con tu pregunta es la vertiente de SP como tal, por una razón fundamental: si bien es cierto que para ese instante la situación económica del país era boyante en atención a los precios del petróleo, estamos hablando de más tres millones de barriles diarios, ¿cierto? No llegamos en la actualidad a eso, si llegamos a dos millones es mucho en la actualidad, no es menos cierto que la gente que dirigía el ministerio de salud, o ministerio de sanidad y asistencia social en esa época era gente realmente brillante, gente con experiencia y con formación en SP, tu podrás recordar por ejemplo, una de las épocas de oro nuestras cuando estaba Gabaldón. Claro, Gabaldón, introduce para 1945 el DDT, la época del Saneamiento Ambiental que es precisamente una de las funciones fundamentales de la SP, y recuerda tu que ese zancudo que está en Morón se debe a que Morón fue el primer sitio en Venezuela en ser fumigado con DDT en esa oportunidad, y eso trajo como consecuencia que la calidad de vida mejora en Venezuela, al mejorar en atención, al mejorar las condiciones de la salud ambiental, es lógico pensar al acabar con el agente vector automáticamente disminuye el

paludismo, y disminuye el dengue si es que existía para entonces, y disminuía todo aquello cuyo agente fuese el Aedes aegypti o cualquier agente transmisor en este caso. Claro, eso trajo como consecuencia otra cosa, por ejemplo el DDT no solamente acababa con el mosquito o zancudo, sino que también acababa con el ambiente, y también acababa con el tuqueque que proliferaba en las viviendas nuestras y ese tuqueque y esas arañitas eran las que se comían los huevitos del Rhodnius prolixus y automáticamente se disparó, paradójicamente se dispara, el Mal de Chagas en nuestro país. Pero que te voy a decir la concepción era otra, porque la concepción de quienes regían en ese momento el órgano rector que era el ministerio, era gente con una visión mucho más amplia de la que suelen tener los que la dirigen en la actualidad. Era una visión eminentemente de SP, eso por allí, pero también aupado de alguna manera por otros países, que de alguna manera este estaban más adelantados que nosotros en esa oportunidad, estamos hablando básicamente de Uruguay, de Chile y Argentina en cuanto a SP.

Después de la época de saneamiento ambiental, viene el discurso de la salud comunitaria, de la medicina comunitaria y para la época del ochenta—ochenta y seis, se hablaba de Alma Ata cuando usted estaba en la DRS de Cojedes, ¿cuáles fueron los obstáculos para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, que era el discurso de la SP para la ese momento?

Mira yo estoy convencido de que habían recursos para eso: recursos financieros, tecnológicos y recursos humanos, el problema es que no supimos llegar a las comunidades, teníamos la herramientas, teníamos el discurso ahora ¿cómo hacer que ese discurso cale en lo más profundo de la gente desde el punto de vista actitudinal? entonces cuando tu analizas el por qué la Coca Cola es roja y blanco, y la Pepsi Cola es blanco, azul y rojo, es que hay

un equipo de psicólogos, de psicólogos de mercadeo detrás de esos colores que hacen factible la venta del producto. A nosotros nos faltó equipo, apoyo, en el campo de la tecnología, en el campo de vender nuestro producto, en el campo de la promoción, porque promover es eso básicamente es vender un producto, no supimos venderlo, a pesar de que estábamos en condiciones de hacerlo, sin embargo no tuvimos ese apoyo.

¿Ese equipo debió haber estado conformado por quién?

Un equipo multidisciplinario, ahí tendría que haber habido ingenieros, ahí tendría que haber habido médicos, ahí tendría que haber habido enfermeros, ahí tendría que haber habido psicólogos, ahí tendría que haber habido psicopedagogos, psiquiatras, en fin toda la parafernalia formativa de nivel universitario que tenga que ver con la salud, en el entendido de que la salud no solamente es holística, yo creo que la concepción holística ya se dejó atrás, para entrar en lo que se denomina en la actualidad la concepción hologramática, porque, ¿que pasa con lo holístico? Lo holístico ve el todo solamente, mientras que lo hologramático ve el todo y las partes y de las partes con el todo. Si nosotros hubiésemos visto en ese entonces este concepto desde ese punto de vista, posiblemente otro gallo cantaría y otras condiciones de salud estuviesen imperando en la Venezuela actual. Pero faltó eso. Falto, fallo inclusive la composición de las redes, a pesar de que sabíamos que era una red social y como se constituía, realmente el hecho que tú conformes tres o cuatro comités de salud no significa que tengas una red, porque no hay comunicación entre los mismos, eso nos falló, la falta de experiencia en un momento determinado, la falta de gente con mayor y mejor preparación que la nuestra y te digo que eso fue a nivel nacional.

¿Eso tendría que ver algo con el apoyo del gobierno? ¿En qué sentido?

Claro, claro que sí, porque sencillamente era un programa del gobierno. Un programa de gobierno y si bien es cierto que para ese instante existía una Dirección de Promoción para la salud, no se manejó de la manera más adecuada, yo creo que la falla estuvo allí.

¿Por qué no se manejó de manera adecuada?

No se manejó sencillamente porque las herramientas que tenían que haberse utilizado no se utilizaron: ¿dónde estaba el psicólogo? ¿Dónde estaba el psiquiatra? ¿Dónde estaba el psicopedagogo? ¿Dónde estaba el abogado? ¿Dónde estaba el ingeniero? ¿Dónde estaba el médico? Que de alguna manera tuviese que estar presente monitoreando esa actividad que no se hizo.

¿Pero ustedes en su calidad de jefes, directores, gerentes en ese momento hacían esas propuestas al gobierno y (interrumpe) si se hacían!

O sea, ¿ la dirección era unidireccional?

No pero si se hacía, se hacía porque tu entregabas cuenta permanente al ministerio

La relación del ministerio con ustedes, porque ustedes hacían una labor y cumplían, e informaban, y hacían propuestas en base a lo que ustedes observaban en su campo de acción, pero ante lo que ustedes proponían ¿cuál era la respuesta del gobierno? o sea, ¿cuál era esa relación con el gobierno, solamente el apoyo económico?
No...no...no, escúchame un instante, realmente cuando uno por ejemplo proponía, por ejemplo como vemos nosotros en Cojedes para explicarte la problemática nuestra, que si bien es cierto que era distinta de otros estados, había un gran denominador común para todas las entidades federales del momento, claro había unas casos particulares desde el punto de vista

de las incidencias y prevalencias de algunas entidades muy particulares, pero si se hacía, se hacía, como vemos nosotros en Cojedes, para explicarte la problemática, no todo es ambulancia, no todo es ambulatorio, no todo es esto, estamos fallando en este sentido. Que yo recuerde en ninguna oportunidad, llego a Cojedes un equipo multidisciplinario a apoyarnos en ese sentido, jamás en su vida, creo que fue una de las grandes fallas de esa parte rectora que era la parte normativa. Yo pienso que si nosotros hubiésemos tenido, no nosotros, el país hubiese tenido una visión distinta de como conducir no solamente la parte de prevención, que se llevaba muy bien, sino la parte de promoción, para lo que es ese primer nivel de Leavell y Clark, que era el primer nivel de Prevención, mira, las cosas hubiesen sido distintas, hija.

¿Para ese nivel, esa falla del gobierno, se pudo haber atribuido a problemas partidistas, o problemas económicos del costo, para desarrollar ese proyecto, o fue un problema de ineficiencia administrativa?

Fue un problema de concepción eminentemente

¿No tuvo nada que ver ni lo político, ni lo económico?

No, en absoluto, no tenía nada que ver. No tuvo nada que ver porque si hubiese sido económico, el dinero existía, y si no existía, las gobernaciones a nivel local estaban en capacidad plena de suministrarlo, pero el problema era un tipo de concepción, posiblemente también hubiese sido por falta de RRHH formado en los niveles antes dichos Porque, ¿cuántos psiquiatras y cuántos psicólogos teníamos nosotros para la época? Epa! el Estado Cojedes tenía un solo psiquiatra y lo sigue teniendo en la actualidad, no teníamos nadie más a quien recurrir, posiblemente Aragua, y más que Aragua el Estado Carabobo tenían más RRHH, y aun así estaban muy por debajo de las normas internacionales.

¿Y con respecto a la relación de los médicos salubristas de la época con los Organismos internacionales tipo OPS, con el cual el Estado tiene acuerdos internacionales y que eran los principales impulsores de lo que era Alma Ata, ustedes a nivel local tenían relación? ¿Cómo era esa relación?

Si había relación solamente que era una relación informal, informal por una lógica funcional, y una lógica funcional porque las relaciones eran directamente de OPS/ministerio, ¿cierto?, lo que no significaba que yo no pudiese hablar con el epidemiólogo jefe de OPS, pero para obtener respuesta de él, tenía que ser con el permiso previo del ministerio al cual yo pertenecía. Yo no podía dirigirme al Director General de OPS en Venezuela, en este caso, pidiendo recursos para actuar...no...no...no era justo, o era justo pero no era conveniente desde el punto de vista de las políticas que se aplicaban y que se siguen aplicando en las Américas por la OPS.

¿El énfasis en la época, en cuanto al Estado y la Salud Pública, era en la Vigilancia epidemiológica, era en la administración sanitaria, o en otro aspecto? como era en ... bueno en la participación comunitaria, ya sabemos que no, pero en cuanto a la vigilancia epidemiológica, a la....

No, eran tres, básicamente. Uno era la vigilancia epidemiológica, de hecho la VE era la política central, por lo menos en el caso de nosotros en Cojedes, luego teníamos la administración sanitaria y aparte de eso teníamos la parte fundamentalmente preventiva, chica el gran error de nosotros fue a nivel de la Promoción, no es que no había Promoción, si la había, pero como haces tú para que la gente incorpore en su patrón estructural una forma distinta de ser, es allí donde fallamos nosotros.

Si porque ya en esa época estaban adoptándose las políticas neoliberales, con la disminución del gasto social para la salud, con el deterioro de la parte preventiva, ¿para finales del ochenta-noventa...en esa época todavía ocupaba algún cargo administrativo usted?

Estamos hablando de los años ochenta? no... no... no , yo estuve hasta los años noventa...cuando fue? Ochentiseis, ochentisiete, ochentiocho, ochentinueve, noventa! Si porque luego yo paso nuevamente al ministerio, pero en el ministerio, quedo básicamente, yo paso no regentando ahora sino adjunto a una dirección que tenía que ver con la parte hospitalaria.

¿Cómo la dirección de Salud?

Debe ser como una dirección de salud, aun cuando ese no era mi cargo sino que yo era un funcionario más del ministerio

Pero en Caracas... ¿cuánto tiempo estuvo ahí?

A nivel del ministerio. Mira chica ahí estuve yo como hasta el año noventicuatro. En el año noventicuatro me llama de Carabobo el Doctor... el Maestro Ovidio Beltrán y estaba de Presidente en INSALUD, Eleazar Lara P, tuvimos una reunión y me plantea me vaya como Adjunto de él, él estaba como Director de Atención Medica, en ese momento, es allí cuando yo me incorporo de nuevo al Estado Carabobo, con esa figura.

¿Con qué figura?

Con la figura de Director de Programas de Salud....

¿Y luego, ahí estuvo hasta cuándo?

No, ahí me quede yo en INSALUD, luego a los dos años renuncio, por problemas de salud, renuncio a la dirección de Programas de Salud, y me quedo exclusivamente con el

Programa de Prevención de Accidentes y de Hechos violentos, como coordinador. Porque antes cumplía doble función era Director de Programas y llevaba el programa de prevención de accidentes y de otros hechos violentos.

¿Y cuánto tiempo estuvo de coordinador de ese programa?

Mira hasta el año pasado que me jubile, bueno yo estuve hasta este año prácticamente, yo me jubile, me jubilaron en marzo de este año.

¿Cuánto tiempo estuvo en la administración pública?

Mira, treintiocho años?...casi treintiocho años.

Y generalmente siempre con cargo gerencial, excepto el tiempo que estuvo como...incluso como médico lo compartía con la función gerencial

Lo compartía.

¿Y usted que tuvo la doble función de clínico y salubrista, qué diferencias ve en el reconocimiento social hacia el clínico y hacia el salubrista?

No hay reconocimiento.

¿De quién?

Por parte de la comunidad.

¿No reconoce a quién?

Al salubrista. Por una razón fundamental, lamentablemente los estándares de comparación de nuestra comunidad están en nuestro patrón sociocultural. En nuestros libros todavía se sigue valorando en su justa dimensión al clínico, al cirujano, al pediatra, al obstetra. Porque es a quien tú ves la cara directamente. ¿Cuándo tú vas a consulta a quien ves? ¿Tú ves al especialista de salud pública? No, sabes que existe, pero ¿existe detrás de quién? Detrás de una parafernalia que es un programa, ¿cierto? Donde de alguna manera se

planifica, se evalúa, etc. Etc., pero que tu no le ves la cara a quien esta gerenciando o gestionando ese programa, que lógicamente te permite a ti vivir con mejor calidad de vida. Tu a quien ves es al cirujano, al obstetra, al pediatra y al clínico. Eso por una parte, pero por la otra esta también está el cómo estamos formando nosotros a nuestros futuros egresados. Lamentablemente lo que estamos viendo nosotros es, cual es la marca de tu reloj, cual es la marca de tu vehículo, en que zona geográfica vives, cuantas veces viajas al exterior, cual es el volumen de tu cuenta bancaria, lamentablemente es así, y eso lo veo yo permanente, porque yo también vengo ahorita de ser docente de la parte correspondiente a Medicina Comunitaria. Como diablos, hija mía, un muchacho que ni siquiera ha cumplido con las diez semanas de medicina comunitaria, venga a preguntarme que tiene que hacer para entrar a Neurocirugía, recién graduado. ¡Por favor! ¿Cuántos años tienes que pasar tu todavía, hijo mío, para tu llegar a comprender que necesitas ser neurocirujano? Pero solamente es...volvemos otra vez a lo mismo... ¿cuánto te deja eso? Entonces, ¿qué sucede? que el ejemplo que estamos dando nosotros como clínico, como obstetra, como pediatra, como quirúrgico, expresamente es eso. Una de las propuestas que hacíamos nosotros en el Departamento...en nuestro querido Departamento de SP, era que nos dejaran al muchacho el último año de la carrera, pero que del primero al quinto año, ya el muchacho, se deslastrase por completo de todo toda la parte clínica, la parte quirúrgica, incluyendo de la tesis de grado, dedicando el último año, para lavarle la cabeza a ese muchacho nuevamente desde el punto de vista comunitario, para lavarle desde el punto de vista de cuáles son las funciones fundamentales de la SP, para lavarle la cabeza de cual es realmente el rol del médico, en este caso, a nivel comunitario. Entonces yo pienso que por ahí podrían ir los tiros en un momento determinado, ahora, ¿quién le pone el cascabel al gato? Vamos a estar claro hija mía,

cuando tu analizas un poco quienes son los que dirigen nuestras universidades, ¿Quiénes son? ¿Son los sanitaristas? ¿Son los clínicos! ¿Sí o no?, los clínicos siguen dirigiendo las particularidades por lo menos dentro de la parte de la salud, voy a hablar solo un ejemplo, de este caso, lo que no significa que el hecho de que al ser clínico no este inclinado hacia una manera distinta de ver las cosas en función de una de las distintas soluciones que pueda obtener. En el caso tuyo en particular, cuando tú te metes en este paquete de dirigir la ESPDS es porque por dentro vive algo que te acerca un poco, no creo que te aleje, sino que te acerca más a la SP en vista a hacer una mayor y mejor proyección de las cosas como tú las ves, y cuáles serían las posibles soluciones en el campo de la SP. Ahora pregunto yo hasta cuándo van a persistir los intereses particulares e individuales para que la medicina se siga viendo desde la óptica en que se ve en la actualidad, ¿cuándo llegara el momento en que sin dejar de lado la importancia que tiene la clínica, la SP retome de nuevo esa concepción que en 1945 era la que prevalecía? ¿Es que tenemos entonces la gente que de alguna manera hemos dirigido la SP retomar de una manera distinta el camino andando? ¿Es que tenemos que replantear nuestras metas y replantear nuestros objetivos? ¿Dónde estuvo nuestro error? –entonces yo pienso que en estos instantes sería conveniente, justo y necesario de todas aquellas personas que todavía están vivas, haznos una invitación a todos y así sistematizar la experiencia y sacar lecciones aprendidas a objeto de no cometer los mismos errores que cometimos nosotros en una oportunidad.

En este momento damos por concluida la entrevista y pasamos a hacer otros comentarios, le agradecemos su participación. Terminamos compartiendo café y agua.

Análisis de narrativas comparadas del discurso salubrista y del clínico

Para el análisis de los discursos empleamos la técnica descrita por Padrón (1996).

Salubrista	Clínico
<p>I. <u>Análisis Pragmático:</u> Desde esta perspectiva, este discurso se inscribe en una triple partición: En cuanto al <i>grado de apertura</i> del contexto, es una entrevista que se da en el ámbito privado, cara a cara, sin otro participante ni observador; según el <i>grado de socialización</i>, el universo semántico de la entrevista es de interés transindividual; en tanto interés inmediato del entrevistador en el entrevistado como “una clase de sujeto” que aportara información específica a su proyecto de investigación y con respecto al <i>tipo de intereses en que se da la acción discursiva</i>, esta es de tipo académico, en cuanto a esfera de producción de conocimientos, circunscritos a su vez con el área de la salud, específicamente la salud pública, y con todos sus determinantes, destacando el político-económico y el tema del discurso y poder en esta práctica. Se recoge testimonio sólo de la práctica profesional del salubrista, del discurso y poder en su espacio de acción social. Se da una interacción entrevistado-entrevistadora de tipo complementaria, con meso-actos de aproximación-contextualización-encuadre-aportación-verificación-aprobación que determinan la producción discursiva, estos actos mencionados se dan secuencialmente como acción-reacción a lo largo del corpus discursivo generado por la entrevista.</p> <p>Acto 0: Encuadrar Para la entrevista nos pusimos de acuerdo, telefónicamente días antes, para encontrarnos un día viernes, como a las 11 am ...</p>	<p>I. <u>Análisis Pragmático:</u> El texto es de tipo autobiográfico, el marco situacional en el que se produce el discurso está dado por la necesidad que tiene como investigadora de ser observadora-participante de dicho proceso, el cual es una investigación cualitativa sobre la práctica profesional del salubrista desde una narrativa comparada. La productora del discurso autobiográfico es una clínica de veinticinco años de ejercicio profesional. El discurso se registra y sistematiza un año antes de la entrevista con el salubrista. El supramacroacto en este caso está dado por la necesidad de comunicar sus vivencias, experiencias profesionales, valores asociados a su ejercicio y las situaciones que determinaron sus decisiones en el campo de la salud.</p> <p><u>Acto 1:</u> Narra influencias que determinaron su elección por la profesión médica.</p> <p><u>Acto 1.1:</u> Describe su afición por los procesos de curación: Acto 1.1.1: Describe su curiosidad por conocer Acto 1.1.2: Narra sus preferencias por jugar a ser médica Acto 1.1.3: Su experiencia con otras formas de sanación no alopáticas.</p> <p><u>Acto 1.2:</u> Describe influencia familiar en sus decisiones de estudio y trabajo Acto 1.2.1: Narra deseos de estudios contravenidos por influencia paterna. Acto 1.2.2: Describe influencia familiar de su decisión sobre el ejercicio profesional privado.</p> <p><u>Acto 2:</u> Describe experiencia estudiantil y factores contextuales determinantes</p>

<p>Lo proxímico: Lo note como tenso y circunspecto, creo que no sabía que podía yo preguntarle y quería quedar bien, correctamente vestido para el sitio y hora, de pocos gestos al hablar, frota las manos continuamente en el momento de responder como concentrándose, me impresionaba como a la defensiva y por ratos cruzaba los brazos como confirmándome eso.</p> <p>Acto 1: Aproximarse Es que en mis estudios doctorales estoy haciendo una investigación sobre el discurso médico, usted sabe siempre se dice que el discurso médico es un discurso dominador, que se apropia del paciente y eso... me cuente acerca de su vida profesional: por qué decidió estudiar medicina, qué lo motivo a estudiar esa carrera, el contexto político económico de la época, dónde ha trabajado, cuál fue su experiencia, etc. Con el mayor detalle posible. <i>Yo inicio mis actividades de medicina en el año 60 por razones eminentemente personales ...</i></p> <p>Acto 2: Penetrar <i>Por la intensidad y por la calidad del docente que teníamos, y la visión que nos inculcaron ... ese gusanito por la salud pública que después que se te mete entre pecho y espada es muy difícil que tú te la saques. No tanto porque sea difícil notarlo sino por un problema ya de convicción personal de como ver los hechos y como ver las comunidades...</i></p> <p>Acto 3: Explorar ¿Y por qué le llamaba la atención ese campo? <i>...fue un problema sumativo e informativo a la vez, el contacto con la gente humilde, el contacto con la gente del campo, el contacto con las necesidades más sentidas...</i></p> <p>Se hablaba de Alma Ata cuando usted estaba en la DRS de Cojedes, ¿cuáles fueron los obstáculos para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, que era el discurso de la SP para la ese momento? <i>Mira yo estoy convencido de que habían recursos para eso: recursos financieros, tecnológicos y recursos humanos, el problema es que no supimos llegar a las comunidades ...</i></p> <p>Acto 4: identificar</p>	<p>Acto 2.1: Narra admiración por la práctica clínica y sus símbolos Acto 2.2: Explica las influencias político partidistas en sus decisiones de estudio.</p> <p><u>Acto 3:</u> Narrativa sobre su ejercicio profesional Acto 3.1: Describe ejercicio profesional y formación de postgrado Acto 3.2: Narra su experiencia en el tratamiento de enfermos crónicos</p> <p><u>Acto 4:</u> Relata experiencia de postgrado y factores determinantes Acto 4.1: Describe devenir de clínico en formadora de RRHH de salud en el área de salud pública</p>
--	---

<p>¿Y en el tiempo en el que hizo el curso de clínica sanitaria todos los médicos sanitaristas tenían a la vez una especialidad clínica, ejercían las dos funciones? <i>Pues No... no... generalmente no...</i></p> <p>Acto 5: aclarar y distensar <i>Entonces usted se concretó al servicio de nefrología del HAPL..</i> <i>...se dieron las tres circunstancias: que tenía la dirección del hospital, que tenía el servicio junto con la consulta, y tenía la docencia, o sea las tres cosas se llevaban ahí, entonces ¿para qué, aparte de eso, para qué consulta privada , si tenía que sacarle 24 o 28 horas al día?</i></p> <p>Acto 5: verificar Si porque ya en esa época estaban adoptándose las políticas neoliberales, con la disminución del gasto social para la salud, con el deterioro de la parte preventiva, para finales del ochenta-noventa...en esa época todavía ocupaba algún cargo administrativo usted?</p> <p><i>¿Estamos hablando de los años ochenta?</i> <i>No... no... no, yo estuve hasta los años noventa...cuando fue? Ochentiseis, ochentisiete, ochentiocho, ochentinueve, noventa! Si porque luego yo paso nuevamente al ministerio...</i></p> <p>¿Cómo la dirección de Salud? <i>Debe ser como una dirección de salud, aun cuando ese no era mi cargo sino que yo era un funcionario más del ministerio...</i></p>	
---	--

Análisis semántico de los discursos en estudio

De modo general se identifican en ambos discursos valores que orientan la acción y le dan significado a las vivencias de los actores hablantes. En ambos están presentes el valor de la familia, el reconocimiento al otro, la sensibilidad social, la solidaridad. Así como el valor que le dan al estudio y adquisición de conocimientos ya sean validados por la academia pero también al obtenido por la auto formación práctica. Por diferentes vías, el modelaje de

profesores y médicos de mayor nivel de formación, es determinante en la elección de su práctica.

Médico Salubrista (MS)	Médica Clínica (MC)
<p>SIG 0: <u>Valores que orientaron la práctica profesional:</u> SIG 01: Sensibilidad social y solidaridad, Reconocimiento del otro. <i>...el contacto con la gente humilde, el contacto con la gente del campo, el contacto con las necesidades más sentidas...</i> <i>...fueron la serie de cosas que fueron dejando impronta, en decir bueno el día a día con esa gente que escasamente tenía para subsistir...</i></p> <p>SIG 02: Valores familiares. <i>...por razones personales y familiares pues mira ya opte por regresar lógicamente a Carabobo...</i></p> <p>SIG 1: <u>Valor de la legitimidad del saber y conocimiento por el estudio académico y experiencial:</u> SIG 1.1: Valor del conocimiento académico <i>.Fue el tercer curso medio de se llamaba de clínica sanitaria, que era el nombre que se le daba donde estaban profesores de la talla de Ovidio Beltrán Reyes, ¡nuestro eterno maestro!</i> <i>...parece mentira que ese curso, que más que curso medio era en realidad una <u>especialidad</u></i> <i>...por la intensidad y por la <u>calidad del docente que teníamos</u>, y la visión que nos inculcaron en ese entonces... ese gusanito por la salud pública que después que se te mete entre pecho y espalda es muy difícil que tú te la saques.</i> <i>Yo soy nefrólogo, formado nuevamente en Madrid... en esta oportunidad estuve dos años, solamente, dos años en el antiguo hospital provincial de Madrid.</i> <i>...la gente que dirigía el ministerio de salud, o ministerio de sanidad y asistencia social en esa época era gente realmente brillante, <u>gente con experiencia y con formación en SP...</u></i></p> <p>SIG 1.2: Valor del conocimiento práctico y autoformativo:</p>	<p>SIG 0: <u>Valores que orientaron la práctica profesional:</u> SIG 01: Sensibilidad social y solidaridad, Reconocimiento del otro. <i>...Casi todos eran ancianos y por supuesto no asegurados por lo que tenía frecuentemente que hacer concesiones y reducir honorarios...</i> <i>...si mi relación con ellos/as no era una relación de amor, de encuentro, no había sanación...</i></p> <p>SIG 02: Valores familiares. <i>...haber tenido por mucho tiempo el sueño de ser gerente de alguna industria (profesión paterna, sueño al que desoí en virtud de la negativa de mi padre a dejar que su hija se moviese en un “mundo de hombres” no siempre tan respetuosos...</i> <i>...mi familia reclamaba mayor presencia mía en el hogar</i></p> <p>SIG 1: <u>Valor de la legitimidad del saber y conocimiento por el estudio académico y experiencial:</u> SIG 1.1: Valor del conocimiento académico <i>...una estudiante destacada, con gran afición a la lectura, sumamente curiosa, lo que me facilito desarrollar un especial sentido de la observación visual e intuición que me llevo a ser muy autodidacta en el proceso de aprendizaje...Por esta vía aprendí muchas cosas y reflexionaba sobre la realidad que me rodeaba continuamente.</i> <i>...cuando ingrese a hacer la especialidad de Medicina Interna en el Hospital Universitario “Ángel Larralde”, en la zona de Bárbula, fue donde realmente poseí y me deje poseer por el discurso médico clínico...</i> <i>Decidí realizar la especialidad en Salud Ocupacional...Es en esta disciplina cuando comienzo a conocer la importancia de la promoción de la salud y de la prevención en el campo laboral.</i></p>

<p>la <u>competencia se adquiere</u> en este caso bajo dos condiciones fundamentales: uno bajo la experiencia personal después de tener el contacto directo con las comunidades y otro, a través del <u>conocimiento significativo</u>, pero el conocimiento significativo no de manera formal, sino ya por lecturas, alguna actividad, <u>autoformativo</u>, eso fue.</p>	<p>SIG 1.2: Valor del conocimiento práctico y autoformativo: <i>...terminábamos en nuestro incipiente nivel académico de formación siendo médicos experimentados por la autoformación y el volumen de enfermos manejados sin la supervisión directa de los especialistas</i></p>
--	---

Así, mientras la MC se va perfilando cada vez más como clínica en cuerpo y alma, valorando el cumulo de conocimientos técnicos prácticos obtenidos como un tesoro a ofrecer a la sociedad que demanda de esta formación, el MS por su parte es aguijoneado, por sorpresa, por las mieles del éxito del sanitarismo de Gabaldón de la década de los 30-40 del s. XX, y que tenían aun cabida en la población rural venezolana de los años 60-70 sustentado en normas y conocimientos técnicos administrativos.

Por supuesto este aguijón se clava en un sustrato favorable ya que nuestro actor salubrista en sus juventud, aunque no lo dice claramente, inferimos que probablemente militaba en la izquierda, como gran parte de esa generación, esto lo deja entrever cuando hace referencia a “no comulgar con el gobierno socialdemócrata” motivo por lo que tuvo que irse a estudiar al exterior el pregrado de medicina, y que luego identifica a los gobiernos de derecha como “la única vía posible”, como tantos otros jóvenes de esa generación, llamados “cabeza calientes”, lo que quizás explicaría su gran sensibilidad hacia la pobreza y la injusticia social.

Ambos exaltan las oportunidades de aprendizaje, y es solo la diferencia generacional coincidente con mayores oportunidades de estudios académicos, lo que explica mayores niveles académicos alcanzados en MC, mientras que MS se apoya en el respeto y autoridad moral en la materia que representaban los maestros de la época.

Sin embargo, ambos llaman la atención sobre la importancia de la experiencia práctica en esa carrera, el contacto cara a cara con el enfermo, el aprendizaje significativo que va modelando todo el ejercicio médico post titulación. En ambos casos estas vivencias son referidas como sensibilizadoras de nuestros actores, posiblemente porque desde un principio tenemos en ellos personas sensibles, que la formación académica en sí, rica solo en tecnicismo, no se preocupa por despertar y que hace la diferencia entre un médico bueno y otro solamente buen médico.

La familia en ambos casos aparece como condicionadora de decisiones de vida.

MÉDICO SALUBRISTA	MÉDICA CLINICA
<p>SIG 2: <u>Significado del saber en salud</u></p> <p><i>...entre quienes vivimos <u>la salud "técnica" en un instante determinado con la gente de las comunidades que requiere de la SP en un instante determinado...</u></i></p> <p><i>...que tenga que ver con la salud, en el entendido de que la salud no solamente es holística... la concepción hologramática, porque, que pasa con lo holístico? Lo holístico ve el todo solamente, mientras que lo hologramático ve el todo y las partes y de las partes con el todo</i></p> <p><i>... chica el <u>gran error de nosotros fue a nivel de la Promoción, no es que no había Promoción, si la había, pero como haces tú para que la gente incorpore en su patrón estructural una forma distinta de ser, ¡es allí donde fallamos nosotros!!!</u></i></p>	<p>SIG 2: <u>Significado del saber en salud</u></p> <p><i>...de la observación de otras especies vivas, aprendí y comprendí, que el proceso de curación, tiene mucho de natural, que una gran proporción de enfermedades pueden mejorar, si, como los gatos, nos disponemos a reposar física y mentalmente...</i></p> <p><i>...en el curso de mi vida, tuve contacto con otras formas de sanación dada por curanderos del pueblo, que parecían tener algún don que administraban por medio de rezos y el uso de hierbas medicinales...Este contacto con otras formas de sanación, luego de transcurridos los años de mis estudios universitarios, derivo en incredulidad racionalizada desde el positivismo que caracteriza a la disciplina médica y el cual me poseyó hasta volverme a mí misma una positivista andante, que mira con impotencia y algo despectivamente estas formas de sanación.</i></p> <p><i>...la importancia de las condiciones de vida como vía para el logro del bienestar y calidad de vida</i></p>

En la narrativa de ambos actores, existen algunos datos que nos permiten inferir su conceptualización de salud. En el caso de nuestro salubrista, si bien no emite un concepto tangible del mismo, y en el entendido de haberse desempeñado como nefrólogo, es decir

como clínico, durante unos cinco años aproximadamente, luego de un caminar en contacto con la pobreza de nuestras comunidades rurales, siempre deja entrever relaciones entre salud-comunidad-lo social, o gira alrededor de ese trinomio pues ya es un salubrista convencido, un salubrista para quien la salud tiene que ver con el entorno con el que integra una totalidad, pero en el que es indispensable distinguir las partes que lo integran: lo comunitario, lo económico, lo conductual, a fin de un abordaje integral.

Sin embargo, en cuanto a sus funciones como salubrista describe como primordial la administración de recursos asignados a la atención de la salud (en sí, de la enfermedad), así como la vigilancia epidemiológica de las enfermedades con la prevención de las mismas. Siempre se gira alrededor de las enfermedades comunitarias y su comportamiento, siendo la gran falla la promoción de la salud, reconociendo que los salubristas no tienen la experiencia para ello y que para construir salud se necesita de un equipo humano multidisciplinario en el que son otras áreas distintas a la medicina las que tendrían un mejor papel al respecto: sociólogos, ingenieros, educadores, psicólogos, etc. Sin embargo privó la visión individualista y funcionalista de la salud pública al acometer tareas que requerían un abordaje multi y transdisciplinario, como es el abordaje de comunidades con su equipaje de patrones socioculturales, su identidad, sus modos de producción, sus modos de vida.

Nuestra actora clínica, muy a pesar de que la domina la razón lógica, siente curiosidad por otras formas de sanación que tienen que ver con creencias, espiritualidad, comportamiento de otras especies para finalmente declararse biologicista, experta en la enfermedad. Y es su devenir en la práctica clínica y accediendo a otras áreas de conocimiento que va concibiendo la importancia de la promoción de salud, la prevención y de las condiciones de vida que rodean al individuo como lo que le permite desarrollarse en todas sus potencialidades. Su

devenir es de lo clínico a la formación de un recurso humano en el área de la salud con visión salubrista, pero luego de veinticinco años de práctica clínica.

Sin embargo, no puede escapar de la trampa positivista y su impulso primario es la actuación sobre la enfermedad desde la racionalidad instrumental, expresando su lenguaje biotecnológico, con acciones interventoras diagnósticas y terapéuticas, la única diferencia es quizás la humanización progresiva de su discurso y el respeto al enfermo. Difícil escapar de ello luego de más de treinta años entrenándose en atender la enfermedad.

MÉDICO SALUBRISTA	MÉDICA CLINICA
<p><u>SIG 3: Percepción de lo político-económico en la práctica profesional</u> SIG 3.1: Lo político estructurante</p> <p><i>...la concepción era otra, porque la concepción de quienes regían en ese momento el órgano rector que era el ministerio, era gente con una visión mucho más amplia de la que suelen tener los que la dirigen en la actualidad. Era una visión eminentemente de SP...</i></p> <p><i>yo pienso que tanto los adecos y los copeyanos de alguna manera <u>convivían</u></i></p> <p><i>...pero generalmente si había esa inclinación política de exclusión hacia, este, la parte política propiamente</i></p> <p><i>...porque sencillamente era un programa del gobierno. Un programa de gobierno y si bien es cierto que para ese instante existía una Dirección de Promoción para la salud, no se manejó de la manera más adecuada, yo creo que la falla estuvo allí.</i></p> <p><i>Que yo recuerde en ninguna oportunidad, llego a Cojedes un equipo multidisciplinario a apoyarnos en ese sentido, jamás en su vida, creo que fue una de las grandes fallas de esa parte rectora que era la parte normativa...</i></p> <p>SIG 3.2: Lo económico estructurante <i>...si bien es cierto que para ese instante la situación económica del país era boyante en atención a los precios del petróleo...</i></p>	<p><u>SIG 3 : Percepción de lo político-económico en la práctica profesional</u> SIG 3.1: Lo político estructurante:</p> <p>Para poder trabajar, había que tener carnet de algún partido cercano al poder o ser “político” (político entendido aquí como lo político partidista) por afición y/o profesión, cosa ante la que yo me rebelaba, además de que la Universidad no me había preparado para el Liderazgo ni para la dirigencia política.</p> <p><i>...me fui a la zona de Puerto Cabello a trabajar en el Sistema Público de Salud... con Pasantía Rural de 6 meses en el Pueblo de Borburata, pueblo costero del eje Oriental de Puerto Cabello al que fui enviada como castigo por protestar con frecuencia las condiciones de trabajo, la falta de insumos y retrasos en el pago de salarios.</i></p> <p>SIG 3.2: Lo económico estructurante</p> <p><i>...el aumento progresivo del costo de la atención médica más la carga administrativa heredada de la gestión ministerial, no permitía superar la crisis... la salud se configura en este periodo, no en un derecho sino en un bien de mercado.</i></p> <p><i>...hacia guardias adicionales de 24 horas semanales en un Centro Clínico Privado, tipo Hospital, ya que estaban floreciendo por doquier los centros asistenciales privados como opción ante el deterioro de la atención sanitaria pública...</i></p>

<p><i>yo estoy convencido de que habían recursos para eso: recursos financieros, tecnológicos y recursos humanos, el problema es que no supimos llegar a las comunidades</i></p> <p><i>No tuvo nada que ver porque si hubiese sido económico, el dinero existía, y si no existía, las gobernaciones a nivel local estaban en capacidad plena de suministrarlo, pero el problema era un tipo de concepción, posiblemente también hubiese sido por falta de RRHH formado en los niveles antes dichos.</i></p>	<p>...el discurso de la salud laboral, campo de la salud pública, es estar subordinado al poder económico.</p>
---	--

En lo que respecta a la percepción de lo político-económico estructurante de la práctica profesional, el actor salubrista describe lo político como “ente rector de las políticas de salud”, que es el ministerio de salud, el cual dicta normas y políticas a seguir que deben desarrollarse de acuerdo a una descentralización administrativa, en tanto salud pública-función del Estado, no lo ve como un factor obstaculizante en la década de los sesenta – ochenta del s. XX, al contrario ensalza la gerencia ministerial de la época integrada por “mentes brillantes y bien formadas en la salud pública” que explican el éxito de los sucesivos discursos de la salud pública: sanitarista-preventista-medicina comunitaria.

Cree que a pesar de la alternancia partidista que caracterizaba el gobierno de la época, era más inclusiva y una persona bien formada podía estar trabajando en el área aun siendo opositor. El fracaso de la SP desde la década de los ochenta, y del discurso de salud para todos en el 2000, en una retórica envolvente, donde por momentos culpabiliza al oficialismo en poder desde 1999, lo atribuye a otros factores como falta de equipo humano multidisciplinario, de claridad conceptual, entre otros. Sin embargo esto expresa el individualismo y hegemonía del discurso médico en general donde se asumen tareas como expertos pero en las que se precisan otras perspectivas de abordaje no médico.

Por su parte, la actora clínica describe que en los ochenta, época en que se inicia en su práctica clínica, la exclusión partidista y la exigencia de carnet político en la época era la regla, deplora el partidismo pero se queja de no haber sido preparada para el liderazgo y la dirigencia política como modo quizás de insertarse al sistema público de salud, narrando como los partidos en el poder y en funciones jerárquicas en salud son excluyente y sancionadoras con los que asumen posiciones contrarias manifiestas.

Su práctica se desarrolla durante los años ochenta-noventa del recién finalizado s. XX viviendo en toda su magnitud el deterioro del sistema sanitario del país, producto como ya hemos dicho de las políticas económicas neoliberales con la privatización progresiva del mismo como salida a la crisis que hace accesible la salud a solo aquellos que podían pagarla, expresado por nuestra clínica como “la progresiva transformación de la salud en un bien de mercado”

En cuanto al área de la salud laboral, expresa que la misma está subordinada al poder económico de los patronos, creando obstáculos a la acción preventiva del médico ocupacional, indudablemente por el costo que muchas veces tiene para la empresa transformar su proceso productivo a uno menos riesgoso para los trabajadores.

Nuestro salubrista, está convencido que en los sesenta-ochenta habían suficientes recursos económicos, pero que la salud pública se debilita es debido a la falla de una acción rectora, cual es la formación y capacitación de RRHH en salud pública y en las diversas áreas que realmente son las que construyen salud: sociólogos, ingenieros, educadores, psicólogos; la falla principal en estos años es que el ente rector: Ministerio de Salud, no ha estado en manos de gente capacitada en el área.

Entonces nuestros actores han dejado en evidencia de que lo partidista cuando asume el poder del Estado en sus diferentes niveles, puede obstaculizar la acción sanitaria de diversos modos: anteponiendo el carnet político a la calidad del RRHH, configurando la agenda de las políticas en salud, que por supuesto tienen que ver con asignaciones presupuestarias para cubrir las demandas del sistema como sería por ejemplo, la formación del RRHH necesario en el área, financiamiento de programas, mantenimiento y desarrollo de infraestructuras, y algo muy importante la continuidad de planes y programas de salud. Esto pasa a ser entonces, de importancia vital en la concepción de políticas públicas conjuntamente con lo económico que es en definitiva lo que sustenta el sistema sanitario.

La maraña de alianzas partidistas y estrategias del mercado, expresadas en comisiones, prebendas, desinversión, en el entorno de poder que maneja el Estado, se expresa en un discurso estatal hegemónico e ideológico, que excluye a los que detentan una forma de pensar distinta y que condicionan las políticas estatales no a las verdaderas necesidades sociales, en este caso necesidades sanitarias, sino a aquellas que pueden retribuirle a cambio más poder, sea económico o político, tales como obras o decretos populistas, financiamiento de proyectos subsidiarios de grupos corporativos gracias al lobby que estos hacen ofreciendo a cambio de prebendas y comisiones a los miembros en el poder, en fin, el Estado permite y sanciona lo que quiere permitir y sancionar, esto es, lo que le genere más poder. Al respecto, el control social y la participación ciudadana continúa siendo una retórica.

MÉDICO SALUBRISTA	MÉDICA CLINICA
<p>SIG 4: <u>Discurso y Poder</u></p> <p><i>Cuando el ministerio me llama para que me ocupe, me encargue de la Dirección General del Sistema de Salud del Estado Cojedes.</i></p>	<p>SIG 4: <u>Discurso y Poder</u></p> <p>cuando ingresé a hacer la especialidad de Medicina Interna ...donde realmente poseí y me deje poseer por el discurso médico clínico: seriedad en la expresión, circunspección, uso continuo de la bata, de mi anillo de grado, el emblema que me</p>

<p><i>Yo opte por quedarme retirado (del servicio privado) y por dedicarme exclusivamente a la parte administrativa y/o a la Medicina pero la Medicina institucional... me fui desencantando, no de la nefrología que aun adoro y la sigo queriendo, sino de cómo se concebía la prestación del servicio.</i></p> <p><i>...es un problema ético fundamentalmente, cuando no hay claridad conceptual en lo ético y en lo moral, se llegan a estas condiciones, por una parte, y posiblemente por afán desmedido del dinero</i></p> <p><i>...el problema es que no supimos llegar a las comunidades, teníamos las herramientas, teníamos el discurso ahora <u>cómo hacer que ese discurso cale en lo más profundo de la gente desde el punto de vista actitudinal?</u></i></p> <p>¿No reconoce a quién? Al salubrista. <i>Por una razón fundamental, lamentablemente los estándares de comparación de nuestra comunidad están en nuestro patrón sociocultural... ¿Cuándo tú vas a consulta a quien ves? ¿Tú ves al especialista de salud pública? No, sabes que existe, pero existe ¿detrás de quién? Detrás de una parafernalia que es un programa, ¿cierto? Donde de alguna manera se planifica, se evalúa, etc., pero que tu no le ves la cara a quien esta gerenciando o gestionando ese programa, que lógicamente te permite a ti vivir con mejor calidad de vida. Tu a quien ves es al cirujano, al obstetra, al pediatra y al clínico...</i></p>	<p>identificaba como médico, el estetoscopio en el cuello del modelo más avanzado para el momento</p> <p>En mi relación médico-paciente todo iba bien mientras el paciente cumpliera mis sugerencias, caso contrario, debía firmar la historia y abandonar el centro o no volver a la consulta si se atendía a nivel ambulatorio, porque al fin y al cabo ¿quién era el médico él o YO?</p> <p>...casos de demandas hacia médicos por parte de los enfermos debido a mal praxis o negligencia, lo cual introdujo una cierta desestabilización de nuestro discurso en la sociedad y, la presencia de la sombra del juicio profesional en nuestras espaldas de modo inmanente, lo que derivó en una práctica que necesitaba demostrar continuamente la veracidad del diagnóstico.</p> <p>Estudios que me han servido fundamentalmente para cambiar mi actitud como clínico al aproximarme a los pacientes, reconociéndolos como mi legítimo prójimo, a quien debo respeto, tolerancia, solidaridad.</p>
---	---

En la narrativa anterior, se evidencia una tendencia al manejo del poder en ambos actores y el mismo se vehiculiza en su discurso médico.

En el caso del salubrista toda su vida profesional transcurre en cargos públicos administrativos como gerente o director en el ámbito de la salud pública, durante 38 años, tanto que a menos que se le interrogue directamente sobre otros aspectos de la práctica no los aborda, para él la práctica profesional es sinónimo de administrar y gerenciar los recursos para vigilar las enfermedades. La medicina, es para él, ejercicio clínico, concibiéndolo como un duro mundo

Sustenta su elección hacia la salud pública en su interés por lo comunitario, descalifica el ejercicio clínico privado que se basa en lo mercantilista, en la doblez moral del afán del dinero. Pero realmente tenemos un actor que ya desde joven, había tenido una posición política que lo había presionado para salir a estudiar en el extranjero, infiriendo que dicha posición se relacionaba con algún nivel de dirigencia política, dirigencia que luego reconduce con el ejercicio del poder legítimo, el conferido por la autoridad para realizar funciones administrativas en los diferentes niveles jerárquicos del sistema sanitario.

Su discurso cuadra más en lo retórico-político, cuidándose siempre de no caer en aspectos u opiniones que pudiesen servir de evaluación a sus actos públicos, y cuidando a su vez, la responsabilidad del Estado en la salud en el cual desempeña el papel de gestor, solamente desde el inicio del gobierno actual 1999, hay una crítica evidente a la gestión de salud, no estando de acuerdo con lo ideológico del proceso.

Su discurso, empleando el plural mayestático, entraña equipo, integridad y recto proceder, compromiso comunitario, sensibilidad social, crítica por lo mercantilizado de la práctica clínica, la cual refiere amar pero solo para ejercer en lo público, donde no media pago por servicio prestado al usuario. Deplorando las manifestaciones del poder clínico asociadas al tener, a lo mercantil. Al mismo tiempo, reconoce que el discurso del salubrista no cala en las comunidades, tiene un poder limitado, está sujeto al Estado y se debate en el dualismo de decir que el Estado dicta normas y provee el presupuesto necesario, pero por otra parte, su acción normativa tiene debilidades que obstaculizan su labor salubrista.

Enfatiza que, aunque justamente, el reconocimiento social se debe a los que ejercen la práctica clínica, responsables directos y cara a cara de la curación del individuo. La práctica

salubrista a pesar de lo que aporta a la sociedad no es reconocida, compartiendo el grupo de recursos que, operando la gestión del Estado, aparecen ocultos tras los telones, ya que, en este caso el protagonista es el Estado.

Nuestra médica clínica, por su parte, exalta su discurso biologicista en su práctica, así como su saber, su discurso hegemónico sobre el paciente el cual no tiene derecho a una opinión, ya que la que tiene el don de curar por su saber es ella y expresamente lo manifiesta en un discurso hegemónico y asistencialista, que somete a los enfermos a su acción médica y que busca el reconocimiento social.

En función de ese discurso curativista, el clínico, ejerce un poder sobre el enfermo que vehiculiza por diversos símbolos de poder: el estetoscopio al cuello, al anillo de grado, la distancia en el trato con el enfermo, la bata blanca de manga larga, y otros.

Sin embargo, una serie de acontecimientos van estructurando y modificando su discurso: -por un lado, las denuncias de enfermos a médicos por mal praxis, la sumen en la necesidad de comprobar sus diagnósticos y justificar el tratamiento dado en base al uso cada vez mayor de técnicas paraclínicas, todo lo cual va justificando su progresiva tecnificación y su discurso tecnócrata en detrimento de lo sensorial percibido con la aplicación de maniobras semiológicas y -por otro lado los estudios que progresivamente va realizando en campos de ciencias humanas como Bioética y Derechos Humanos, Salud Mental, la van haciendo comprender la necesidad del trato humanitario, de la solidaridad, de lo relacional en la relación médico-enfermo. Y sobre todo, el reconocer que el otro, dentro de la vulnerabilidad que tiene como enfermo, es un sujeto de derecho, con autonomía. Es cuando modifica de nuevo su discurso hasta la época actual, continúa siendo un discurso biologicista,

asistencialista, tecnócrata, interventor pero las acciones médicas son consensuadas con el enfermo o sus familiares.

Sin embargo, desde niña se ha sentido atraída a ejercer poder. Primero, en los juegos infantiles. Luego atraída por la profesión paterna. Renuncia a estudiar salud pública por ser un ámbito dominado por partidos, quienes eran los que detentaban el poder y se dedica a la clínica como opción no consciente de poder y reconocimiento. Ejerce poder sobre los enfermos en su desempeño clínico, siendo autocrática en dicho ejercicio. Buscando realizar estudios que tuviesen que ver con la Gerencia y el Liderazgo. Finalmente, accede a la gerencia, cuando es designada como Directora Académica de la Escuela de Salud Pública.

Hermenéutica del texto

Para finalizar la elaboración de este corpus textual, podemos decir que tanto el discurso clínico como el salubrista tienen una misma genealogía y se expresan ante la sociedad de igual forma: -en el carácter de *racionalidad burocrática funcional* de la Medicina: sustentado en los roles del médico y del enfermo descritos por Parsons y que se evidencian en la administración e institucionalización del sistema sanitario, en los niveles de atención en los que se ve inmerso el enfermo para recibir atención en salud y que ambos médicos ejecutan y asumen como todo un ejercicio de poder; - la *función y el discurso médico como lógica del poder y la dominación sobre los cuerpos*, ya sea sobre el cuerpo individual o colectivo, según sea un ejercicio clínico o salubrista, expresado en un discurso de autoridad hegemónica, en ambos sustentado en la racionalidad científica-técnica, centrado en la enfermedad y la medicalización de la práctica en ambos casos; -se perciben *diferencias en cuanto al reconocimiento social* de ambos discursos, lo cual tiene que ver con los imaginarios

colectivos asociados a la racionalidad científico-tecnocrática, al acto de curación-restitución de la salud realizado en el ámbito privado de una relación binomial médico-enfermo, sin otro intermediario protagonista, para el caso de la práctica clínica, en tanto que la actividad salubrista, se mantiene tras el telón de una función del Estado, y cuyas diferencias pudiesen estar en el grado de *eficacia material e ideológica*, que es percibida en grado mayor de eficacia para el clínico por parte de la sociedad, lo cual se haya inscrito en nuestros patrones culturales desde el inicio de la disciplina.

Por último, vimos cómo lo político económico influye en la práctica médica como instituyente de la atención sanitaria del sistema social, esta influencia ha variado en atención a los intereses del Estado perfilados en como incrementar su poder político económico, y que en la época en el que se registran estos discursos (inicios del tercer milenio), es expresado en ellos como obstáculos al ejercicio o, por el contrario, facilitándolo según sea la política de Estado, para el caso de los salubristas, mientras que para los clínicos ha reforzado la racionalidad técnica instrumental y la concepción de la atención privada de la salud como *empresas*, productoras por tanto de riqueza por uso y consumo de biotecnología, industria farmacéutica, etc. consistente con la disminución del gasto social del Estado venezolano a fin de responder a la demanda de las políticas neoliberales económicas, muy lejanas de las necesidades en salud de los venezolanos, pero a tono con la necesidad del Estado de mantenerse a flote en el ámbito internacional marcado y dominado por el liberalismo económico y la desregulación del mercado.

El tercer ojo: Un ejercicio de multiperspectiva para leer entre líneas

Visión desde un Alter Ego: Análisis del discurso de la autobiografía

Lo histórico-vivido: La narrativa en sí. Hay una diversidad de acontecimientos vividos por la sujeto que nos permiten hablar de varias etapas en su historia de vida de acuerdo a las narraciones orales hecha por la sujeto misma.

a) *La edad infantil:* referencias a una infancia transcurrida en campamentos petroleros que definitivamente marcaron su subjetividad en forma indeleble. El proceso de sometimiento/ subordinación del padre trabajador de estas empresas transnacionales, que finalmente conduce a rupturas con este tipo de sistema de dominación laboral y consiguiente traslado a la ciudad de Valencia desde el Occidente del país.

b) *Adolescencia:* transcurrida en la ciudad de Valencia y caracterizada por la presencia de múltiples enfermedades y penurias económicas que afectan su constitución física y por tanto su salud. Primer contacto significativo con la estructura médico-clínica como paciente habitual.

c) *Aduldez:* caracterizada por un hecho fundamental en la vida de la sujeto como es el ingreso a la Universidad y la elección de la carrera de medicina. Contacto directo con las estructuras académicas de educación superior en el campo de la medicina.

d) Ejercicio de la carrera de medicina y contacto directo como protagonista profesional con el funcionamiento de las estructuras de atención en salud; tanto hospitalarias como ambulatorias.

e) Especialización en el campo de la medicina interna y profundización del contacto con las estructuras de atención en salud hospitalaria y ambulatoria.

- f) Ejercicio de la docencia universitaria en el campo de la salud pública.

Análisis del Corpus

Etapa infantil. Podríamos arrancar de la etapa infantil que puede ser caracterizada por la configuración de la subjetividad a partir de una matriz de resentimiento social producto de dos acontecimientos vitales que constituyen “vividos muy traumáticos” para la sujeto: la experiencia de sometimiento/subordinación de su padre y toda la familia en los campos petroleros en donde éste trabajaba y la situación prolongada de carencias económicas que atentaban en contra de la salud y el desarrollo normal:

.....” *las empresas de entonces para controlar más al trabajador lo hacían vivir dentro del campo de trabajo, cosa que rebeló a mi madre*”

.....”*estas penurias (situación socioeconómica) y la morbilidad a predominio de enfermedades infecciosasme llevaron la experiencia del sarampión, hepatitis, dengue, tosferinas, gripes, etc.,.....*”

La situación de carencias económicas se prolonga en la adolescencia, apuntalando así de esta manera, la matriz de resentimiento social de la cual hemos hablado.

Adultez: vida universitaria y estudios médicos. Caracterizada ya por los estudios de medicina y el contacto con las estructuras de educación médica que van generando lenta y progresivamente una actitud crítica hacia la universidad y la medicina que es solapada por el impacto en la subjetividad, del imaginario de médico en vías de su transformación en algo real. Esta obnubilación por los símbolos exteriores del poder médico....batas blancas, estetoscopio, etc....y el status de prestigio y reconocimiento social, mantienen oculta una

actitud latente de crítica fundamental hacia las estructuras institucionales de tipo médicas, las cuales se imponen estructuras alienantes que se apropian totalmente de su subjetividad :

“..... Este contacto con otras formas de sanación, luego de transcurridos los años de mis estudios universitarios, derivó en incredulidad racionalizada desde el positivismo que caracteriza a la disciplina médica y el cual me poseyó hasta volverme a mí misma una positivista andante.....”

La percepción de la realidad de las estructuras de tipo médico-asistencial, es de un *gran simulacro*, una gran farsa que esconde dentro de sí toda clase de patologías institucionales: alienación del paciente y del médico, corrupción, lucha por el control del poder político-partidista, etc.:

“.....al parecer no había una salida aparente ya que el poderlo tenían los partidos políticos en turnos alternativos que funcionaban cual “ladrones de cuello blanco” y mantenían en los cargos a sus “palanqueados” , estuviesen o no aptos para el mismo.....”

La crítica a este sistema de cosas trajo como consecuencia el destierro de tipo profesional:

“.....con pasantía rural en el pueblo de Borburata...al cual fui enviada como castigo por protestar.....”

Al final se impone la internalización de un modelo médico-clínico-tecnocrático de tipo macro-hospitalario:

“.....al momento de graduarme tenía una nada experiencia como emergencióloga...amén de ser la copia perfecta del modelo clínico...caracterizados por la

premura, las largas y blanquísimas, aire de saberlo y resolverlo todo, segurísimos de sí mismos, imponiendo su saber y su práctica a los pacientes.....”

Este tipo de actitudes básicas hacia el proceso salud-enfermedad, relación médico-paciente y medicina en general, encuentran elementos de reforzamiento cuando la sujeto realiza el post-grado de medicina interna:

“.....fue donde poseí y me dejé poseer por el discurso médico clínico: seriedad en la expresión, circunspección, uso continuo de la bata, de mi anillo de grado el emblema que me identificaba como médico, el estetoscopio al cuello del modelo más avanzado.....”

Posteriormente en una pasantía por la medicina ocupacional universitaria en centros ambulatorios, estimularon la penetración del gusanito de la “salud pública”:

“..... Pero fue mi encuentro con el ejercicio médico ambulatorio en el nivel secundario de la salud.....”.....” posteriormente en 1994.....decidí realizar la especialidad en medicina ocupacional.....”

Las estructuras del discurso

El relato estructural: Hermenéutica del texto. El análisis de lo históricamente vivido por la sujeto a través de los relatos orales sobre todo en la infancia y adolescencia, nos orienta a pensar en la configuración de una subjetividad marcada por una matriz de resentimiento social en contra de las estructuras de poder y los sistemas de autoridad, en el campo de la salud, fundamentalmente. Luego las experiencias concretas en este campo, primero como estudiante y luego como médico ya graduado, reafirman ese sentimiento y generan una predisposición a enfrentarse al orden establecido, negándolo.

La elección de la especialidad de medicina interna empuja a la sujeto a caer en el terreno de la medicalización de la enfermedad, del cuerpo y la salud, en general y a internalizar la lógica de la racionalidad médica-científica-instrumental. La identificación con esta lógica es vivida como una caída en los predios francos de la identificación con el Otro, dominante del saber y el poder, y por lo tanto la asunción de estados de alienación y extrañamiento de los principios que configuraban la estructura de la subjetividad arcaica; la subjetividad infanto-juvenil.

La aproximación crítica de la realidad social en el campo de la salud, ya en la adultez cronológica y profesional, es el resultado lógico de la síntesis a su vez crítica también de todo lo vivido. Esto conduce al desarrollo en la sujeto de una sensibilidad y una toma de conciencia de la necesidad de participar en salud pública para poner en práctica lineamientos y proyectos propios de este campo de la medicina, internalizados por la sujeto.

Finalmente, ésta se vuelve a encontrar con su identidad personal-social originaria cuando adopta el rol de docente en el campo de la salud pública. Se completa así la realización del imaginario “*quijotesco-redencionista*” que la llevó inicialmente a la elección de la carrera de medicina; pero se completa también una fantasía muy arcaica de tomar y administrar el poder que supone el control ya no del cuerpo de un individuo, sino del cuerpo colectivo de la salud de las masas.

En conclusión, tenemos que decir que la historia de vida de la sujeto analizada puede ser vista como teniendo analogías estructurales (homologías dice el estructuralismo en Levi-Strauss) con la historia de la salud pública en Venezuela. “La ontogenia recapitula la filogenia” decía Haeckel, padre junto con Darwin del evolucionismo, y nosotros podríamos

parafrasear al autor diciendo que las historias individuales contienen ya dentro de sí los elementos básicos de las historias colectivas.

Podemos hipotetizar afirmando que la historia de la salud pública en Venezuela surge como productos de procesos históricos traumáticos y dolorosos, de desgarraduras en el cuerpo de la sociedad, de necesidad de volver sobre lo colectivo, de actitudes de resentimiento social y de necesidades de enfrentar y tomar el poder para transformar. La historia de la salud pública en Venezuela y América Latina está cruzada de deseos utópicos, de sueños que a veces devienen en pesadillas y de necesidades de rupturas epistemológicas con el orden del saber médico, el discurso de autoridad y el orden de los cuerpos instituido por el episteme dominante. Es eso, exactamente, lo que contiene como estructuras latentes de significación (denotaciones) la autobiografía de la sujeto analizada.

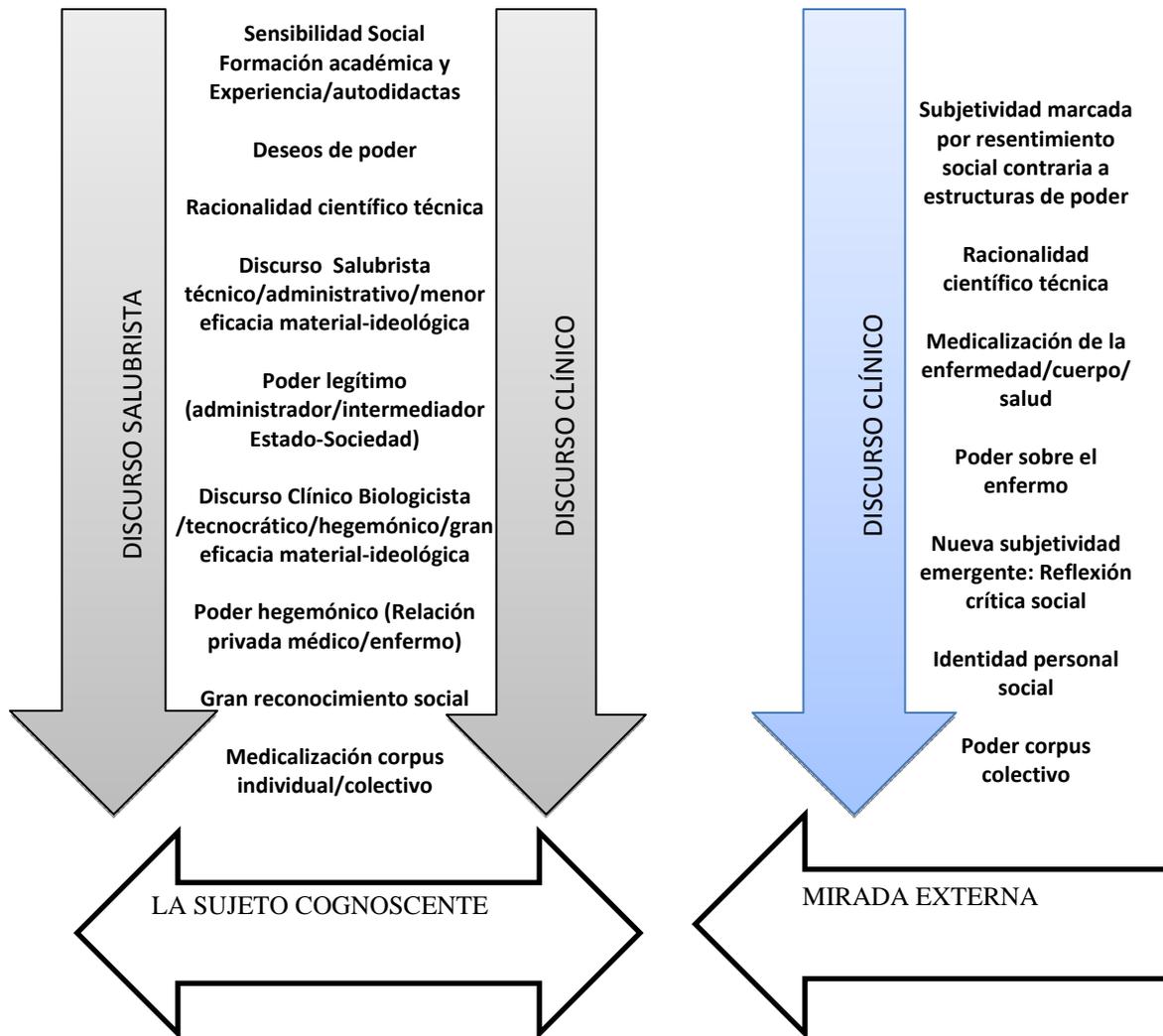


Grafico N° 5: Síntesis y Estructura de los discursos y perspectivas según observador (Diseño de la investigadora)

Tenemos los actores y sus discursos, tenemos los teóricos ¿cómo triangulamos en la búsqueda de lo significativo?

En este recorrido práctico que describimos, es necesario contrastar con nuestros teóricos-guías del proceso, lo hallado. Viendo los hechos descritos desde la perspectiva de Parsons, tenemos el rol del médico que, en nuestro caso particular, ambos actores cumplen con motivaciones similares: sensibilidad social, deseo de ayudar, deseos de ser reconocidos socialmente, deseos de poder. Este último aparece intangiblemente en los juegos, en la elección de alternativas de trabajo, en los símbolos ostentados.

Así vemos, que según Celis (2001) una de las decisiones más importantes en el itinerario existencial del ser humano es seguir o creer seguir la llamada de la vocación, que es como una llamada, que en el caso de la disciplina médica es para algunos autores muy específica, surgiendo, más frecuentemente, a edades tempranas de la infancia a similitud del mito de Asclepios, quien es rescatado del vientre de su madre muerta, por su padre Apolo y entregado al centauro Quirón para que le enseñe el arte de la Medicina. Así que, ¿cómo no ejercer poder como médico si en nuestro inconsciente colectivo, en los mitos arcaicos que ayudan a configurar nuestra subjetividad, se nos remite a ser hijos de un Dios?

El modelo de las estructuras de la acción social en Parsons, sub-sistema social de la práctica médica, habla de pautas institucionalizadas, situaciones socialmente institucionalizadas y expectativas institucionalizadas, tales como: universalismo, funcionalismo específico, neutralidad afectiva, orientación colectiva, en el rol salubrista; y competencia técnica y no implicación afectiva para el rol médico clínico; a diferencia del rol del enfermo que entraña desamparo y necesidad de ayuda e implicación afectiva.

En cuanto al tema del poder médico, en el caso del salubrista, el poder no es hegemónico ni indiscutible, sino que aparece supeditado a un poder supra-salubrista, a quien dicta las normas técnicas, a una ideología partidista como grupo de poder dominante en el partido de gobierno y manipulador de decisiones. El poder salubrista se ubica en la esfera tecno-administrativa, como autoridad científico-técnica, en el nivel operativo, en el mando intermedio, necesita de otros cuya presencia es insoslayable para el éxito de su misión, pudiésemos conjeturar que posee un discurso de menor eficacia material/ideológica a su vez mediado por otros discursos: programáticos, intervenciones epidemiológicas, etc.

El discurso clínico, a diferencia del salubrista, tiene un campo de acción y ejercicio de su poder más directo: clínico-enfermo, relación en la que no entra nadie más, independiente del ámbito en el que se efectúe la práctica: clínica, consultorio, hogar. En su deseo de curar, el enfermo somete totalmente su cuerpo y voluntad al médico, para que no haya excusas que puedan interrumpir negativamente el proceso de curación. Es por tanto un poder hegemónico y de gran eficacia material ideológica.

A tal fin, el médico establece una estrategia, un saber y una práctica que se expresan en un juego del lenguaje, en un discurso, que como describe Foucault (1978/2001), sirve para vehicular ese poder, en este caso: el lenguaje se hace técnico, no claro o desconocido para el enfermo o colectivo social objeto de la praxis, es un lenguaje medicalizado, imperativo y prescriptivo, distante, en definitiva, indiscutible su obediencia, por tanto, hegemónico y que, de manera intangible, va cargado de su intención de poder, porque en el poder está inscrito su reconocimiento social.

En definitiva, un poder que se implanta sutilmente condicionado por la necesidad del individuo enfermo y la del Estado, que es quien se beneficia del poder económico y político que emana de los *cuerpos dóciles disciplinados*.

Este rol del médico está amparado en un rol del enfermo descrito como: vulnerado, enfermo, con minusvalía de su fin utilitarista para la sociedad, es entonces disfuncional y esta condición debe ser justificada por un médico. ¿Por qué? Bueno porque ese estado disfuncional tiene unas prerrogativas del Estado, que son limitadas a su comprobación médica (Parsons, 1976).

Estos roles se hallan inmersos y modulados o condicionados por una serie de factores sociales que tienen que ver con lo político económico, lo cultural y lo discursivo, y que han ido modificándose en el tiempo, en relación a lo establecido cuando emerge la teoría estructural funcionalista de Parsons.

Estas condiciones se manifiestan en las políticas de salud de un Estado, como máximo proveedor de la salud pública; y de la intervención de otros sectores o instituciones sociales que tienen que ver con las políticas macroeconómicas, la seguridad social, lo deontológico, lo gremial, contraloría social, y que cada vez más en el inicio de este s. XXI , van estructurando un nuevo discurso en salud en respuesta a atender las demandas de la salud como derecho humano y a los derechos de los enfermos, que buscan el respeto a su autonomía, pero también a las exigencias del Mercado y de los nuevos decisores de esta sociedad globalizada de inicios del s. XXI.

En el caso de los salubristas, se ostenta un saber administrativo, que cumple funciones muy precisas en el sistema social descrito por Parsons, y es el de administrar las políticas

públicas del Estado, cuyo contenido dependerá de la agenda política del gobierno de turno, debiendo cuidar la imagen de este Estado como proveedor de salud como derecho humano, aunque a lo interior el que, como y cuando, es decisión del Estado normativo.

Es claro el interés del Estado en tener un colectivo sano para tener una Nación productiva y rica que debe equilibrar con la necesidad, impuesta por acuerdos internacionales, de asegurar un sistema de salud al que universalmente accedan todos sin exclusiones, en forma oportuna, equitativa, gratuita y de calidad, lo cual exige una gran inversión presupuestaria, porque además, la salud está vinculada a las condiciones de vida, tales como: acceso al trabajo, a la educación, a una vivienda.

En esta tensión de la salud con fin utilitario y garante de la salud del pueblo, ve el Estado comprometido su rol. Si lo realiza con éxito, es probable continúe siendo el poderoso y el pueblo su sometido. En función de esto, el Estado configura un discurso de salud pública operado por quien detenta el saber tecno administrativo para el Estado, el salubrista: cabeza visible de un equipo que adecúa su práctica a las exigencias del Estado poderoso.

Quizá el poder del salubrista está más configurado en torno a los mandos intermedios, como un poder legítimo que le confiere autoridad sobre sus subalternos, por lo que ostenta un saber administrativo y un discurso más retórico.

Pero sobre la comunidad como corpus colectivo, su poder es limitado, como lo describe nuestro actor, ¿limitado a qué? A las condiciones de salud/enfermedad de ese corpus colectivo, por ello el éxito del discurso sanitarista y preventista, cuyo fin era actuar sobre las enfermedades que abundaban en ese momento en el colectivo vulnerándolo y comprometiendo su vida.

En tanto que, en el discurso de Promoción de Salud, nuestro salubrista nos refiere el fracaso por diferentes motivos, que quizás responden a la matriz colectivo sano/colectivo autónomo, con todo un patrón de comportamiento socio cultural determinante en la salud y que habría que abordar multi y transdisciplinariamente. Adicionalmente también, por lo que hemos ya referido de la vulnerabilidad e indefensión del rol del enfermo, quien se deja someter a cambio de recuperar la salud, como una especie de darwinismo social en el que los más fuertes sobreviven, pero evidentemente influyen también la diferencia en el control directo de los cuerpos, caso del clínico, distinto del control indirecto que realizan los salubristas, básicamente mediado por el discurso programático, las intervenciones epidemiológicas, etc., ya comentados. El discurso clínico es una *hipodérmica* sobre el cuerpo; es control que suele asumirse como un dispositivo sin mediaciones ideológico-discursivas.

Es por ello que para que el poder funcione debe ser hegemónico, solo lo ostenta la persona que lo ejerce, tiene su propia verdad y su propia construcción discursiva, sus propias intenciones (Foucault, 1978/2001).

El orden del sometimiento de los cuerpos, el poder disciplinario, no puede ser aplicado con éxito a un colectivo sano a menos que emerja de ellos mismos la demanda de mantener su salud, quizá por ello es necesario no solo un conjunto de disciplinas humanas persuasoras como sociólogos, educadores, psicólogos, ambientalistas, sino también se requiere de la participación comunitaria, sobre todo en esta primera década del s. XXI donde no es el Estado el poderoso sino el Dios–Mercado y la Red.

Entonces esta teoría de Parsons caracteriza muy bien el funcionamiento de la práctica médica, tanto clínica como salubrista dentro del sistema social y los factores condicionantes,

cuya influencia es descrita en lo narrado por nuestros actores explícita o sutilmente, pero influyendo al fin. Mientras que Foucault nos permite comprender como este poder somete a los cuerpos, en tanto sujetos enfermos/vulnerados/sumisos.

CAPITULO III

Mirada antropológica del proceso salud-enfermedad. El Modelo Médico. Origen y Consolidación

Dentro de las investigaciones que vinculan las ciencias sociales y la salud, el estudio de la Ciencia Médica y, su impacto social como garante de la salud individual y colectiva, a través de una práctica y un discurso de gran poder dentro de la sociedad, ocupa un lugar preponderante.

El proceso salud-padecimiento-enfermedad es una construcción social, histórica, cargada de símbolos y significados, que tienen validez solo en el ámbito cultural en el que son construidos a través de una interacción continua individuo-familia-comunidad que tiene expresión semántica.

La concepción de salud y enfermedad cambiará, entonces, de acuerdo a la evolución del contexto cultural, como un proceso dinámico en el que intervienen lo social, lo económico, lo científico-tecnológico, la concepción espiritual o religiosa y lo ecológico, desde esta perspectiva podemos hablar de una visión integral de la vida susceptible de ser abordada desde una perspectiva holística y de ecología humana.

Así, la manera como el hombre conceptualiza y valora la salud, la enfermedad, y como construye respuestas o medidas con la finalidad de recuperar la salud perdida, disminuir el padecimiento, o evitar la muerte, son realidades construidas por el hombre en sociedad y como tal tienen una evolución histórica susceptible de ser abordada desde una mirada socio antropológica.

También, la visión integral de los seres humanos nos conduce a su consideración como sistemas integrados, que por un lado se hayan constituidos por estructuras, órganos y aparatos interconectados entre sí, pero también se hayan en una interconexión e interdependencia con el entorno ambiental que le rodea, esta perspectiva nos permiten visibilizar lo biológico en un proceso dinámico, fluctuante, adaptativo con lo ambiental.

Visto de esta forma, la salud y la enfermedad son momentos o fases de un continuum en el que es difícil trazar una línea divisoria entre salud y enfermedad, así la salud se relaciona con bienestar, con potencialidad para ser, hacer y estar y la enfermedad con malestar, dolencia, sufrimiento, incapacidad para ser, hacer o estar.

En este proceso adaptativo, influye, el cómo respondemos a los distintos factores o dimensiones del ambiente con los cuales estamos interconectados: familiar, comunitario, político, socioeconómico, cultural, espiritual respuesta que es global desde la interrelación biológica (orgánica)-emocional (psicológica)-espiritual (alma).

Esto podría ser abordado desde la perspectiva sociobiológica del ser humano como un todo bio-espíritu-psico-social en el cual los seres más evolucionados tendrán mayor capacidad para adaptarse y subsistir.

Desde estas disciplinas, podemos realizar un recorrido del saber y las prácticas sanitarias desde sus orígenes con las prácticas chamánicas arcaicas hasta la consolidación del modelo médico actual, visualizando así la evolución experimentada por los mismos, la cual ha ido de la mano del desarrollo socio económico alcanzado por la sociedad y de los cambios en los paradigmas epistemológicos y ontológicos que sustentan dicho saber.

Cuando dirigimos hacia atrás nuestra mirada, tratando de avizorar los primeros vestigios de saberes o prácticas sanadoras, nos encontramos que en el devenir de la historia del hombre desde el primitivo hasta el inicio del tercer milenio, los conceptos de salud y enfermedad han sido y son polimorfos.

En la Edad Antigua, la salud se consideraba un *don divino*, asunto de Dioses la sanación, así como también de magos y hechiceros, la enfermedad se consideraba castigo de los Dioses por faltas o pecados cometidos, por lo que solo aquellos con “dones sobrenaturales” podían aproximarse a la sanación, existiendo así un vínculo Medicina-Religión (Nuño, 1993).

Las investigaciones antropológicas también han descrito que en ciertas etnias primitivas o aborígenes del Nuevo Mundo, la enfermedad adquiría personalización al ser considerada producto de espíritus maléficos, generalmente de parientes fallecidos, *sombras o zombis* que se introducían en la persona causándole efectos nocivos, sufrimiento o enfermedad. En estos casos, la enfermedad es percibida como algo externo al sujeto, con identidad propia (Moreno-Altamirano, 2006).

Esta naturaleza espiritual o divina de la enfermedad genera una visión determinista de la misma, una actitud pasiva del hombre como receptor del castigo o del mal espíritu que solo

podría ser afrontado con el auxilio de sacerdotes, brujos, hechiceros, espiritistas, similar a lo que ocurría en la Grecia Antigua, a través de exorcismos, magia, pócimas, sin que se asegurase el éxito dado la naturaleza del fenómeno, que escapaba a lo humanamente accesible, era de orden supranatural. Además, el merecimiento de tal castigo, hacia que muchas veces el enfermo fuese rechazado, estigmatizado por parte de la sociedad a la que pertenecía (Nuño, 1993).

Hurgando un poco en la Mitología Griega, los relatos nos transmiten por ejemplo la historia de *Asclepio*, llamado *Esculapio* por los romanos, hijo de un Dios, *Apolo*, y una mortal, *Coronis*. Quien encontrándose en estado de gravidez, fue asesinada en un ataque de celos por Apolo, de forma que *Asclepio* fue traído al mundo por su padre y dado en custodia al centauro *Quirón*, especie mitad humano y mitad caballo, de una gran sabiduría quien le enseñó el arte de curar, de conservar la vida.

La mitología cuenta que, *Quirón*, simultáneamente, era el tutor del guerrero *Aquiles* a quien enseñaba el arte de guerrear, de quitar la vida. Esta dualidad presente en *Quirón*, del arte de sanar y del arte de matar, al ser comunicada a sus discípulos explica quizás, por que *el que cura también puede matar*, hermanándose así la Medicina con la Muerte (ídem).

Asclepio llegó a ser tan bueno en este Arte de Sanar, que alcanzó a tener la capacidad de resucitar a los muertos, osadía esta que no pudo soportar *Zeus*, el Padre de los Dioses, por lo que decide fulminarlo con su poderoso rayo, acabando así con el primer médico de que se hayan tenido noticias, el cual fue castigado por ir *contra el orden natural* preestablecido, similar a como intenta hacerlo en la actualidad la Medicina occidental moderna con la clonación, el trasplante de órganos, o con la misma terapéutica farmacológica muchas veces

agresiva y cargada de efectos secundarios, enfocada a salvar la vida del enfermo a cualquier precio en lo que actualmente se llama encarnizamiento terapéutico.

Nace también así, uno de los símbolos de Poder en la Medicina, el *Esculapio*, el cual con la serpiente enrollada en el caduceo médico, representa un símbolo de vida eternamente renovada, ya que los reptiles para los antiguos nunca morían sino que se transformaban por sucesivos cambios de piel (Nuño, 1993).

Esta *metáfora de vida renovada* la vemos en la acción del sanador, llámese sacerdote, herbolario, mago y otras adscripciones, el cual, al curar las enfermedades, devolvía el don de la vida al castigado por los dioses, al penitente, al reo de muerte.

Continuando con los griegos, tenemos que en la Grecia presocrática, antes del siglo V a.C., abundan relatos acerca de la enfermedad como castigo divino o causa demoníaca, es propicio citar aquí algunos fragmentos de poemas homéricos que aparecen en la obra *Ilíada I*, que dan cuenta de tal situación: “*La peste maligna que Apolo lanza sobre el ejército aqueo para castigar el rapto de la hija de Crises por Agamenón*” (citado por Blas, 1993. En Rojas, p.29).

Igualmente, se relata en *la Odisea V* que cuando Ulises naufragó sobre una tabla, a los tres días ve tierra, y ella le parece: “*Tan grata como a los hijos la salud de un padre, cuando postrado por la enfermedad y presa de graves dolores, consumiéndose a causa de la persecución de un demonio hostil, los Dioses le libran del mal*” (ídem, p.30).

Estos poemas y relatos nos hablan de una Medicina mágica, empírica, sustentada en poderes divinos, y ejercida por toda una suerte de rizotomas o herbolarios, farmacopolas, catartas, ensalmadores, adivinadores, sacerdotes de los templos de Asclepio, y otros.

A medida que nos acercamos al siglo IV a.C., con el florecimiento del mundo griego y el colonialismo helénico hacia Italia y el Asia Menor, se desarrolla todo un pensamiento filosófico que va desde la idea de ciudad estado , la *polis* griega, caracterizada por un incremento de la libertad política, el asentamiento de la democracia, de la autonomía económica y desde el punto de vista científico, por el desarrollo del pensamiento abstracto que trataba de explicarse la constitución del cosmos de un modo racional, no mítico (ídem).

Se trata de buscar explicaciones en la observación de la naturaleza, en sus elementos: la humedad, el calor, el frío, el agua, el aire; entre estos filósofos destacan *Tales de Mileto*, *Anaximandro*, *Heráclito*, este último predicador de la doctrina de la *unidad de los opuestos* de tanta influencia en la Medicina, basándose en dicha doctrina, algunos de los tratados hipocráticos que aparecieron posteriormente:

Cada una y una misma cosa existe en nosotros:

Lo viviente y lo muerto,

Lo despierto y lo durmiente,

Lo joven y lo viejo,

Porque estas últimas cosas, al tornarse, resultan aquellas primeras,

Y aquellas, al tornarse, estas

(Marcovich, citado por Bruni, 1993. En Rojas, p.35)

Esta doctrina de *Heráclito* sustenta en gran medida la Fisiología hipocrática, cuya idea principal, es la de que los cambios naturales de todo tipo son regulares y equilibrados.

Posteriormente *Alcmeón de Crotona*, promulga que la salud depende del equilibrio de las fuerzas internas: lo húmedo y lo seco, lo cálido y lo frío, lo amargo y lo dulce y que la

supremacía de alguna de estas fuerzas produce la enfermedad; también se puede presentar la enfermedad por causas externas como el hambre, la fatiga, el agua...*la enfermedad no es ahora ni mancha ni castigo sino alteración del buen orden de la naturaleza, ruptura de su equilibrio* (Laín, citado por Bruni, 1993. En Rojas, p.36)

En el siglo V a.C., florecen también las *escuelas médicas* en Grecia, siendo las más famosas las de Cos y Cnidos en Crotona de donde surge *Hipócrates*, conocido como el Padre de la Medicina a quien se le atribuye parte de la autoría del Corpus Hippocraticum, conjunto de 64 a 70 libros que contienen lo relacionado a la práctica médica entre los siglos V y III a.C., en dicho Corpus encontramos principios como:

- no se atribuye a la enfermedad elementos divinos o míticos ni demoníacos en su causalidad;
- tiene una fuerte influencia filosófica tratando de buscar un principio único para explicar el origen de todas las enfermedades: *el aire que penetra en el cuerpo desde el exterior es el causante de todas las enfermedades* y aplica el principio de los opuestos:
...el hambre es una enfermedad, ya que se llama enfermedad a lo que daña al hombre. Pues bien, ¿Cuál es el remedio del hambre? Lo que acaba con el hambre es decir el alimento....por su parte la bebida quita la sed, la evacuación cura la plenitud, y el descanso la fatiga. En otras palabras, los contrarios son remedios de los contrarios, pues la medicina consiste en dar y quitar: quitar lo que sobra y dar lo que falta. El que mejor hace esto es el mejor médico...

- de la observación cuidadosa que distingue a todo médico y la experiencia acumulada, surge la noción de que la enfermedad y la salud dependen de la interrelación hombre-ambiente;
- la enfermedad tiene un curso natural, que se manifiesta por signos y síntomas que le permiten decir al médico cual será el desenlace o pronóstico de la misma;
- la enfermedad es producida por un desequilibrio en los constituyentes internos o humores corporales:

El cuerpo del hombre tiene en sí mismo sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra: estos constituyen la naturaleza de su cuerpo y a través de ellos percibe los dolores o disfruta la salud. Disfruta de la más perfecta salud cuando estos elementos están debidamente proporcionados entre sí respecto de su composición, poder y cantidad...

En *Epidemias I* aparece una descripción del *deber ser* de todo médico que se aplica en el ejercicio clínico aun en la actualidad:

Hay que describir lo pasado, conocer lo presente y predecir lo futuro; practicar esto. Ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño. El arte consta de tres elementos, la enfermedad, el enfermo y el médico. El médico es el servidor del arte. Es preciso que el enfermo oponga resistencia a la enfermedad junto con el médico.

Haciendo así énfasis en la *vocación de servicio* y el principio de no causar daño o *no maleficencia* y de hacer el bien o *beneficencia* que todo médico tiene el deber deontológico de practicar.

Podemos entonces afirmar, que es en la Grecia presocrática, cuando de la mano de los autores del Corpus Hippocraticum, entre los cuales destaca Hipócrates, se configura la Medicina como disciplina naciente basada en la racionalidad del conocimiento del orden natural a través de la observación, el conocimiento de ciertos principios comunes a todas las enfermedades, la semiótica de las mismas, se configura también un tipo de relación médico-enfermo basado en unos principios éticos cuya esencia aún pervive, después de transcurridos veinte y cinco siglos.

La Medicina en el siglo XVIII.-

Luego de las luces que esparcieron Hipócrates, Heráclito, Alcmeón de Crotona y el resto de sabios que conformaban las escuelas médicas de Cos y Cnidos sobre el saber y la práctica médica, esta disciplina entro en una etapa de estancamiento hasta avanzado el siglo XVIII d.C., ya que durante todos los cientos de años transcurridos, las sociedades en su mayoría, estaban dedicadas al cultivo y pastoreo, por lo que tenían un desarrollo socioeconómico precario, en la que persistían concepciones sobre enfermedad como castigo, enfermedad-estigma-exclusión y no podía ser de otra manera, porque generalmente los que se enfermaban eran los más pobres, los que pasaban hambre, vivían en condiciones insalubres, expuestos al frío, humedad, con la doble carga de ser *enfermos y pobres*.

Por otra parte, la influencia predominante de la religión judeo-cristiana, cuyos mandatos bíblicos al estilo de “*bienaventurados los pobres porque de ellos será el reino de los cielos*” o “*comerás del sudor de tu frente*” valorizaban la pobreza, el sufrimiento, el trabajo duro como vía segura para alcanzar la vida eterna.

A partir del siglo XVIII, según Foucault (1974/1999), se desarrolla toda una *Nosopolítica* de Estado, refiriéndose con esto el autor, a una serie de planteamientos de acción en relación al proceso salud – enfermedad, explicados por el surgimiento múltiple en el cuerpo social de la perspectiva de la salud y enfermedad, en tanto que problemas que exigen una gestión colectiva, desplegándose así toda una política de atención de dichos problemas a través de órganos de vigilancia de un grupo social más privilegiado por otro menos favorecido, considerados como portadores del peligro colectivo, se da inicio así a una racionalización del proceso salud-enfermedad.

Desde la perspectiva de la salud de todos como problema que concierne a todos, más que una iniciativa vertical del Estado, y desde la concepción de la figura del “*Pobre menesteroso*” portador simultáneo de enfermedad, invalidez, imposibilidad de trabajar, ausencia de cuidados, se despliega toda una *economía de socorros*, institucionalmente ejercida por organizaciones religiosas, de beneficencia, sociedades científicas, hay un abordaje de los problemas de salud en relación con técnicas de asistencia de pobres, una gestión colectiva de la enfermedad : “*enfermos pobres*” la cual constituyó una verdadera *Biopolítica* del Estado y el inicio del control de los cuerpos (Foucault, 1974/1999).

La *Nosopolítica* en este siglo XVIII, es pues, la concepción de la Medicina como componente de “socorros”: alimentos, vestidos, educación elemental, cuidado de niños abandonados, vigilancia y castigo: “denuncia de malos sujetos”: los vagos, mendigos, y solo en casos de epidemias se realizan formas de medicalización autoritaria (cuarentenas), es decir la separación y aislamiento del enfermo del resto del cuerpo social, su exclusión, a fin de evitar la propagación de lo que denominaban pestes, ya que para la época, las epidemias de

enfermedades transmisibles para las cuales no existía cura en ese momento, era la regla que diezma la población a edades jóvenes (ídem).

En esta Nosopolítica naciente da sus primeros pasos la Medicina como “administración sanitaria” regulando, disponiendo recursos, normando.

Siguiendo con el autor, para finales de este siglo, comienzan a surgir nuevas concepciones que determinan la “dislocación progresiva de los procedimientos mixtos y polivalentes de asistencia”, entre estas tenemos la revisión de los modos de inversión y capitalización y la tendencia a sustituir la *sacralización* de la pobreza por una visión utilitaria de la misma a través del análisis de la “ociosidad”, se distingue entonces entre los que incapacitados para trabajar y los vagos de oficio, en la búsqueda de una solución por parte del Estado a la pobreza que va irremediamente unida a la enfermedad, enfermedad esta que compromete a la fuerza laboral y por lo tanto a la producción de bienes y servicios, consolidando un círculo vicioso pobreza-enfermedad-más pobreza (Foucault ,1974/1999)

La salud y bienestar físico de la población, se convierten así, en un objetivo político y deber de cada uno, y esto lleva a la reorganización de la sociedad como medio de bienestar físico, salud óptima y longevidad, el ideal es lograr el “orden, enriquecimiento y salud” como medio, surge en este momento lo que se conoce como “*Policía médica*” cuyo ejercicio fue el de dar cumplimiento a una serie de normas regulatorias, estableciendo una nueva política social basada en el “*Orden de los cuerpos*”, que para Rodríguez (2006) se trata de “una Biopolítica y de un Biopoder dado por la normalización de los cuerpos” es decir, el control del cuerpo por el poder del estado, por medio de normas morales, higiene, y otras que aseguraran una población saludable, con el fin de asegurar la consolidación del Estado desde

el punto de vista de fuerza militar estratégica y del poder económico productivo (Foucault,1974/1999).

Entre las funciones de la Policía Médica se hallaban: regular mercancías, medidas de orden público y reglas de Higiene Pública. Tenemos entonces *médico-policía* y *policía-médico*: Medio para sanar o para mantener el bienestar es regular, prohibir o aprobar, normalizar conductas, simiente del futuro médico salubrista pero que ejercita cotidianamente el médico clínico en su discurso, aun en la actualidad, ejerciendo un poder sobre el cuerpo del enfermo que lo somete y subordina.

A finales de este siglo XVII e inicios del XVIII se constituye una nueva Nosopolítica producto de la percepción de los efectos económicos-políticos de la acumulación de hombres, secundario al mejor nivel de bienestar traducido en mejor esperanza de vida, surgiendo la necesidad de someterlos, integrarlos al aparato productivo y al imperativo del incremento constante de su utilidad, el fin es la preservación, mantenimiento y conservación de la fuerza de trabajo (Foucault, 1974/1999).

Tiene lugar entonces, el desarrollo de una *Tecnología de la Población*: Población como objeto de vigilancia, de análisis, de intervención, preludio de la Demografía Médica. Se Privilegia la infancia y la medicalización de la familia como forma de asegurar la generación social de hombres saludables y fuertes, aptos para el trabajo: “Familia medicada-medicalizadora” (ídem).

Otro aspecto de esta política lleva al lugar privilegiado de la *Higiene* y al funcionamiento de la Medicina como *instancia de control social*, con el ejercicio de todo un régimen

colectivo de intervenciones autoritarias y medidas de control se convierte a la ciudad en objeto de medicalización desde la imagen de la “*Ciudad Patógena*”.

Lo anterior es detalladamente descrito por Foucault (1974/1999):

Se ponen en marcha así, una serie de intervenciones sobre el espacio urbano, tales como: ubicación de barrios, humedad, aireación de la ciudad, evacuación de aguas, alcantarillado, situación de cementerios y mataderos en las zonas alejadas de los poblados, densidad de población...También se implementan intervenciones sobre focos privilegiados de enfermedad con aislamiento y medicalización intensificada sobre: prisiones, navíos, hospitales, instalaciones portuarias (p. 336-337).

En definitiva, la nueva función de esta suerte de *policía-médica-higienista* es la de ejercer una “*ortopedia social*”, metáfora utilizada por este autor, por medio de la prescripción de normas de existencia y comportamiento, desempeñando así una función administrativa en ascenso dentro de las estructuras de poder social.

Se comienza a gestar todo un “*saber médico administrativo*” como suplemento de “poder” a través de la higiene, el médico como gran consejero y experto que “observa, corrige y mejora el cuerpo social” (ídem).

Este dispositivo de saber/poder podría ser denominado como “el orden de los cuerpos administrados” y tiene como objetivo estratégico el cuerpo social, la salud colectiva, la acción preventiva, se configuran entonces los albores de la Salud Pública cuya función primordial es la salud poblacional o colectiva.

Entonces vemos, un médico más comprometido con la salubridad que con la atención de la enfermedad, los pocos hospitales que existían en el siglo XVIII, más que curar las enfermedades, perseguían el aislamiento del individuo enfermo del entorno social, consistían en un mero internamiento de hombres y enfermedades por lo que solo sirven para multiplicar el mal en su interior, a los hospitales se iba a morir (Foucault, 1974/1999).

En ellos hay una muy deficiente vigilancia médica lo que hace difícil la curación, difícil el ingresar y egresar y por si fuera poco, los hospitales constituyen un peso económico, puesto que conducen a la supervivencia de pobres (ídem).

Lo antepuesto determina que se inicie una política asistencial que constituya una carga económica menor para la sociedad, se comienzan a realizar hospitalizaciones a domicilio basado en la disponibilidad de la familia y de un cuerpo médico para ofrecer estos cuidados en la residencia del enfermo, y los medicamentos que existían para la época se distribuyen a domicilio, siendo quizás el comienzo de la inmersión del enfermo en la red de medicalización que somete al individuo al poder médico (ídem).

A finales de este siglo e inicios del siglo XIX los avances en la tecnología y farmacopea médica, secundarios a los cambios en los modos de conocer, en respuesta al desarrollo de diversas teorías que se sustentan en el paradigma cartesiano, mecanicista, causalista, positivista darán pie al desarrollo de la Medicina como ciencia, al surgimiento de las especialidades médicas y al nacimiento de los Hospitales como “*máquinas de curar*”.

La Medicina en el positivismo europeo del siglo XIX.-

La Medicina *urbana* desarrollada en el siglo XVIII y ejercida por la *policía médica* era una medicina de las cosas no del cuerpo ni del organismo, era una medicina del aire, de las aguas, de las descomposiciones y fermentaciones, en general, una medicina de las condiciones de vida del ambiente urbano (Foucault, 1974/1999).

De este interés por controlar lo patógeno que existía en estos elementos y que introducían miasmas al organismo, surge una evolución en el conocimiento desde las ciencias naturales, especialmente la física y la química, que contribuyen en forma notable al desarrollo de la Medicina como ciencia.

Esta nueva *Medicina Científica* desarrolla su cuerpo de conocimientos desde el paradigma mecanicista, positivista naturalista, y se caracteriza principalmente por ser ejercida por hombres con mentalidad nueva: modernos, con fe en el progreso de la ciencia y culto a la objetividad. Los avances en las ciencias naturales determinan además un avance tecnológico que genera la producción de aparatos novedosos que permiten que lo macro y microscópico sea accesible por igual:

“El médico puede usar el estetoscopio biaural de Caniman desde 1850, el oftalmoscopio de Helmholtz desde 1851, el cronógrafo de Jonhson desde 1855, la fotografía médica de Wright desde 1863, la cocaína de Köller como anestésico local desde 1884, el electrocardiograma de Waller desde 1887, los rayos X de Roentgen desde 1895, el esfigmomanómetro de Riva-Rocci desde 1897, la aspirina de Hoffman desde 1900, el polígrafo de Mackenzie desde 1902, la BCG de Calmette y Guerin como vacuna anti-

tuberculosa desde 1908, el salvarsán de Ehrlich contra la sífilis desde 1909 y las vitaminas, comenzando con la A, de Osborne desde 1914” (Rísquez, 1996).

Para asegurar el progreso de esta nueva Medicina, el médico se aleja del paciente para investigar, una investigación formal desde el empirismo. El desarrollo del saber médico desde este paradigma genera, a finales del siglo XIX e inicios del XX, una imagen social del médico de admiración, respeto, comienza a formarse la matriz saber médico-poder.

El boom de la época es el desarrollo de diversas especialidades médicas indicativas del inicio de la fragmentación del cuerpo humano desde un saber cada vez más profundo y accesible de las *partes* de ese cuerpo y que lleva a la cosificación y objetualización del enfermo, el cual es fragmentado en partes portadoras de patologías que deben ser tratadas, la orden es el *sometimiento de los cuerpos* a través de la medicalización de los mismos.

De esta forma, de los avances en Física y Química surge la Fisiología Médica, de los descubrimientos en Magnetismo y Electricidad la Neurología Médica, el lenguaje de las ciencias naturales incursiona activamente en la construcción de un lenguaje médico propio.

Vemos entonces, por ejemplo, que desde la física newtoniana se habla de *corrientes de energía*, de *alteración de las masas* (Rísquez, 1996)

Porque al ser la Medicina alimentada por un corpus disciplinario de ciencias como la física, la química, la biología, hay el traslado de términos, conceptos, sintaxis propios de estas ciencias a la conformación epistémica de la Medicina, que tiene expresión semántica en la incorporación de una terminología científica que a su vez es medicalizada, por su uso corriente en el lenguaje médico (ídem).

Es así como se comienza a transitar el camino del *alejamiento* médico del paciente desde un lenguaje incomprensible para este y que irá constituyendo uno de los símbolos de poder de esta disciplina.

Esto constituye un fenómeno de alienación de la Medicina como estrategia de poder, con respecto a la sociedad, que produce un efecto de extrañamiento de su saber, sus métodos y sus técnicas, las cuales se autonomizan, incluso del campo de la medicina en general, convirtiéndose en una racionalidad técnico-instrumental hegemónica.

Saber y Práctica Médica en el Capitalismo

Las nuevas relaciones de mercado y la globalización de tecnologías, manufacturas, información, que comienzan a imperar en el siglo XX a partir de la década de los 80, y que llevan a la implantación de un modelo económico neoliberal casi a nivel mundial, generan reducción del Gasto Social por parte de los Estados, entre ellos el asignado a la atención de la salud.

Se propicia así la privatización en la prestación de la atención de la salud individual y colectiva, ya que el Estado en este modelo, solo se encarga de atender la salud de los indigentes, lo cual abre el camino del ejercicio médico como empresa floreciente, como bien de mercado, que contribuye a la reproducción del capital.

El interés en el hombre no solo como fuerza de trabajo productivo sino como consumidor de bienes de mercado, aunado al enorme desarrollo científico-tecnológico cada vez más especializado accedando ámbitos de realidades impensables de conocer como el genoma humano, la biología molecular, conducen a un saber y una práctica médica basada en lo biológico.

Es la concepción mecanicista del cuerpo humano “como una máquina” que es necesario reparar, fragmentada en su integralidad, descontextualizada, con un modelo centrado en la enfermedad, que obliga al *consumo* por parte del enfermo: consumo de fármacos, consumo de tecnología médica, consumo de servicios de salud.

La Medicina, a finales del siglo XX, como práctica social se desempeña bajo los parámetros de “*Modernidad y Progreso*”, legitimando de esta forma, el ejercicio del poder médico hegemónico a partir de relaciones de dominación en el todo social.

Su *código de poder* vinculado al fenómeno de la salud o enfermedad del ser social, permite preservar la fuerza de trabajo, asegura la dimensión productiva de la organización societal y confiere a la Medicina un sitio de honor. Se consolida la medicina como estrategia de poder orientada a reparar la máquina del cuerpo para el trabajo y el mercado-consumo (Balestrini, 1999).

Según Foucault (1974/1999), este poder se fundamenta en que el cuerpo es una realidad Biopolítica, siendo entonces la Medicina una estrategia Biopolítica.

Este poder se manifiesta por un discurso, un lenguaje propio y unos símbolos que permean en las estructuras sociales y regresan al médico legitimados.

En el espacio médico, el discurso de poder se sustenta en la construcción de un lenguaje científico propio, como instrumento de significación y de comunicación entre los actores de este espacio social.

Este saber y práctica médica tiene como soporte la racionalidad científico-técnica, parte de la premisa de la universalidad del conocimiento médico, cuerpo de conocimiento que

es cerrado a otros saberes en el orden de la curación, centrado en el tratamiento alopático del binomio salud-enfermedad (Balestrini, 1999).

Para esta autora, el médico del capitalismo, detenta gran concentración del poder, es burocrático, único, cerrado, monopolístico, poco democrático, individual o no comunitario, uniforme, universalista, mercantilista, medicalizado, biologicista, científicista, academicista, pragmático y altamente tecnológico.

En síntesis, con el modelo médico de finales del siglo XX, se ha perdido la calidad de la atención médica, el trato humanitario, se ha mecanizado y fragmentado el cuerpo humano hasta atomizarlo, se ha medicalizado tanto la enfermedad como la salud, el servicio ha entrado en el juego mercantil de la oferta y la demanda y la relación ha dejado de ser un encuentro humano para transformarse en servicio médico de consumo, y en un enfermo-usuario-consumidor.

Al respecto, y como cierre para la reflexión, Laíng citado por Capra (1982/1998) expresa:

Desaparece la vista, el oído, el sabor, el tacto y el olfato y junto con ello se van también la estética y el sentido ético, los valores, la calidad y la forma, esto es, todos los sentimientos, los motivos, el alma, la conciencia y el espíritu. Las experiencias de esta índole han sido desterradas del reino del discurso científico (p.57).

CAPITULO IV

Un Discurso Disciplinario en crisis: Dignidad Humana y Praxis Médica a finales del siglo XX

Una Práctica Y Saber Socialmente Reconocidos

La Medicina como disciplina detenta un discurso y un poder de gran reconocimiento social a través de la historia.

Si hurgamos un poco en los antecedentes de la profesión podemos ver que su origen está muy ligado a lo religioso, siendo equiparable su labor a la del sacerdote, pero mientras este sana los males espirituales acto para lo cual fue facultado por teólogos representantes de Dios en la tierra, el médico repara el cuerpo aquejado de algún mal o enfermedad.

En esta labor o práctica, está respaldado y capacitado para ello por todo un cuerpo de conocimientos académicos adquiridos en institutos reconocidos, estudios médicos organizados como tales desde que esta profesión adquirió el rango de ciencia a mediados del siglo XIX.

Profesión, es una palabra ligada al ámbito de lo religioso que significa *profesar*, *consagrarse a*, *dedicarse a*, y esa consagración se hace con verdadera vocación buscando la excelencia y la virtuosidad en su desempeño, por eso en las sociedades pre modernas solo se tenían como verdaderas profesiones el sacerdocio, el derecho y la medicina, el resto eran catalogadas como *oficios u ocupaciones* dado que requerían del desarrollo de una técnica de cuyo dominio y destreza manual dependían de manera tal, que, en caso de impericia, eran objeto de sanciones civiles o penales (Gracia, 2002).

La Medicina, en cambio, al igual que el sacerdocio y el derecho, solo podía ser objeto de sanciones morales, hecho por el cual hasta nuestros días, había gozado de una cierta protección que la había librado de ser sujeto de sanciones penales, la única sanción aplicable era el *deshonor (ídem)*.

Así vemos, que en el caso de la disciplina médica solo los cirujanos eran y son objeto de sanciones penales por impericia o negligencia, siendo así desde la Antigüedad.

Lo anterior es debido al hecho de que la cirugía se catalogaba como oficio, dado que requería de una destreza manual y del dominio de una técnica, que en sus inicios era ejercida por los barberos de las sociedades medievales (*ídem*).

A diferencia de ellos, los clínicos, se distinguían por practicar el arte de curar, *ars medica*, lo cual ejercían con virtuosismo, dedicación y profunda abnegación, sin que mediara el cobro de tarifas específicas por tal función, solo recibían *honorarios*, eran objetos de honor, acto que los acercaba a la estatura sacerdotal y no pocas veces al Dios mismo (Gracia, 2002).

¿Cuándo cambio todo? ¿Cuándo se dejó de percibir al médico como amigo, consejero, guía familiar no solo en lo relacionado a la salud – enfermedad sino a los diversos aspectos de la vida familiar y comunitaria, verdadera autoridad moral con voz y voto inequívoca en los distintos aspectos de la vida social? ¿Cuál es el papel que han jugado al respecto el avance científico con su racionalidad instrumental y el desarrollo económico en la atención de la salud?

Desde finales del siglo XX hemos asistido a una praxis médica que cuestiona, cada vez más, la sensibilidad, el trato humanitario y la vocación de servicio, el comportamiento ético de los profesionales de la medicina.

La razón científica instrumental, por un lado y la tecnología médica en un desarrollo continuo y de características asombrosas, por el otro, amenazan con dar al traste con conceptos como la *sacralidad de la vida* y la *dignidad de las personas*, auspiciado, todo ello, por el poder económico que obedece cada vez más a las razones del mercado.

La visión mecanicista de la vida proporcionada por el paradigma cartesiano, ha influido notablemente en el pensamiento médico y por ende en el modelo biomédico, así, Capra, F. (1999) al respecto expresa que:

El cuerpo humano es considerado como una máquina que puede analizarse desde el punto de vista de sus partes; la enfermedad es el funcionamiento defectuoso de los mecanismos biológicos que se estudian desde el punto de vista de la biología celular y molecular; la tarea del médico es intervenir, física o químicamente, para corregir las disfunciones de un mecanismo específico (p.135).

Textos como este, ilustran con gran precisión el hacer del médico de esta época tecnológica, quien desde un paradigma racionalista instrumental causalista, simplista, mecanicista, empirista, actúa, cual mecánico, examinando las partes dañadas o malfuncionantes para ejercer una acción sanadora que restituya el daño de las partes enfermas solamente y en forma aislada, fragmentando así su visión del ser humano al tratar solo las partes.

Con esta praxis médica se objetiva, cosifica al ser humano, su dignidad humana, que ostenta solo por el hecho de ser persona, es vulnerada, soslayada, al ser el blanco de un discurso médico pleno de poder, hegemónico, normalizador y vigilante de las conductas

humanas como *el panóptico* explicado por Foucault (1997), pasando a ser su conciencia moral, discurso en fin en el que la sensibilidad y el encuentro interhumano no tienen lugar.

El enfermo pierde la dignidad que le confiere su naturaleza humana capaz de razón y de conciencia, al ser fragmentado en cuerpo y pensamiento, *res extensa* y *res cogitans*, descritos por Descartes quien proponía una visión dualista del ser humano como persona (Andorno, 1998, p. 65).

Esta fragmentación de la concepción del ser humano, no como persona con una dignidad intrínseca, que está por encima de cualquier precio, un fin en sí mismo, sino, como cuerpo y razón, favorece que el cuerpo humano se vuelva un objeto exterior sobre el cual se puede ejercer un dominio, redificándolo, el hombre en su dimensión corporal, es asimilado a las cosas, y es visto como algo técnico, con criterios de eficacia y utilidad (Andorno, 1998).

Cada día, los sentidos del médico, sus ojos, sus oídos, su tacto a través de las manos se distancian más del paciente, el médico en su hacer objetivador, se aleja de lo simbólico, y con ello del error y de la incertidumbre, que vehiculizada por la intersubjetividad de la relación médica pudiese contaminar su acción plagándola de afecto. Introduciendo la posibilidad de condicionantes sociales en la enfermedad, o lo que es peor la influencia de vivencias emocionales o psicológicas sufridas por el paciente, y que, cada vez más, se cree son capaces de desencadenar enfermedad orgánica al alterar el equilibrio del *todo humano* que cual *cosmos* tiene conexión integrada y permanente con las variables socioeconómicas, culturales, religiosas, ecológicas y espirituales de su entorno.

De esta forma, la tendencia de la práctica médica desde mediados del siglo XX, en medio del capitalismo devenido a raíz de las prácticas económicas neoliberales,

globalizadoras y profundamente mercantilizadas impuesta por los países más desarrollados, es a la mecanización y fragmentación del cuerpo humano.

Dicha fragmentación, es llevada al extremo a través de la hiperespecialización del saber médico, siendo la práctica altamente tecnificada, biologicista y medicalizada, objetivada, cada vez más distanciada del enfermo que ha pasado de ser un ser que sufre a ser un usuario o consumidor del servicio médico, que responde a intereses del mercado, es la época de los grandes emporios privados de salud.

Esto naturalmente ha traído consecuencias negativas en la relación médico-paciente, y diversos problemas éticos, principalmente la vulneración de los derechos de los enfermos.

Según Lima Gómez, O (1993) connotado clínico venezolano al referirse a la práctica médica explicaba:

Nuestra profesión ha perdido su unidad, carente de ideas conceptuales sobre el hombre y sus enfermedades. Los médicos nos hemos aislado de la realidad del enfermo. Nos limitamos la mayoría de las veces a verlo y a medirlo. Ignoramos quien es y lo que nos tiene que decir de sus miserias y de sus sufrimientos. (...) nuestra formación general, venida a menos en un mundo de especialización, no nos permite ver la cruel amputación que se le ha hecho al hombre al considerar que su totalidad es aquello asequible a los instrumentos (p.144).

Así vemos como la relación médico-paciente, trato interhumano, deja de ser un encuentro para transformarse en algo formal mediatizado por una serie de intermediarios (enfermeras, camilleros, bioanalistas, equipos, etc.) y el paciente es fragmentado en una serie de partes que impiden ver su integralidad (Lima Gómez, 1993).

Citando de nuevo a Lima Gómez, O (ídem) este, refiriéndose a la crisis que afecta a la praxis médica a finales del siglo XX, dice que:

Expresa las limitaciones del paradigma o modelo que caracteriza la medicina actual o que en todo caso es su rasgo predominante. No basta un paradigma o modelo observacional para estudiar al hombre y sus enfermedades. Se hace necesario introducir en la relación medicina-enfermedad, médico-paciente un paradigma relacional, en el cual el sujeto no sea exclusivamente pasivo y se de una interacción (p.145).

En otro orden de ideas, se hace necesario destacar la crisis sanitaria que afecta no solo a Venezuela sino a todos los países subdesarrollados: Centroamérica, Latinoamérica, África, la mayor parte del continente asiático, en ellos urgen reformas de los servicios de salud.

Los países desarrollados gozan de una mejor infraestructura sanitaria aunque no todos gozan de índices de salud óptimos, los mejores índices lo tienen países que han desarrollado sistemas nacionales públicos de salud.

Las experiencias de privatización de la salud, propuestas por el Neoliberalismo, han sido costosas y han derivado en perversiones del sistema.

Así, en Venezuela, los servicios privados de salud, se han convertido en empresas florecientes, cada vez en aumento, que han *mercantilizado* el derecho a la salud, subvencionado todo por los erarios públicos, que le pagan a estas empresas, la prestación del servicio de atención de la salud de sus trabajadores públicos.

Sólo los indigentes, los no insertos en el mercado laboral, o no protegidos debidamente por sus patronos, acuden a la asistencia pública, la cual se ha deteriorado a niveles críticos, donde corren el riesgo de morir por la falta de insumos médicos quirúrgicos, por la carencia de equipos, o lamentablemente, lo cual tiene implicaciones éticas y deontológicas serias, por la no infrecuente ausencia del personal de salud.

El recurso humano en salud, al no laborar a dedicación exclusiva en un solo centro en el cual sean justa y dignamente remunerados, de manera que puedan satisfacer sus necesidades personales de vida, deben compartir su horario con la prestación de servicios en centros privados de salud, lo que favorece una atención médica ineficiente, fragmentaria, poco humanitaria y de mala calidad.

El ejercicio médico en centros públicos y privados de atención sanitaria, aunque es más frecuente en los últimos por estar bien dotados desde el punto de vista de recursos tecnológicos y humanos, así como de insumos médico-quirúrgicos, comporta otros problemas que se describen a continuación.

El médico, en su afán científico, ha ido invadiendo e interviniendo el cuerpo humano, su hacer se ha instrumentalizado en la búsqueda de la exactitud con el auxilio de modernos instrumentos y equipos como resonadores, tomógrafos, video endoscopias, laparoscopias que han convertido al ser humano, objeto de su acción, en verdaderos templos de enfermedad que exigen su pronta intervención, medicalización, o reclusión institucional para vigilar su enfermedad, tal como ha descrito Jaspers (2003).

Se ejerce de esta forma, una medicina centrada en la enfermedad y hospitalización, biologicista, altamente costosa y que secuestra y aísla al enfermo de su núcleo familiar,

ámbito este más propicio para su curación, acción esta que habitualmente es impuesta, no informada o inadecuadamente informada al enfermo, sin posibilidad de reclamo, negociación o al menos conversación, negándose cualquier asomo de autonomía del paciente.

En el nombre del bienestar, y en una acción médica francamente paternalista dada por una relación médico-enfermo vertical, se vulneran los derechos de los enfermos, el reconocimiento de su autonomía para decidir lo que hacen o no con su cuerpo.

Al fin y al cabo, el poseedor de la razón y de la verdad absoluta es el profesional de la medicina, cuyo aprendizaje validado y certificado, es ostentado en sinfín de *diplomas y títulos* a cual más especializado, que generalmente cuelgan en el ámbito privado de su consultorio, y que, en el sector público, se manifiestan en el discurso cargado de distancia, circunspección, formalidad al vestir, coronado por las *blanquísimas y asépticas batas, con el estetoscopio colgando del cuello*.

Estos detalles del vestir y actuar, funcionando como *símbolos del poder*, son capaces de esterilizar cualquier sospecha de incertidumbre, error, subjetividad, que no serían cónsonas con la razón tecnocientífica que los sustenta.

Este accionar del médico se expresa en un discurso cargado de sentido y de intención que la sociedad recibe, analiza y reconstruye, devolviéndolo impregnado de reconocimiento y valorización como constructo social pleno de ideología y de poder hegemónico.

Porque como dice Foucault, M. (1983):

La medicina no es simplemente una técnica importante en esa vida y esa muerte de los individuos a la que las colectividades jamás son indiferentes; ella se

convierte, en el marco de decisiones de conjunto, en un elemento esencial para el mantenimiento y el desarrollo de la colectividad (p.40).

El médico, como controlador y vigilante de la salud de la población, transforma su mirada, esta mirada que antes era escrutadora-*la mirada clínica*-es ahora *panóptica*.

Ya no hay indagación sino vigilancia permanente por quien detenta un poder, el poder de controlar actitudes, comportamientos riesgosos a la salud, hasta incluso reñidos con la moral, el médico actúa así como *ortopedista social*, el blanco de ese poder es el cuerpo, pero su control tiene implicaciones económicas importantes en la reproducción del capital, de allí su situación de privilegio social.

La actividad médica terapéutica actual es fuente frecuente de problemas de orden ético, quizás en parte por la excesiva objetivación del paciente, o por el desconocimiento de principios bioéticos relevantes en el ejercicio médico, como son: el principio de *beneficencia*, *de autonomía*, *de no maleficencia* y *de justicia* desarrollados por una disciplina de reciente auge como la Bioética (Durand, 1999).

Entre estos conflictos éticos vale la pena mencionar:

- Problemas de *justicia distributiva* que tienen que ver primordialmente con la distribución de los recursos en salud, lo cual atañe al ámbito de la salud pública;
- El *encarnizamiento terapéutico* que confronta el derecho a una muerte digna con el uso desmedido de equipos especiales para prolongar y mantener la vida de pacientes irrecuperables;
- De *consentimiento informado* paso previo necesario de cumplir para que las personas, en un ejercicio de su autonomía y con pleno uso de sus capacidades

mentales, decidan si desean o no ser objetos de determinados tratamientos o sujetos de investigación;

- De *mala praxis* por impericia o negligencia médica, sin olvidar mencionar los aspectos referidos a la *pendiente resbaladiza* que suponen los adelantos en materia de Infertilidad, como son: la clonación, fertilización in Vitro, banco de semen, etc., y que deben ser abordados de forma multidisciplinaria.

Uno de los problemas éticos cotidianos en los espacios de salud es el atropello y vulneración de los derechos de los enfermos, hay un rechazo del personal médico acerca del deber de conocer y respetar dichos derechos, posiblemente porque estos impondrían límites a su poder disciplinario.

Los mismos implican el ejercicio de una relación médico-enfermo horizontal, consensuada, informada, en el marco del principio de autonomía del paciente y de la beneficencia y justicia por parte del médico, reconociéndose el derecho del enfermo a decidir sobre su cuerpo, al respeto de su intimidad, su pudor, al secreto médico, a su libertad de conducta, de profesión de fe, creencias políticas, en fin, al reconocimiento de su existencia como legítimo otro.

Según Althusser, (1970 citado por Rodríguez, 1996), esto estaría explicado porque: “la concepción del mundo y del hombre de la medicina tecnocrática, entraña objetualización y reificación del sujeto al despojarlo de su condición de ente crítico y autónomo” (p.5).

Para Rodríguez (1996), la relación médico- paciente guarda un patrón orientado por la racionalidad tecnocrática como lógica dominante, la cual:

se fundamenta en el proceso de medicalización del cuerpo que priva al sujeto del control de este, constituyéndose así en un discurso racionalizador legitimante de la situación que pauta sus relaciones con la salud estructuradas en torno a la matriz saber-poder, apropiación/no apropiación del saber, discurso de autoridad/discurso no autorizado, inclusión/no inclusión del habla, ausencia/presencia de la necesidad de ser dotado de sentido, y por tanto legitimado en la condición de sujeto, interacción sujeto-objeto y de autonomía-dependencia (p.5)

En fin que, el Neoliberalismo económico y la mercantilización junto con el progresivo desarrollo tecnológico, desembocaron en una Medicina tecnocrática, instrumental, paternalista, hegemónica que han determinado un sin fin de problemas éticos.

La relativamente reciente disciplina ética, basada en los derechos de los enfermos, dentro del marco de una relación médico-enfermo horizontal, consensuada, informada, regida por los principios bioéticos mencionados, quizás podrían equilibrar los efectos nocivos de un ejercicio medicalizador, encarnizado, e inevitablemente tecnológico.

Porque ¿cómo hacer de lado la inobjetable utilidad, eficiencia y certeza de los diferentes medios tecnológicos de diagnóstico y terapia para aspirar a la atención de nuestras dolencias, de nuestras demandas en salud?

Requerimos, indudablemente, médicos bien formados académicamente, con una praxis eficiente, de visión integradora, de calidad, *buenos médicos*, conocedores de los avances de la ciencia y que sepan utilizar los beneficios que de ella se derivan para el bien del enfermo, pero equilibrados con un ejercicio de *médicos buenos*, donde además de imperar la lógica de no maleficencia y de respetar la autonomía de los pacientes, el médico se proponga hacer el

bien y ser justo en su ejercicio profesional, direccionados por la práctica de la razón sensible, del amor, de la solidaridad, de la empatía, del reconocimiento del otro como sujeto de libertades y derechos, de la comprensión del sufrimiento del otro y de sus necesidades como parte que es de un todo familiar-comunitario-social.

CAPITULO V

El Poder. Formas de poder social.

En el reino animal las relaciones entre miembros de las diferentes especies, están determinadas por la Ley de la sobrevivencia, así, en la escala evolutiva sobreviven los más fuertes físicamente, los de mayor nivel de inteligencia, y sólo en especies de mayor nivel evolutivo como los mamíferos, podemos observar reflejos de lo que parecen conductas orientadas a la filiación, como el amor y lealtad a los dueños tan típicos de los perros, por ejemplo. Todo ello siempre que sus instintos no estén comprometidos por estímulos como el hambre, sed, agresión, bajo cuyo influjo no se puede predecir su conducta.

En los humanos, Abraham Maslow, en su teoría de la motivación humana (1943), explica que las necesidades humanas se hayan jerarquizadas en niveles formando una pirámide de base ancha inferior ocupada por las necesidades más básicas o de primer orden, fisiológicas, tales como necesidad de alimentación, agua, descanso, sexo, respiración, homeostasis; luego estarían las necesidades de seguridad: seguridad física, salud, empleo, moral, familia; el nivel siguiente está constituido por necesidades de afiliación: amistad, amor, intimidad sexual, expresión de las necesidades de aceptación, asociación y participación; luego estarían las necesidades de autorreconocimiento: confianza, éxito, respeto, dominio ; y en la cúspide de la pirámide se hayan las necesidades de motivación de crecimiento, necesidad de ser y de autorrealizarse. En la teoría, para alcanzar cada nivel es necesario haber logrado el nivel inferior (Chiavenato, 2006).

La premisa básica de esta jerarquía es que las necesidades más elevadas ocupan nuestra atención sólo cuando se han satisfecho las necesidades inferiores de la pirámide. Los cuatro primeros niveles, Maslow, los agrupo como necesidades de déficit; al nivel superior lo denominó autorrealización, motivación de crecimiento, o necesidad de ser. La diferencia estriba en que mientras las necesidades de déficit pueden ser satisfechas, la necesidad de ser es una fuerza impelente continua. (Ídem)

Sin embargo, en la práctica, animales al fin, aun no bien satisfechas las necesidades fisiológicas estamos en una permanente lucha por el poder, necesidad esta de cuarto orden según Maslow. Y es que en la teoría evolutiva como se describió anteriormente, solo sobreviven las especies más fuertes, las mejor dotadas físicas e intelectualmente, y el hombre, aun para la satisfacción de necesidades básicas pone siempre en juego, estrategias de poder.

En algunos seres humanos la necesidad de ser no se satisface nunca y su conducta voluntariamente los conduce a la búsqueda del ser y poseer, del poder y del mayor reconocimiento social posible. Voluntad e Instintos, mientras el instinto escapa de todo razonamiento, propiciando conductas solo contenidas a la luz de la conciencia moral en el humano, la voluntad impele a la acción luego de un autorreconocimiento y reflexión sobre las metas futuras que regirán nuestro accionar.

En este sentido podemos distinguir dos formas de poder. Poder como potencia, como capacidad de, como destreza, poder accionar, poder luchar, defender, confrontar, etc. Y, la forma de poder a la que se refiere esta investigación, poder sobre, como capacidad de influenciar en otros para que estos hagan lo que el influyente desea, el poder de mandar y hacerse obedecer, poder sobre la voluntad de otro, poder controlar, sancionar, mandar.

Según Hobbes describe en su texto Leviatán, cap. 10, (citado en Comte-Sponville, 2001): “El poder de un hombre consiste en sus medios presentes para obtener algún bien aparentemente futuro”. En este sentido, el poder es humano, se ejerce, es un anhelo constante del ser humano sea cual sea su nivel de instrucción, su clase social, todos desean o ejercen en algún momento poder sobre el ser humano con el cual comparte, convive, el poder no es una experiencia ascética, y de ascetas escasea la sociedad, al respecto prosiguiendo con Hobbes, este enuncia “Sitúo en primer lugar, como inclinación general de toda la Humanidad, un deseo perpetuo y sin tregua de adquirir poder tras poder, que solo cesa con la muerte”.

Es así, como en la especie humana el poder impregna las relaciones sociales, desde las organizaciones sociales más primitivas hasta las sociedades globalizadas, transculturizadas, tecnológicas, informatizadas y en redes virtuales que caracteriza a la sociedad del tercer milenio. En la sociedad, el poder se distribuye formando subsistemas de poder, anidados unos dentro de otros, enlazándose y retroalimentándose entre ellos y con el sistema principal al cual pertenecen, las personas se hayan integradas a muchos subsistemas de poder diferentes y conexos (Toffler, 1995).

De esta forma, una persona puede ejercer poder en un sistema y ser, por el contrario, sometido en otro. Sin embargo, las personas que se encuentran en la cúspide de la pirámide del poder generalmente ejercen un poder hegemónico en un conjunto de sistemas.

El poder permea la sociedad. El poder se ejerce

Para obtener poder el hombre utiliza medios que le permitan influenciar, condicionar o someter la voluntad de otro, tales como la riqueza, la violencia y el saber. Todos ellos son medios que de una u otra manera, con una fuerza diferente, logran someter.

La riqueza que todo lo compra, que a todo pone precio, porque en la organización social todo tiene su precio desde los bienes materiales (el rico es dueño de todo o casi todo, en forma hegemónica, y esta situación alimenta en el esa tendencia a la apropiación, como sed insaciable de poseer y de adquirir, para ser el que imponga su propio orden), hasta los individuos o colectivos, que voluntariamente se venden y se colocan inescrupulosamente su costo-precio, con la finalidad de mediar o condicionar sus acciones para el beneficio del dueño de la riqueza, en una relación totalmente mercantilizada, o como ocurre casi cotidianamente, por el bozal que impone al individuo, ser el que presta un servicio a cambio de obtener una remuneración dineraria para sus necesidades básicas, estando sujeto a su patrón por un jornal diario, reducido a ser un peón más del tablero de ajedrez, donde el dueño de todo pone en juego sus estrategias de poder.

Ambas situaciones convierten al individuo en sujeto, esto es, sujetado a las órdenes, decisiones, acciones de otro, el que detenta el poder económico. El objeto de trueque, en estos casos es variable, pudiendo ser cualquier acción que se ponga en marcha solicita o forzosamente a fin de beneficiar al poderoso.

En cuanto a la violencia, esta constituye la forma más negativa de ejercer poder, se sustenta en el ejercicio de la fuerza abrupta, coercitiva, punitiva y agresiva sobre otro individuo o colectivo vulnerables y débiles ante quien se ejerce el poder. No en vano, Mao Tse Tung expresa que “El poder brota del cañón de un arma” (citado en Toffler, 1995). Es un poder ejercido en forma franca, no flexible, a diferencia del poder económico y el saber, que se ejercen de forma más solapada, artera, disimulada o sutil pero no por ello menos contundente.

La implementación del saber como medio versátil de ejercicio del poder ha crecido exponencialmente desde finales del siglo XVIII: saber como dominio de una disciplina, como conocimiento, como información que permite conducirse en la estructura social con certeza, con dominio de la situación y respondiendo a la incertidumbre de los otros.

Foucault (1978/2001) en relación al saber y a las prácticas sociales, sustenta que, desde estas últimas, el sujeto cognoscente genera nuevos conocimientos, nuevas técnicas que inmediatamente dan origen a nuevas subjetividades. Lo anterior significaría que el hombre no es un sujeto definitivo, totalmente hecho, sino que va evolucionando y adaptándose, configurando nuevos comportamientos cónsonos con estos nuevos conceptos que derivan en nuevas prácticas sociales, nuevos regímenes de verdad que se expresan en nuevos discursos, considerando al discurso como lenguaje, como un juego de alianzas y estrategias con efectos de poder, que no tienen otro objeto que el dominio sobre otros sujetos.

En este sentido, el saber impone su régimen de verdad, dicta sus propios estatutos o reglas del juego para vehiculizarse en el todo social, ya sea en la sociedad moderna o en la actual post moderna. Al respecto, el mismo autor, define la verdad como “conjunto de procedimientos reglados por la producción, la ley, la repartición, la puesta en circulación y el funcionamiento de los enunciados” (1994/1999, p. 55).

Para Foucault (1978/2001) saber y poder son correlativos, correspondientes y superpuestos. El saber genera poder porque se posee en supremacía y hegemonía (en la relación humana solo el sabiente sabe), constituye un verdadero “dominio de saber”.

La historia ha transcurrido con cambios sociales que a su vez han determinado cambios en los saberes, en los modos de conocer, en los paradigmas que sustentan dichos

saberes; y por lo tanto, cambios en los discursos, en las reglas de verdad y en el poder que hacen circular sobre la sociedad. Así, en la primera mitad del s. XX, aquel de los grandes hombres, de la industrialización, de la razón instrumental, el saber del modelo de sociedad moderna, se generó primordialmente desde la visión epistémica positivista.

Entre las distintas concepciones teóricas, mencionamos la estructural funcionalista propuesta por Parsons, T (Ritzer, G 2002), en el que tiene lugar una práctica social que debe ser integradora, adaptativa, conservadora de los patrones culturales y capaz de lograr metas todas en función del orden y desarrollo del sistema social, como un sistema que se auto regula, mantiene el orden y en el cual prevalece la visión performativa y utilitaria del sistema. En este caso, el episteme se cuestiona sobre técnicas relativas a los hombres, los materiales y la producción como vía para el desarrollo del sistema social. La clave es la eficiencia del sistema (Lyotard, 1998).

A esta visión se opuso la crítico-hermenéutica de las sociedades de izquierda, propuesta por Marx, en la cual la sociedad se concibe dualmente, desde la división de clases en ricos/pobres, explotadores/explotados, burgueses/proletariado, división que exige una dialéctica en función del todo social, que en el caso del liberalismo, funcionara como regulador del sistema y en el comunismo con efectos totalizadores. En este episteme crítico reflexivo, el saber se interroga sobre los objetivos y valores y la importancia del determinismo económico sin lograr la reconciliación social, obstaculizando así su recuperación (Lyotard, 1998).

En ambos casos, el saber se difunde y desarrolla en la organización social por el lenguaje, pero no solo desde el punto de vista semántico, por la riqueza o cuantía de las

palabras que lo conforman, el lenguaje es mucho más que palabras; sino por un discurso integrado por enunciados diversos, que comunican una intencionalidad, según sea la estrategia puesta en marcha, enunciados denotativos, prescriptivos, performativos, interrogativos, y otros.

Dichos enunciados no son más que “jugadas estratégicas”, que obedeciendo a reglas, explícitas o no, entre los jugadores, configuran la agonística del lenguaje, constituyendo estos juegos del lenguaje el lazo social, esperándose un efecto o respuesta no solo reactiva sino sobre todo, estratégica, agonística, que permite circular los efectos de poder en la estructura social (ídem).

Actualmente y desde el último tercio del segundo milenio, se habla de una sociedad post industrial con una cultura postmoderna. Según Lyotard (1998), en esta sociedad, el lazo social está determinado por las telecomunicaciones, la internet, las redes sociales virtuales, la cibernética, la digitalización de las informaciones, de manera que todo saber que no pueda ser traducido en este lenguaje, queda fuera de esta red o malla comunicacional que rige lo que tiene lugar en lo económico y político.

Es la época de la globalización de los mercados, de las empresas trasnacionales y del Estado mínimo, en el sentido de una disminución de sus funciones reguladoras sociales. Los decididores ya no serán los gobernantes sino los expertos, profesionales, los inversores, los que posean toda la información, esto es el saber traducido en este lenguaje digital, en chips, en bancos de memoria, *el conocimiento del conocimiento* será decisivo en los juegos del poder.

Así, se pronostica que progresivamente los políticos tradicionales serán sustituidos en el gobierno por estos expertos, gerentes, profesionales, capaces de entender y moverse en esta

red virtual. Según este autor, el hombre será reducido al “si mismo”, atomizados e individualizados, ocupando posiciones o nodos en esta malla comunicacional donde unas veces será destinatario, destinador o el referente del mensaje, lo cual lleva implícito en sí, efectos de poder según sea el enunciado.

En pocas palabras, y según lo expresado por Lyotard (1998)

La competencia mundial por el poder ha evolucionado históricamente: en un principio los Estados-Naciones se pelearon por el dominio de los territorios, luego por dominar la disposición y explotación de materias primas y manos de obra barata y en el futuro es pensable se peleen por dominar la información (p.17)

Y esto ya está ocurriendo, vale comentar las experiencias del Watergate, Wikileaks, el control sobre la información en regímenes políticos de izquierda, el poder de la información y de las redes sociales para encender la chispa que convulsionó y finalmente origino la dimisión del Presidente de Egipto, la amenaza continua de los hackers para infiltrarse en los bancos de datos de instituciones y organizaciones, de centros de investigación, son solo algunos ejemplos de ellos.

En todos los casos mencionados el fin último es el poder económico-político en manos de pocos, el medio es el hombre: esclavitud y explotación del hombre por el hombre, el hombre como fuerza de trabajo, poderío militar, riqueza generada por posesión de latifundios y recursos naturales para la producción y reproducción del capital.

Sin embargo, no existe prácticamente ninguna relación humana u organización social exenta de relaciones de poder. Foucault describe que “lo que hace que el poder se aferre, que sea aceptado, es simplemente que no pesa solamente como una fuerza que dice no, sino que

de hecho circula, produce cosas, induce al placer, forma saber, produce discursos, es preciso considerarlo más como una red productiva que atraviesa todo el cuerpo social” (1994, p.48).

Ejemplo de ello, es el prolongado tiempo que se han mantenido en el poder algunas dictaduras contemporáneas, como el caso de Pinochet en Chile, Gadafi en Libia, entre otras, que con un ejercicio del poder en el que se mezclan carisma, sanción, recompensas, logran someter a los pueblos de manera tal y en forma tan hegemónica, que a menos que den lugar a una autocracia totalitaria con crímenes de lesa humanidad como torturas, desapariciones forzadas, ajusticiamientos, etc., el soberano sometido se siente incapaz de pensar siquiera en el logro de una democracia en la cual se garanticen sus derechos.

El poder se vehiculiza permeando la sociedad por que produce su propia *verdad*, todo un orden de ideas conocido como ideología. Según describe Comte-Sponville (2001, p.266) la ideología es un término marxista “un conjunto de ideas o de representaciones (valores, principios, creencias) que no se explican por un proceso de conocimiento...sino por las condiciones históricas de su producción, en una sociedad determinada...por el juego conflictivo de intereses, alianzas y relaciones de fuerza”.

La ideología en la sociedad funciona como una fuerza-agente que conduce a la *sujeción* del sujeto, a su sometimiento. Es todo un pensamiento social que no tiene nada que ver con el conocimiento en sí, no es una ciencia, pero se sirve de esta para someter, para ejercer poder sobre la sociedad.

Si su producción es histórica, va cambiando según el tipo de sociedad en que tiene lugar, formando parte de los juegos del lenguaje que, como parte de las estrategias de poder,

vehiculizan una forma de pensar, esto es, una ideología, cuyo fin último es lograr someter a otros para el beneficio particular de pocos.

Poder y saber científico. Poder disciplinario/sociedad disciplinada.

El saber científico, en un principio representó la posibilidad de aplicar el conocimiento generado para solucionar problemas que afectaban al hombre y a la sociedad, de diversa índole: salud, economía, educación, política, incluyendo aquí todo el saber político estatal desarrollado en Alemania como “ciencia de Estado” que permitió la producción del saber necesaria para garantizar el funcionamiento del Estado (Foucault, 1994).

Estos problemas confrontados por las poblaciones humanas, y por ende, por las organizaciones sociales, comprometían su subsistencia y sobrevivencia, incidiendo directamente en la calidad de vida de las personas, por lo que se constituyen en uno de los principales objetivos de estudio de las comunidades científicas académicas, sobre todo a raíz de la industrialización en el siglo XIX.

Este saber científico generado, integrando diversas disciplinas científicas, no solo sirvió para resolver problemas de saneamiento ambiental, generación de energía, tecnología alimentaria, etc. sino que se insertó desde el principio en el aparato productivo social, determinando nuevas formas y oportunidades de empleos, empleos mejores remunerados, a consecuencia de lo cual se optimizaron las condiciones de vida de la sociedad moderna.

Hecho histórico-social que inmediatamente se reflejó en el aumento de la esperanza de vida del colectivo y en la disminución de la mortalidad principalmente por enfermedades

infecciosas, que tenían su asiento en poblaciones malnutridas y que habitaban en condiciones insalubres, en la precariedad que caracteriza a la pobreza.

Gracias al poder económico que derivaba de esta producción industrializada, se concretó un mejor desarrollo socioeconómico, así como también, el incremento del poderío de las naciones. Entonces en la sociedad moderna de finales del siglo XVIII y siglo XIX, ocurre la primera gran ruptura del conocimiento, la revolución industrial, y con ella se dan todas las condiciones que se nombran en el párrafo anterior.

La consecuencia inmediata, visibilizada por los Estados, es el hombre como medio, como fuerza laboral productiva, su fin, utilitario y eficiente, lo cual determina que se constituya un cambio social, dando lugar a lo que Foucault (1978/2001) llamó “sociedad disciplinaria”.

Esta adjetivación de la sociedad expresa la similitud con el panóptico descrito por Bentham, puesto que ejerce un saber-poder desde el control social que se apoya en la observación, en la vigilancia de cada individuo en forma continua, la cual tiene como función corregir, controlar por medio de la recompensa y el castigo, transformar al individuo, en función de normas establecidas por el Estado para asegurar el fin perseguido, en este caso una fuerza laboral saludable como medio para generar más riqueza al Estado (ídem).

Es así como en todas las instituciones sociales del siglo XIX : educativas, hospitales, manicomios, cuarteles, fabricas, se implementa este panoptismo, esta especie de ortopedia social, en el que se imponen formas de conductas acordes a las normas sociales que aseguren individuos sanos, eficientes, trabajadores , morales, para satisfacer las necesidades del sistema social, y oscuramente, las necesidades político-económicas del Estado (ídem).

Este constituye uno de los más resaltantes ejercicios del Saber-Poder de la sociedad contemporánea, el hombre en sociedad, prisionero y sujetado a expensas de los hilos de poder manejados por el Estado y vehiculizado por los discursos científicos disciplinarios.

Poder-saber: legitimación y jerarquía.

De Bacon, F. es la frase “el conocimiento en si es poder” (citado en Toffler, 1995). Este punto de vista, quizás puede ser explicado concibiendo al conocimiento como un efecto, como el resultado de las relaciones estratégicos de los individuos entre sí, en un entorno dado, en un momento histórico.

Es por ello que Foucault (1978/2001) expresa que el conocimiento tiene una naturaleza perspectiva, polémica y estratégica, desde el estudio de la formación de ciertos dominios de saber, a partir de relaciones de fuerza y relaciones políticas en la sociedad, siendo las condiciones económicas y políticas de existencia, aquello a través del cual se forman los sujetos de conocimiento y las relaciones de verdad.

El rango del poder que se obtiene del saber dependerá entonces del reconocimiento social de este, de la función que dicho saber cumpla en la organización social, de las demandas de ese saber por parte de la sociedad, lo cual se haya configurado en una matriz saber/poder, acción social/reconocimiento social, autoridad /sumisión.

También dependerá de la validez y legitimidad del saber. La *validez* es un criterio que certifica al saber como coherente y consustanciado con el momento histórico y el hecho social, en la temporalidad y la capacidad de responder a la cosa en cuestión con las herramientas disponibles o con nuevas herramientas, con innovación.

Igualmente tiene que ver con el cumplimiento de los criterios de verdad establecidos para ese saber con rigurosidad, en forma metódica y sistemática. Con objetividad en caso de hechos cuantitativos, ya cristalizados y concretos, o subjetividad, cuando de abordar fenómenos abiertos, cualitativos se trata.

Este criterio lo certifican dos instancias: la academia y la sociedad. En el caso del saber como disciplina, le corresponde a la academia representada por la comunidad científica e instituciones educativas transmisoras de este tipo de saber, decidir si cumple o no, los criterios de rigurosidad científica, método, que lo calificaran como saber científico.

La sociedad por su parte, certifica la validez del saber no científico, saber narrativo, saber del vulgo o doxa, experiencial como se le conoce, y que no es mas que aquel saber detentado por la sociedad y que es producto de las vivencias o experiencias inscritas en la cultura, en la tradición histórica, en la herencia social, el cual se alimenta de mitos, leyendas, relatos, tradiciones, folklore, espiritualidad que forman parte de la cultura.

Este saber narrativo se lleva en el inconsciente colectivo, pero también obedece a unas reglas del juego, sobre todo lo referente a quien habla, a su autoridad moral, a su relación con la tradición histórica, así como, desde donde se habla o se dice lo que se dice.

La *legitimidad*, siempre al reverso de la moneda, es el reconocimiento de la validez de ese saber y su apropiación social, para que cumpla funciones en su estructura. Tanto la doxa como el saber científico requieren de este proceso de legitimación so pena de ser considerado cuestión de inquisición, de brujería, de charlatanes, de riesgo social, con capacidad de causar daño a cualquier nivel de la estructura.

Para Lyotard (1994) la legitimidad del saber científico requiere de una doble legitimación, la establecida por la comunidad científica (son los que saben que cosa es ciencia y que no, caracterizan el conocimiento científico) y un legitimador del legitimador (en este caso corresponde a las leyes certificar al científico formado por la Academia).

Sin embargo es el saber científico, el académico, validado por expertos, el saber disciplinario, aquel cuya área de saber puede ser organizada en aspectos de la ciencia o, en temas determinados, o en áreas de conocimiento que tienen su propio método de estudio y objetivos, constituyéndose en disciplinas socialmente reconocidas dada su función social, las que detentan mayor capacidad para ejercer el poder sobre otros. Y es el reconocimiento social del saber el que le confiere poder sobre el corpus social.

En el curso histórico, el juego del poder social ejercido por el dúo Academia-Estado, le dio un jaque mate al saber narrativo, depositario de nuestras tradiciones e identidades, rico en prácticas sanadoras, desvirtuadas a favor del progreso, la ciencia y la tecnología. Estrategia actualmente casi irreversible dado a la fragilidad y la ruptura de la cohesión social, de los espacios comunitarios para la interacción, y a la pérdida de la identidad que caracteriza a la Sociedad Red, o “Sociedad del Conocimiento” de este tercer milenio.

Saber científico y poder político económico: del progreso a la inequidad social.

El curso de la Historia Universal ha sido determinado por la acción de algunas de estas formas de poder: el poder económico, el poder por la violencia y el poder disciplinario. La preponderancia de uno u otro ha dependido del momento histórico social.

De esta manera, la sociedad ha superado épocas de oscurantismo donde el poder era ejercido por monarcas, latifundistas, emperadores o bárbaros y ha pasado progresivamente por épocas donde el conocimiento ha ido construyendo el camino del sometimiento y el protagonismo del espacio público: desde la filosofía de la antigua Grecia, la metafísica, pasando por el siglo de las Luces del racionalismo cartesiano y las leyes de la naturaleza, donde “todo está hecho”, el racionalismo instrumental y la revolución industrial hasta llegar a la Teoría de la Relatividad, la tecnología industrial, la teoría de los Sistemas, la teoría del Caos, la Biología Molecular, la Nanotecnología, la cibernética y las Redes Virtuales de la actual Sociedad del Conocimiento.

La necesidad del hombre por resolver problemas de la subsistencia le han llevado a la creatividad y la innovación cuyo camino deriva en el conocimiento. Conocimiento por curiosidad, por develar los misterios naturales de temas que eran su preocupación básica: La creación del universo y el Ser Supremo, Dios o Dioses, la vida y la muerte, la reproducción y la trascendencia; temas en sí mismo existenciales para los cuales halló una respuesta metafísica primero, racional y lógica posteriormente.

Conocimiento aplicado a la resolución de problemas materiales de diversas categorías: alimentación, comunicación, transporte, energía, muy relacionados con la subsistencia y que fueron desarrollándose sobre todo a partir de la Racionalidad Técnica Instrumental que condujo a todos esos avances que se iniciaron con la revolución industrial y que mejoraron notablemente las condiciones de vida de aquellas sociedades que en forma importante contaban con la riqueza natural o la situación geográfica estratégica para acceder a esta tecnología.

Este hecho social profundizó las desigualdades e inequidades entre los pueblos del mundo, ya que según en manos de quien estuviese el saber y el poder económico, inmediatamente quedaron divididos o fracturados en ricos/pobres, desarrollados/subdesarrollados, bien nutridos/hambre y desnutrición, acceso al agua/muertes por sed no satisfecha; inequidades que se han profundizado aún más a inicios del siglo XXI, ejemplificando unas de las formas en que el conocimiento genera poder, en este caso saber y poder político-económico van de la mano.

Al respecto Lyotard expresaba: “no hay técnica sin riqueza pero tampoco hay riqueza sin técnica. Un dispositivo técnico exige una inversión” (1998, p.84), explicando así el por qué la ciencia se convierte en una fuerza de producción, formando parte de la circulación del capital. De este modo, el conocimiento generado es en sí un valor de mercado, por su plusvalía, por los recursos económicos que puede generar, estableciendo así una relación saber/poder económico.

Entonces, la sociedad, tanto si se le considera como un todo orgánico y sistémico, o, como la sociedad dividida en clases sociales concebida por Marx en su materialismo histórico (sociedad clasista en la cual el proletariado constituye el instrumento productivo de los burgueses), se posibilita por el ejercicio del poder de unos sobre otros, poder sustentado en el saber, en la riqueza y en su forma extrema en la fuerza violenta, aunque esto último formaría parte de un proceso de autopoiesis social o quizás como entropía, como salida al caos en el que deriva la no negociación del poder entre el saber y la riqueza para generar más riqueza que a su vez se invertiría en más saber.

CAPITULO VI

Poder/saber en salud

La salud entendida como bienestar, ausencia de padecimiento, sufrimiento, enfermedad, como un bien que permite a la persona el desarrollo de todas sus potencialidades. Reproducirse, producir, gozar, trascender, crear, son potencialidades en el ser humano y que se anulan o minimizan en la enfermedad.

Todas las actividades humanas requieren estar saludable, cuando no es así hay que adaptar la actividad al individuo, como sucede en el caso de personas con discapacidad, por ejemplo. Cuando se disfruta de salud integral, física-mental-social, no se toma en cuenta, no se valora, ya que la salud solo se visibiliza cuando se pierde, cuando se padece algún malestar, sufrimiento o enfermedad manifiesta.

Es entonces cuando a manera de “gatillo” se pone en marcha cualquier práctica sanadora que esté al alcance con el fin de restituir el bienestar y la salud, ya sea para evitar dolor, sufrimiento, discapacidad y dependencia, hasta lo más extremo que es el riesgo de morir, siempre latente cuando se está enfermo. Dependiendo de la magnitud o la gravedad de la enfermedad, y por lo tanto, de la facilidad o dificultad, o de la inversión que hay que hacer para recuperar la salud, será la importancia que se dé al proceso de curación o recuperación y el reconocimiento a quien dirige el mismo, es decir al médico/a.

La gravedad de la enfermedad se puede estimar según: el riesgo de mortalidad, el grado de las complicaciones, la reversibilidad de las mismas o, caso contrario, las secuelas

que produce, y por supuesto por el gasto que ocasiona, tanto para el sujeto enfermo como para el Estado según como sea la atención sanitaria que reciba: atención médica privada, generalmente pagada por el Estado, o atención médica pública propiamente dicha.

En ambos tipos de atención, el gasto será mayor cuanto más grave o prolongada sea la enfermedad, debido a: costo cama/día hospitalización, costos de insumos médicos-quirúrgicos, alimentación, costo exámenes paraclínicos, etc. Además de las pérdidas por días laborales perdidos/reposo, disminución de productividad, tanto del enfermo como de familiares que forman parte del entorno de cuidado humano.

La demanda social de la atención de la salud, siempre circunscrita a la resolución de la enfermedad, desde épocas antiguas, ha ido configurando una práctica social que implica la conformación de un discurso, la formulación de unos enunciados de verdad que integran ese saber sanador y que permiten, al desarrollar su acción social, circular simultáneamente efectos de poder sobre el sujeto objeto de tal práctica. Se constituyen así dominios de saber en el ámbito de la salud-enfermedad.

Entre los enunciados del saber sanador se pueden citar:

1. *Prescriptivos*: como las medidas que se deben tomar para la recuperación de la salud y que se deben cumplir sin objeción por parte del sujeto, si su interés es sanarse, como ingerir alguna hierba, catárticos, embalsamarse, darse baños con hierbas aromáticas, sacarse el mal de ojo, fármacos diversos, etc. serían ejemplos de algunas de estas prescripciones sanadoras.
2. *Deónticos*: medidas de modificación de comportamientos riesgosos, tales como las prácticas sexuales, la ingesta de sustancias adictivas.

3. *Performativos*: como serían los enunciados del diagnóstico y terapias curativas los cuales se formulan de tal forma que exigen del destinatario enfermo una acción en el sentido de la curación, sin que valga interrogación o verificación al respecto.

Estos serían algunos de los enunciados que, como describe Lyotard (1998), constituyen los juegos de lenguaje que vehiculizan los saberes en la sociedad. Juegos estratégicos de acción y reacción, de alianzas y estrategias, en un modelo agonístico circular entre el destinador del enunciado y el destinatario, cuya finalidad es el ejercicio del poder del uno (sanador), sobre el otro (enfermo).

En un capítulo anterior, se desplegó una mirada sobre el recorrido antropológico de los saberes en salud, lo cual permitió darse cuenta de la pluralidad de los mismos en relación directa con la concepción social de la salud/enfermedad y de los sanadores en cada época, cada uno en su momento ha ejercido sus efectos de poder.

Desde las sociedades primitivas de la Grecia Antigua, donde el sabedor estaba constituido por toda una serie de yerbateros, brujos, adivinadores, y otros, los cuales en un ejercicio social libre, desarrollaron una práctica en función de una concepción mágico religiosa de la enfermedad, como brujería o castigo de los Dioses y que requería unas medidas sanadoras como catárticos, embalsamamientos, baños, pócimas, de cuyo éxito o no sobre la enfermedad, dependía le confirieren o no a los sanadores un reconocimiento y posición privilegiada dentro de la organización social.

De igual forma, la evolución progresiva de los conceptos de salud-enfermedad, configuro una evolución en el saber en salud. Laín E (1978), describe, a finales de la Edad Antigua y en la Edad Media, la Medicina Hipocrática y Galénica, las cuales no atribuyen la

enfermedad a los Dioses y a la brujería, sino que hablan del disturbio de la *Physis* (Naturaleza) por miasmas, sustancias extrañas en el ambiente, o a desequilibrio interno del medio.

Esta ciencia médica conocida como *Physiologia*, se caracterizaba por buscar la causa que explicara la enfermedad de una manera racional por el conocimiento, ya no atribuyéndose a lo mágico religioso, ni a una acción punitiva de los Dioses, sino como se dijo anteriormente a una causa en la *Physis*, en la Naturaleza.

Es así como desarrollan todo un lenguaje para su registro (interrogatorio del paciente sobre el proceso nosológico, y lo más relevante, todo un método de exploración sensorial para el registro de signos de la enfermedad, que en ocasiones incluía probar secreciones y excreciones del enfermo, y que condujeron al desarrollo de un lenguaje para el diagnóstico y tratamiento, y ya en los siglos I – II d.C., el desarrollo de áreas de conocimiento como la anatomía, semiología, fisiología y terapéutica (ídem).

Todo este nuevo saber en salud no requería de certificación por el Estado o por academia alguna, sino que era la propia sociedad quien lo legitimaba en base al éxito en la curación y al sabedor. En este caso, eran maestros autoformados, reconocidos como sabios y afectos a la Filosofía aristotélica, la cual sustentaba el conocer por el razonamiento lógico, y considerados hijos del Dios Asclepio, todo lo cual contribuía a ejercer un poder reconocido socialmente y manifestados por el trato privilegiado, proximidad a los círculos de poder monárquico, exoneración de impuestos.

Comienza además, la enseñanza de esta ciencia en escuelas como la hipocrática, donde los maestros enseñaban a otros, no sólo conocimientos técnicos sino

filosóficos, basando estos últimos conocimientos en lo planteado por Aristóteles y Platón, con quienes la Medicina se hermanó a la Filosofía, medicina del cuerpo/medicina del alma respectivamente, exaltado en el enunciado filosófico “cuidado de sí mismo” (Foucault, 1982/2006).

Hasta el momento, esta incipiente Medicina, era de ejercicio libre e individualizado, circunscrita al ámbito privado de la relación médico-paciente, existiendo ya restricciones morales a su ejercicio establecidas en el juramento hipocrático donde se enunciaban las prescripciones para el ejercicio de la Ars Medica, una verdadera Tekhne iatriké (Laín E, 1978).

Este lenguaje moral prescriptivo, sumado al enunciado denotativo y performativo del diagnóstico y tratamiento exitoso, permitía circular efectos de poder entre el dúo medico/enfermo inscrito en una clave sabiente/no sabiente, autonomía/sometimiento, cuyo absolutismo o hegemonía va a depender del éxito y sabiduría de quien detenta el conocimiento sanador.

La Medicina alcanzo de este modo un mayor perfeccionamiento, mayor lustre, sobre todo por el empeño que puso Galeno en el trato con el enfermo, en realzar y detallar el éxito con el paciente “hay que conseguir la admiración del enfermo y de los circunstantes” enseñaba Galeno a sus discípulos (Laín E, 1978, p.119), todo lo cual contribuyó a un mayor reconocimiento de esta disciplina.

Hasta el siglo XVI d.C., se mantiene este saber con muy poco desarrollo científico, a pesar de haberse iniciado en la Edad Media la Academia en países europeos, pero se mantenía

mas como un recinto de discusión de investigaciones individuales de los Maestros que como enseñanza programada (Laín E, 1978).

Se mantienen entonces, los mismos conceptos nosológicos, los mismos métodos diagnósticos y terapéuticos con algunos avances del conocimiento técnico, las mismas causas de morbilidad y mortalidad. Aun los Estados-Naciones no se habían percatado de los beneficios de una población sana, ya que la sociedad estaba dividida en ricos, clase media, pobre y menesterosa. Según oficios en: aristócratas, artesanos, comerciantes, esclavos, vagos y mendigos. Toda la plebe sometida al poder monárquico absoluto, como objetos, para mantener la soberanía sobre los feudos, cobrarles el tributo feudal para el dueño y señor feudal, y para defender en tiempos de guerra.

El gran poder de la época, al lado de la monarquía, era la Iglesia Cristiana y persistía la convicción de que muchas enfermedades eran castigo de Dios por los pecados cometidos, por lo cual, en los casos de enfermos pobres, eran atendidos en hospitales de caridad por grupos religiosos o laicos en obras de caridad.

Es hacia el siglo XVII d.C., ya iniciada la Edad Moderna, debido por una parte, a la gran mortalidad ocasionada por las pestes y, por otra, a la necesidad de desarrollar un proceso productivo que aumentase el poder económico de las monarquías, y aliviase la carga de los pobres enfermos confinados en hospitales de caridad, que los Estados, se dan cuenta de la importancia de contar con una población sana.

Se comienza a desarrollar toda una política de Estado, una “Política de los cuerpos” , Biopolítica o Nosopolítica, a fin de favorecer el desarrollo de una población sana, se desarrollan inicialmente actividades de registro demográfico y sanitarias de índole

administrativas, y, posteriormente, normalizadoras (Foucault, 1994/1999). Es el control de los cuerpos como medio para obtener poder económico-político y es el nacimiento incipiente de la Salud Pública (denominada *Policía Médica*) como función del Estado sobre la salud colectiva, manteniéndose la Medicina Clínica en el ámbito privado.

Esta política comprende acciones estratégicas del Estado, cuyo poder es absoluto sobre la población, con medidas de control sobre el *corpus colectivo* (aislamiento de enfermos, reubicación de entidades nosógenas o productoras de enfermedad como hospitales, cementerios, mataderos) y medidas de higiene y medicalización, aplicadas a la familia, como institución encargada de formar y velar a los hijos de manera que se mantuvieran sanos y alcanzasen la adultez. Debajo de toda esta actividad política el oscuro interés es el de disponer de una “masa poblacional sana como fuerza de trabajo productiva” y “poderío militar” para mantener la soberanía (Foucault, 1994/1999).

Lo anterior da cuenta, de una práctica social y de un discurso, que configura un lenguaje médico técnico-administrativo, controlador y prescriptivo, ejercido sobre el colectivo e impuesto y controlado por el Estado cuyo fin primordial es el poder económico-político y secundariamente el hombre. El policía médico pasa a desempeñar un Rol político destacado en la organización social, como gran experto y consejero, con un saber político-médico, es el siglo XVIII (ídem).

A su vez, se mantenía un ejercicio clínico libre en el ámbito privado, tal como se venía desarrollando. En resumen, en la Edad Moderna, es destacada la relación Saber Médico-Poder, una ejercida a través del Estado sobre el corpus colectivo y ejecutada por la Policía Médica, con el discurso ya descrito, y la otra, ejercida directamente sobre el enfermo por el

médico clínico, en una relación binaria donde el lenguaje del saber es clínico, y como tal, prescriptivo y performativo, ejercido sobre el corpus individual al cual somete y controla.

Si se parte de considerar el estado del conocimiento y de la ciencia a inicios de la época moderna, se comprende la ruptura que significó, la creación de las máquinas y el proceso industrial, en lo que se refiere a mejora en la calidad de vida del colectivo social, debido en parte a mejores ingresos económico, y por lo tanto mejor alimentación y, por otra parte, por lo que este conocimiento aportó a las técnicas de saneamiento ambiental e higiene.

Debido a lo anterior, a no tener otras medidas para enfrentar la enfermedad que la higiene, es que la Salud Pública recién surgida a finales del siglo XVIII, se presenta como una práctica profesional de gran poder controlador y regulador de la Biopolítica del Estado, ejercida desde el lenguaje técnico-administrativo de apropiación, corrección, transformación y control del corpus colectivo, con acciones estratégicas a nivel familiar y comunitario, cuya finalidad es obtener una población sana sin limitaciones ni para el trabajo ni para defender la soberanía, fortaleciendo así el poder político económico del Estado.



Grafico N° 5: Discurso Salubrista
(Diseño de la Investigadora)

El acontecimiento derivado de la revolución industrial, determinó en el siglo XIX, el aumento per se de la esperanza de vida y la disminución progresiva de la morbilidad por enfermedades infecciosas, irremediamente de elevada mortalidad en siglos pasados, que se catapultaron cuando ya a mediados del siglo XX, se consolida la teoría infecciosa de las enfermedades con el éxito derivado del descubrimiento de la penicilina, iniciándose la Era de los Antibióticos en la práctica médica clínica.

A partir de este suceso científico, la práctica clínica que se mantenía como un ejercicio de restitución de la salud en el ámbito privado, con el reconocimiento social de aquellas clases sociales que podían tener acceso a su beneficio, y, en el contexto de una sociedad moderna

cuyas premisas a mediados de este siglo eran razón, técnica, orden y progreso, expresados en el dominio de la racionalidad técnica o instrumental y de la deriva hacia el Capitalismo, como fuente del Desarrollo Económico y Bienestar, toma un nuevo camino.

Esta práctica clínica, carente de los fundamentos filosóficos que en la Antigüedad la alimentaban, y, urgida de la técnica instrumental biomédica innovadora que aumente la certidumbre diagnóstica, y de una praxis que debía cumplir los criterios de objetividad, rigurosidad y método de la ciencia, que asegurasen su certificación académica y su legitimación social, deriva en una praxis objetivada.

A partir de este momento, la práctica clínica se caracterizará por un discurso tecnocrático y hegemónico, que se apropia del corpus individual enfermo, cosificándolo, con una visión mecanicista cartesiana, biologicista, fragmentándolo en partes con fines netamente curativistas. En la medida que esta práctica es exitosa, el sujeto enfermo, ahora objetivado y sometido, reconoce ese saber sanador y lo legitima socialmente.

El criterio mecanicista de eficiencia de esta práctica clínica, exige al médico certeza, apoyada no solo ya en el interrogatorio del enfermo y en la percepción sensorial guiada por la semiología, sino en la utilización de la tecnología médica más avanzada para el momento, que el mismo enfermo demanda, la cual es utilizada cada vez más por el clínico, que ve en ellos la manera de protegerse de demandas por mal praxis.

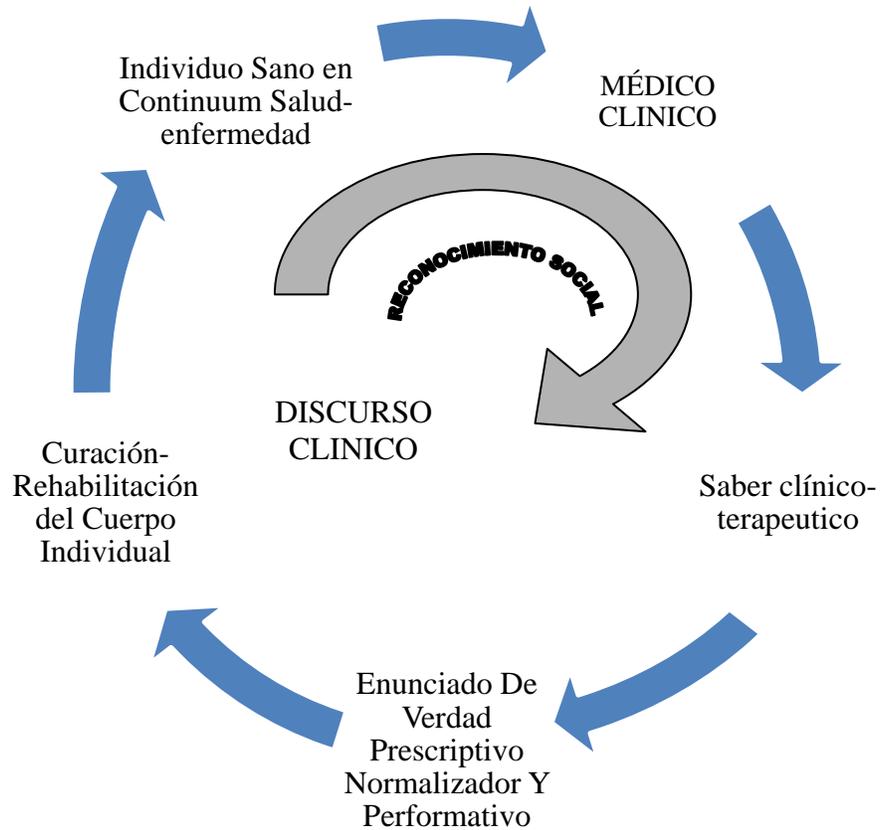


Grafico N° 6: Discurso Clínico
(Diseño de la Investigadora)

Así mismo, el cuerpo individual, sano y enfermo, es medicalizado. El mismo lenguaje común de la sociedad es medicalizado. El cuerpo social colectivo es medicalizado. También la subjetividad y los mundos de vida de la gente son medicalizados. Aparece con esta práctica social el concepto de Biohistoria y de riesgo médico.

Entonces, en la sociedad industrial avanzada y en el contexto de una cultura moderna, en medio de una política económica sustentada en el Capitalismo, con sus conceptos de inversión de capitales, tecnificación industrial, red de producción, consumo de mercado y en

el sustrato de unas prácticas sociales sanadoras, emerge un nuevo saber médico sustentado en la Epidemiología Clínica, en una Clínica Diagnóstica y Terapéutica basada en la razón instrumental y altamente tecnificada, que da como resultados nuevas subjetividades: médicos clínicos tecnócratas y hegemónicos e individuos fragmentados, cosificados, medicalizados y sometidos al saber médico.

Esto según muestra Foucault (1978/2001, p.14), es porque “las prácticas sociales engendran dominios de saber que no solo hacen que aparezcan nuevos objetos, conceptos y técnicas, sino que hacen nacer además formas totalmente nuevas de sujetos y sujetos de conocimientos” (Gráfico N° 7).

Por su parte la Salud Pública, la cual había alcanzado su máximo brillo y poder desde finales del siglo XVIII, con su discurso higienista-preventista, en la medida en que se fortalece la Medicina Clínica aupada por el gran desarrollo e innovación biomédica (que hizo accesibles y tratables un gran espectro de enfermedades, infecciosas y no infecciosas, con lo cual los conceptos de cronicidad y riesgo a la salud emergen en el seno de esta práctica), ha ido sufriendo cambios en su discurso, debido a que también la tecnología invade este campo y a la necesidad de operativizar las obligaciones del Estado en materia de salud.



GRAFICO N°7: Relaciones Praxis/Discurso Médico/Enfermo en el Contexto del Capitalismo (Diseño de la investigadora)

CAPITULO VII

La Salud Pública como estrategia Biopolítica

Desde su inicio a mediados del s. XVIII la salud pública y los médicos de salud pública, han sido protagónicos en el espacio público, como intermediadores o gestores de las relaciones del Estado con la sociedad, a fin de atender las demandas de salud de esta última como universo donde se dan las relaciones de las personas en un territorio dado, en un momento histórico determinado, en un modo de vida, en un modo de reproducción social.

Según Paim (1992):

La salud pública expresa una tensión entre el Estado y la Sociedad, entre las libertades individuales y las responsabilidades colectivas, y entre los intereses privados y públicos. La extensión y profundidad de dichas intervenciones depende de la dinámica de cada sociedad, sobre todo teniendo en cuenta sus vínculos concretos con las instancias económicas, políticas e ideológicas (p.155).

Surge inscrita en un aparataje del Estado para el control del corpus colectivo, visibilizado como fuente de poderío económico-militar para los Estados nacientes y en principio, como ya hemos comentado, se estructura en la sociedad con funciones estatales de control ambiental (reubicación de hospitales, cementerios, mataderos, en fin cualquier ambiente urbano que pudiese representar un riesgo nosógeno y su ubicación fuera o en las zonas urbanas marginales), así como a través de todo un sistema de regulaciones disciplinarias sobre los cuerpos de índole higienista y moral, así como, la separación y aislamiento de los enfermos de la población sana, para prevenir el riesgo de contagio.

Es la instauración del *Orden de los cuerpos* o *disciplinamiento de los cuerpos* primer indicio de una Biopolítica Estatal y que determinó “la organización de todo un saber médico estatal, normalización de la profesión médica, subordinación de los médicos a una administración general y su integración en una organización médica del Estado, una verdadera Medicina de Estado” (Foucault, 1975/1999, p.370).

A partir de ese acontecimiento, la salud pública, como función del Estado, ha pasado por etapas de adecuación de su discurso y cambios en su práctica social, que tienen que ver con modificaciones en el concepto de salud-enfermedad, desarrollo de tecnología industrial, avances en el campo de la Biología, Química, Física, cambios en las relaciones Estado y sociedad, así como con declaratorias y acuerdos internacionales logrados por otros actores sociales, sobre todo a partir de la segunda guerra mundial, y que tienen que ver con la Declaración de los Derechos Humanos en 1945 por parte de la Organización de Naciones Unidas (ONU), la declaración de la salud como un Derecho Humano, por lo tanto, accesible a todos y todas con universalidad, integralidad, oportunamente, de calidad y que pasa por asegurar condiciones adecuadas de vivienda, alimentación, trabajo, para todas las personas, lo que se conoció a nivel de los Estados como *welfare state* o Estado de Bienestar.

A finales del s. XVIII tiene lugar un acontecimiento histórico de gran impacto social: la revolución industrial, este impactó directamente en la calidad de vida del colectivo y en su salud, aunque el tipo de jornada laboral, el sometimiento y regulaciones disciplinarias del cuerpo de los trabajadores en las grandes factorías, determino en países como Alemania, Francia e Inglaterra, la organización y participación política de los trabajadores con el fin de exigir democracia, igualdad y justicia como determinantes de la salud social. Surge entonces, un movimiento de gran importancia por la herencia conceptual que proporciono a la salud

pública, llamado *Medicina Social* (1830 -1880). Este movimiento, abortado políticamente, consideraba que la participación política es la principal estrategia para la transformación de la realidad social (Almeida y Paim, 1999).

Casi a un mismo tiempo, en Inglaterra y EEUU, el problema de la acción del Estado en el ámbito de la salud social, da origen al movimiento conocido como *Sanitarismo* cuyo discurso y práctica está basado en actividades profilácticas de saneamiento, inmunizaciones y control de vectores, llevadas a cabo por las agencias estatales de salud y bienestar, aplicando para estas actividades principios de organización racional de recursos y la tecnología disponible. La acción de estas actividades de saneamiento se efectuaba sobre todo en sectores pobres y excluidos de la población. Según estos autores, el inicio de la era microbiana, determinó la transformación de la teoría y la práctica en este campo de la salud que pasa a ser conocido ahora como *Salud Pública*.

Posteriormente, a inicios del s. XX la aparición del *Informe Flexner*, redefine las bases científicas de la Medicina, lo cual implica un rediseño de su enseñanza académica y de la práctica médica. Basado en la investigación médica subindividual, fuertemente positivista, profundiza la separación entre lo individual y lo colectivo, privado y público, biológico y social, curativo y preventivo (Rodríguez Neto, 1979, citado por Almeida y Paim, 1999). Surgen a consecuencia de este informe, las primeras escuelas para formación de sanitaristas y epidemiólogos, financiadas por el sector privado: Fundación Rockefeller, actuando no solo en EEUU sino extendiéndose a América Latina.

Así vemos como en Venezuela, hacia la década de los cuarenta de este siglo, la mencionada Fundación, financia el saneamiento ambiental, sobre todo de nuestro eje costero,

donde estaba ocurriendo un gran acontecimiento para nuestro país, como fue el inicio de la explotación petrolera, en conjunto con empresas petroleras americanas y holandesas. El saneamiento ambiental financiado por esta fundación, determino una menor mortalidad de los trabajadores a consecuencia principalmente de la disminución de la Malaria y otras enfermedades transmisibles, amén de propiciar el desarrollo de políticas de salud en el país, donde la salud pública era prácticamente inexistente (Rincón y Rodríguez, 2004).

Obviamente, el interés por una masa de trabajadores petroleros sana y en resguardo de la salud del personal americano que vino al país para esta explotación, surge el financiamiento y asesoría para atacar el grave problema de la malaria, fiebre amarilla y otras endemias, aplicando la tecnología disponible para la fumigación y control de vectores principalmente.

En 1936 se crea en Venezuela, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social (MSAS), estableciéndose el desarrollo de la salud pública como función del Estado, como primer objetivo se estableció el control de la malaria, estableciendo para ello los objetivos de: 1. *organización administrativa*; 2. *preparación del personal*; 3. *investigación epidemiológica*; y 4. *control de la enfermedad* (ídem).

En 1952, se reúnen en Colorado Spring, representantes de las escuelas de medicina americanas, con el fin de introducir cambios en la enseñanza médica: apertura de cátedras de medicina preventiva para introducir conocimientos prevención de enfermedades con la administración de conocimientos de epidemiología, administración sanitaria y ciencias de la conducta. El concepto de salud que se manejaba se representaba por metáforas gradualistas y dimensionales del proceso de salud-enfermedad, donde se explicitaba en el mismo la existencia de un periodo pre patogénico, antes del inicio de la enfermedad, y un periodo

patogénico, luego del inicio de la enfermedad, con fase pre clínica y clínica, y con niveles de prevención primario, secundario y terciario según su acción en fase pre patogénica y patogénica. Esto constituyó una ampliación de la práctica médica, que medicalizó no solo la enfermedad sino todo el periodo antes del inicio de la enfermedad con intervenciones preventivas. Es el inicio y constitución del *discurso preventista* de la salud pública (Arouca, 1975, citado por Almeida y Paim, 1999).

En la década de los sesenta, a raíz de la guerra de Vietnam, de la pobreza y el racismo, ocurre una intensa movilización social e intelectual reclamando reivindicaciones y la garantía de los derechos humanos. Como respuesta, en el campo de la salud, surge el discurso de *Salud Comunitaria*, cuyo objetivo es prestar cuidados básicos en salud y prevención de enfermedades en comunidades excluidas de todo servicio como los guetos. La Salud Comunitaria era dispensada por organizaciones no lucrativas subsidiadas por el Estado, y coloca el énfasis en las ciencias de la conducta (sociología, antropología, psicología), con la finalidad de facilitar la captación e integración de los líderes comunitarios a los fines de poder llevar a cabo programas de educación para la salud (Paim, 1976).

Este nuevo discurso, fue retomado por Organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, quien bajo el nombre de *Atención Simplificada en Salud*, lo utiliza como forma de atención de la salud de comunidades excluidas de este servicio, sentando las actividades básicas de esta atención simplificada en: Atención de la salud de mujeres y niños, control de enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental, mantenimiento de sistemas de información, educación para la salud, enfermería de salud

pública y atención médica de bajo nivel de complejidad. Posteriormente, se añade la participación comunitaria en salud como componente de este discurso (Ncayiyana et al, 1995 citado por Almeida y Paim, 1999).

En Canadá, 1974, se da a conocer el *Informe Lalonde*, en el que se establece el concepto de *campos de salud*, como componentes necesarios a abordar para atender la salud de las personas, conformado por: 1. *Biología humana* (madurez, envejecimiento, herencia); 2. *Organización del Sistema de Salud* (restitución de la salud, prevención, rehabilitación); 3. *Ambiente* (físico, social, psicológico) y el *estilo de vida* (comportamientos riesgosos, riesgos laborales). Esta concepción, enfatiza la priorización de los tomadores de decisiones, el énfasis en la promoción de la salud, considerar la gravedad de los problemas sanitarios, regular la investigación en salud y la gestión estratégica.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo financiero de fundaciones americanas, se propone introducir la Atención Simplificada en Salud en países latinoamericanos con el objetivo de aumentar la cobertura de servicios de salud, en sistemas locales de salud, bajo la consigna de *Salud Para Todos en el año 2000* (SPT 2000), lanzada por la Asociación Mundial para la Salud en 1977.

En 1978, se reúne en Alma Ata, la Conferencia Internacional de Atención Primaria en Salud (APS) auspiciada por la OMS, quien considerando la salud como un derecho humano y responsabilidad política de los gobiernos, establece la APS como estrategia para la concreción de SPT 2000, basada en muchos de los elementos de la Salud Comunitaria.

Hacia los años ochenta se crean los sistemas locales de salud (SILOS), en el que con un sistema altamente jerarquizado se regionaliza la atención en salud por distritos sanitarios,

de forma intersectorial y por niveles de atención (Paim, 1986 citado por Almeida y Paim, 1999).

En 1986, la *Carta de Ottawa* (Canadá), institucionaliza el discurso de *Promoción de la Salud*, cuyos principales elementos discursivos son: -la salud como parte de *políticas públicas saludables*; -participación comunitaria en la gestión de salud; -reorientación de los sistemas de salud y –énfasis en el cambio de los estilos de vida, programas de modificación de comportamientos de riesgos (Almeida y Paim, 1999). Este movimiento coincide cronológicamente a nivel mundial con el deterioro de los sistemas públicos de salud de países europeos, con la profundización de la lógica del capital y del mercado y una disminución del gasto social de los Estados.

En nuestro país, hacia los ochenta, cuarenta años después de la creación del Ministerio de Salud, pocos años después de Alma Ata y del discurso de SPT 2000, como respuesta del Estado a la atención de la Salud Pública, existe ya, una estructura altamente jerarquizada, *burocratizada y populista*, centralizada, personalista, con mucha lentitud en la toma de decisiones y poco uso de los canales formales. El partidismo y el clientelismo político, esta entrelazado con la gestión de salud de manera que no existen prácticas de selección y reclutamiento de personal adecuado sino que la selección se subordina al carnet político con lo cual ingresan, como funcionarios de carrera en la administración pública, personal ineficiente que contribuye a deteriorar aún más el sistema de atención (Rincón y Rodríguez, 2004).

Este modelo de gestión, concomitantemente con una restricción del concepto de salud como ausencia de enfermedad, desencadenó un modelo de atención fragmentado, biologicista,

con disminución y descuido de programas preventivos y fortalecimiento de la práctica clínica hegemónica en el sistema sanitario venezolano, dando pie al desarrollo de modelos de privatización públicos como las fundaciones y al florecimiento de las clínicas como empresas de salud (ídem).

A partir de 1990, y luego de todos estos discursos de la salud pública, como estrategias para abordar la función del Estado de garantizar la salud como derecho humano de los colectivos, la salud pública se halla en crisis, luego del encandilamiento temporal ocasionado por el brillo de las acciones de saneamiento ambiental y prevención de enfermedad en nuestros países, caracterizados por alta mortalidad por enfermedades transmisibles, baja esperanza de vida, alta mortalidad infantil y materna.

Concomitantemente, las acciones dirigidas al control de las enfermedades transmisibles, han prolongado la esperanza de vida, lo cual se ha traducido en el envejecimiento de la población y el surgimiento de una nueva epidemia, las producidas por enfermedades crónicas no transmisibles, sobre todo en países desarrollados y en vías de desarrollo, cuyo abordaje es necesario..

La salud pública como función del Estado para atender la salud colectiva y como política pública estructural, que emergió del mar de las intencionalidades ocultas, donde estos discursos de salud citados, llevaban la impronta del poder del Estado como vía para obtener poder político-económico: en sus inicios poderío militar, luego beneficios económicos con la explotación de la mano de obra de la clase trabajadora y finalmente como estrategia populista para mantener grupos políticos en el poder, se ha agotado. En el contexto dibujado, se visibiliza una salud pública que se ha estancado. Se halla en crisis y desde organismos como

OMS/OPS se han planteado discusiones conceptuales sobre cómo debe ser la *Nueva Salud Pública*.

En 1992, Terris describe las actividades que debería tener esta nueva salud pública: *prevención de enfermedades no infecciosas, prevención de enfermedades infecciosas, promoción de la salud, mejora de la atención médica y rehabilitación*. Esta definición, se complementa con la definición de la salud no como un estado, no como ausencia de enfermedad, concepto de por sí ahistórico y con pretensiones universalistas; la nueva conceptualización de la salud se refiere a un *proceso histórico social*, por lo tanto contextualizado en tiempo y espacio y, al mismo tiempo, difícil de abordar completamente. Exige una transformación de la concepción de la salud pública y del perfil del recurso humano formado en el área.

CAPITULO VIII

Poder, discurso y praxis médica en la globalización: la pérdida del sentido de la praxis.

Desde la década de los ochenta del siglo XX, el orden social mundial sufre un nuevo cambio que, con gran ímpetu y fuerza arrolladora, se instaló en las Naciones: la Globalización del Mercado y el Liberalismo Económico, caracterizada por la globalización de las empresas que pasan a ser Transnacionales, la desregulación y la informatización del mercado, la separación cada vez mayor de la economía y la cultura social. La transformación del Estado de Bienestar en un Estado Social Mínimo se profundiza, debido a la disminución de la inversión social del Estado según propuesta neoliberal para el pago de la Deuda internacional, derivando en una protección social solo de las clases sociales más desfavorecidas y excluidas de toda protección. La Privatización de lo social es ahora la regla del juego.

Además se asiste al debilitamiento de las instituciones socializadoras especialmente de la Familia y las Educativas, de lenta función socializadora, y se elogia en cambio la globalización de las comunicaciones por medio de la internet, las redes sociales, los bancos de memoria, la alta tecnología de los Medios de Comunicación, el desarrollo de medios de transporte cada vez más rápidos, lo cual conlleva a una pérdida de la identidad nacional (Touraine, 1997).

Así mismo, se produce la explosión aislada y cada vez más frecuente, de minorías que se vuelven al antiguo comunitarismo, a lo local, buscando el rescate de su cultura propia y están cerradas a este nuevo orden global: fundamentalismos religiosos, gobiernos totalitaristas, etc. (ídem).

Economía y Cultura van separadas una de otra. La política económica globalizadora ha derivado en una *de-socialización* de la cultura al debilitarse las instituciones socializadoras comunitarias por excelencia. Se debilita lo local, el espacio comunitario, espacio de interacción social, de intercambio de opiniones, de participación, de confrontación y de acción, prácticamente desaparece. El Orden Social es ahora Global, los colectivos se parecen cada vez más unos a otros, mismos comportamientos, lenguajes. La elite se moviliza continuamente por un lado, y, por el otro, restringe el acceso a su espacio de las clases sociales menos favorecidas. Los decididores no son ya los Gobiernos de las Naciones sino los empresarios, los inversores, los expertos (Touraine, 1997; Bauman, 1999).

La salud pública enfrenta una crisis global. A nivel mundial, el movimiento de los Estados-Naciones por asegurarse un espacio en los nuevos mercados los ha llevado a la necesidad de optar por cambios políticos, económicos, administrativos e ideológicos. En América Latina, las propuestas del Banco Mundial, han llevado a priorizar la eficacia y la eficiencia en el manejo de los recursos sobre la equidad, con focalización de servicios de salud a poblaciones excluidas de estos y ofertando una canasta básica de servicios (Almeida y Paim, 1999).

En este contexto, la práctica sanitaria se ha desvirtuado cada vez más. Perversamente tecnificada, deshumanizada, mercantilizada, privatizada, hiperespecializada, biologizada. Con un Sistema Público Sanitario en crisis o minimizado, dominado por la mala calidad de la atención en salud secundaria a deficientes e insuficientes infraestructuras asistenciales, tecnología biomédica obsoleta, carencia de insumos médicos, recurso humano en salud deficitario, a consecuencia de la baja inversión social en salud de los Estados.

¿Cómo visibilizar el espacio actual de la salud pública? Años de instrumentación ideológica, expresión del poder de los Estados, la han dejado exhausta, estancada, debilitada, descontextualizada, anquilosada académicamente. El cambio vertiginoso de las maneras de conocer y nuevos paradigmas: teorías de sistemas, fractales, caos y complejidad entre otros, nos permite visualizar un nuevo concepto de salud, de lo cual derivarían la necesidad de nuevos abordajes, nuevos profesionales y nuevas prácticas.

Adicionalmente, en el contexto social antes descrito, surgen nuevos problemas a abordar en el plano de la salud: la violencia intrafamiliar y social, la creciente adicción a drogas y alcohol, la frecuencia creciente del VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual, embarazos en adolescentes, y otras que conllevan a muerte y morbilidad evitable, aumento de años potenciales de vida perdidos, y en definitiva, más pobreza, la cual requiere intervención multi y transdisciplinar. La transculturación derivada de la interconexión ha introducido nuevos riesgos a la salud: ciberadicción, ludopatías, neurosis y depresión creciente. Adicionalmente la pérdida de la identidad y del sentido comunitario obstaculiza la participación comunitaria necesaria para la transformación social de la salud.

Según Possas, (1989, citado por Almeida y Paim, 1999), se puede concebir el fenómeno salud como expresión del modo de vida (estilo y condiciones de vida), capaz de explicar junto con las condiciones de trabajo y del ambiente, el perfil epidemiológico de la población.

Así, Castellanos (1990) expresa que estudiar la *situación de salud según condiciones de vida* privilegia las articulaciones con las dimensiones de --reproducción biológica: capacidad inmunológica y herencia; --reproducción de las relaciones ecológicas: interacción

individuo/colectivo-ambiente, tanto residencial como laboral; -reproducción de las formas de conciencia y de comportamiento: expresado en la cultura y –reproducción de relaciones económicas: donde se realiza la producción, distribución y consumo.

Esta concepción implica ya de por sí nuevas estrategias de abordaje y espacios de acción: estrategias de alto riesgo (individuos – espacio singular); estrategias poblacionales (colectivos – espacio particular) y modelos económicos (espacio macro, general) con políticas de salud (ídem).

Coincidiendo con lo expresado por Una nueva salud pública, debería comprender disciplinas básicas como: la epidemiología, la administración sanitaria y planificación estratégica, y las ciencias sociales en salud. Un nuevo salubrista debería ser experto en liderazgo estratégico, capaz de suscitar movilizaciones sociales con el fin de abordar las necesidades sentidas en salud, debe conocer de políticas públicas además de saber moverse en el ámbito de lo político, capaz de hacer abogacía en la lucha por la salud del colectivo, integrar equipos multidisciplinarios de salud, pero sobre todo capaz de abordar la salud desde su articulación con lo social desde donde se escribe momento a momento, en el aquí y en el ahora, la historicidad de la salud.

Para que se formen estos nuevos profesionales, se requiere el rediseño curricular de la salud pública y su desvinculación de las Escuelas y Facultades de Medicina. Debe ser des-biologizada y des-medicalizada. Concebir la salud desde lo totalizante y desde las partes, como son los sistemas vivos interactuantes e interconectados. Una formación en competencias específicas, que trascienda la concepción clínica de la enfermedad y dirija su mirada hacia la construcción de la salud.

Según Habermas (1990, citado por Almeida y Paim, 1999), quizás sea necesario explorar nuevas formas de organización de los sujetos sociales no reducibles a partidos y sindicatos (aunque sin descartarlos), capaces de dar animo (vida) a los sueños y esperanzas de crear civilizaciones (socializaciones) pautadas en el afecto, la solidaridad, en la libertad y en la justicia. Conciliar este mundo subjetivo con el mundo social, a través de una acción política emancipadora.

CAPITULO IX

Lo construido de lo emergente

1. Toda práctica social, desarrolla y acumula un saber legítimo, que es en sí un dominio de saber, expresado en un lenguaje, el cual vehiculiza una ideología y ejerce poder.
2. La disciplina médica, como práctica social validada y certificada por la Academia y la Comunidad científica, se manifiesta en un discurso de carácter hegemónico, autocrático, individualista, interventor, tecnocrático, biologicista, medicalizador que actúa y somete al corpus enfermo y sano, individual y colectivo, y hasta el mundo de vida de los individuos, siendo reconocido socialmente.

3. El discurso médico se estructura no solo en base a su ámbito de prácticas y sus saberes, sino que aspectos de índole política-económica funcionan como instituyentes de ese discurso, en tanto que proveen el recurso económico para el desarrollo de ese saber a cambio de obtener la plusvalía que le retribuye su desarrollo tecno-científico, y también, se presentan como facilitadores u obstaculizadores de la práctica, y por tanto, de ese discurso, en función de su utilidad como medio para los fines político-económicos del Estado.

4. El discurso médico salubrista y clínico comparten una misma genealogía. Así mismo comparten el mismo discurso y se sustentan en la misma racionalidad científico-técnica. Se diferencian en su ámbito de prácticas y campo de acción, el cual en el clínico es directo, persona-persona, en la relación médico enfermo que se cumple además en un ámbito privado; a diferencia del salubrista, que actúa sobre el corpus colectivo sano o enfermo pero no de manera directa, sino por medio de programas, de un sistema de vigilancia epidemiológica, en la administración y organización de los servicios de salud poblacional.

5. El salubrista desarrolla todo un lenguaje tecno administrativo regulador en su función de administrador de recursos sanitarios y en su rol de intermediador/gestor de la articulación Estado-sociedad para atender los problemas de salud individual y colectiva.

6. El Estado, dependiendo de factores políticos y económicos, puede facilitar u obstaculizar la función del salubrista, ya que su acción está subordinada a este y a sus intereses.
7. A consecuencia de lo citado, el discurso salubrista goza de menor eficacia material ideológica, en vista de ser un intermediador, mientras que el discurso clínico, es directo y posee una gran eficacia material ideológica.
8. El carácter de intermediador del salubrista lo subordina al Estado y al médico clínico.
9. Esta eficacia material e ideológica se aprecia en el grado de sometimiento como poder que se ejerce sobre los cuerpos individuales y colectivos, los cuales son disciplinados, normados, y regulados, hasta sancionados y corregidos moralmente, en el nombre del beneficio del individuo.
10. Este sometimiento deriva en subordinación, indefensión, y extrañamiento de los enfermos que pierden su autonomía y la capacidad de decidir lo que se hace y no se hace con su cuerpo.
11. Los sistemas médicos son burocráticos y jerarquizados, altamente funcionalistas, hiperespecializados, lo cual favorece la fragmentación del individuo sano y enfermo, con una visión mecanicista no integral, disminuyendo la calidad de la atención, aparte

que desde el punto de vista del modelo de gestión dificulta la administración y racionalización del recurso humano en salud.

12. El salubrista de inicios del s. XXI ha perdido su norte, se halla estancado en el sanitarismo, preventismo y medicina comunitaria. La consideración de la salud como fenómeno articulado con procesos de reproducción social y determinado por condiciones de vida, requieren nuevas competencias específicas.
13. Se visibilizan, entre otras, estas competencias como necesarias: capacidad de liderazgo, planificador estratégico, capacitación en ciencias sociales, abogacía, movilizador social, ecologista, político.
14. Sería necesario introducir cambios curriculares en los estudios de esta disciplina, desvinculándola de la clínica desde el pregrado, para fomentar y profundizar la formación en el campo de la salud de los salubristas. Porque citando de nuevo parte del discurso de nuestro salubrista:

“que nos dejen al muchacho el último año de la carrera, pero que del primero al quinto año, ya el muchacho, se deslastrase por completo de toda la parte clínica, la parte quirúrgica, incluyendo de la tesis de grado, dedicando el último año, para lavarle la cabeza a ese muchacho nuevamente desde el punto de vista comunitario, para lavarle desde el punto de vista de cuáles son las funciones fundamentales de la SP, para lavarle la cabeza de cual es realmente el rol del médico, en este caso, a nivel comunitario”

DOCUMENTACION BIBLIOGRAFICA

Almeida, N & Silva, J. (1999). La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuadernos Medico Sociales*, 75, 5-30

Andorno, R. (1998). *Bioética y dignidad de la persona*. Madrid: Editorial Tecno.

Arendt, H. (1958/2005). *La condición humana*. España: Editorial Paidós.

Balestrini, M. (1999). *El Discurso Médico en el Capitalismo: Algunas de sus premisas constitutivas*. Venezuela: BL Consultores Asociados. Servicio Editorial.

Bauman, Z (1998/2005). *La globalización. Consecuencias humanas*. Argentina.: Fondo de Cultura Económica.

Capra, F. (1999). *El Punto Crucial. Ciencia, Sociedad y Cultura Naciente*. Argentina: Editorial Estaciones.

Castellanos, P. (1990). Sobre el concepto de salud enfermedad. Descripción y explicación del concepto de situación de salud. *Bol. Epidemiológico OPS*. 1990; vol. 10, N° 4. 2-7. Recuperado el 21-10-2011. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/BE_v10n4.pdf

Celis, E. (2001). *Imagen y arquetipo del médico*. Valencia: Ediciones del Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad de Carabobo.

Chiavenato, I. (2006) *Introducción a la teoría general de la administración*. 7ª edición. México: McGraw-Hill Interamericana.

Comte-Sponville, A (2003). *Diccionario Filosófico*. España: Ed. Paidós. España.

Conde, F. (1995/1998). Procesos e instancias de reducción/formalización de la multidimensionalidad de lo real: procesos de institucionalización/reificación social en la praxis de la investigación social. En Delgado, J. Gutiérrez, J. (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (2° Reimpresión). Madrid: Editorial Síntesis.

Córdova, V. (1990). *Historias de vida. Una metodología alternativa para ciencias sociales*. Caracas: Fondo Editorial Tropykos.

_____ (1995). *Hacia una sociología de lo vivido*. Caracas: Fondo Editorial Tropykos.

Foucault, M. (1963/1997). *El Nacimiento De La Clínica. Una Arqueología De La Mirada Médica*. México: Editorial Siglo XXI Editores

Foucault, M. (1969/2006). *La arqueología del saber*. México: Editorial siglo XXI

Foucault, M. (1975/1997). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: Editorial siglo XXI

Foucault, M. (1975/1999). *Estrategias de Poder. Obras Esenciales. Volumen II*. España: Ediciones Paidós Ibérica.

Foucault, M. (1978/2001). *La Verdad Y Las Formas Jurídicas*. España: Editorial Gedisa, octava reimpresión.

Foucault, M. (1982/2006). *La hermenéutica del sujeto*. México.: Fondo de Cultura Económica.

Gadamer, H. (1993/1996). *El estado oculto de la salud*. España: Editorial Gedisa.

Granda, E. (2000). Formación de salubristas: algunas reflexiones. En *Curso internacional itinerante: La Salud colectiva a las puertas del siglo XXI. Memorias del curso, Vol. II*, Medellín: Universidad de Antioquia.

- Guba, E. (1994). El paradigma constructivista. En Bustos, F. (Ed.), *Constructivismo*. Cali: Editorial Publiadco.
- Jaspers, K. (1986/2003). *La práctica médica en la era tecnológica*. España: Gedisa Editorial
- Laín Entralgo, P. (1978/2004). *Historia de la medicina*. España: Editorial Masson,
- Lima Gómez, O. (1993). Antropología Médica. En *Filosofía En La Medicina*. Comp. Rojas, C. Venezuela: Ediciones del Rectorado. Universidad de Carabobo.
- Lolas, F. (2005). El desafío bioético de la equidad: Su relevancia en salud pública. En Málaga, H. (Comp.) *Salud pública. Enfoque bioético*. Caracas: Disinlimed.
- Lyotard, J (1998). *La condición postmoderna*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Martínez M, M. (2007). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. 2da. Edición, Reimpresión. México: Editorial Trillas.
- Morín, E. (1999). *La cabeza bien puesta: Repensar la reforma. Repensar el pensamiento*. Trad. Mahler, P. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: una mirada socio antropológica. *Rev. Sal Pub Mex*, Vol. 49 N° 1. México.
- Nietzsche, F. (1886/2010). *La gaya ciencia*. Madrid: Edimat Libros.
- Noya, F. (1995). Metodología, contexto y reflexividad. Una perspectiva constructivista y contextualista sobre la relación cualitativo-cuantitativo en la investigación social. En Delgado, J. Gutiérrez, J. (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (2° Reimpresión). Madrid: Editorial Síntesis.
- Nuño, J. (1993). Vida y muerte en el mundo antiguo. En *Filosofía en la Medicina*. Comp. Rojas, C. Venezuela: Universidad de Carabobo. Ediciones del Rectorado.

- Ortí, A. (1995). La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En Delgado, J. Gutiérrez, J. (Eds.), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (2º Reimpresión). Madrid: Editorial Síntesis.
- Padrón G. J. (1996). *Análisis del discurso e Investigación social. Temas para Seminario*. Caracas: Publicaciones del decanato de Post Grado de la Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez.
- Paim, J (1995). *La salud colectiva y los desafíos de la práctica*. Recuperado el 25/10/2011. Disponible en: <http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-006.pdf>
- Paim, J. (1976/2009). Medicina comunitaria. Introducción a un análisis crítico. *Salud Colectiva*, 121-126
- Parsons, T. (1976). *El sistema social*. Madrid: Editorial Biblioteca de la Universidad de Occidente.
- Rincón, M y Rodríguez, I. (2004) Consideraciones generales sobre la política y la gestión de la salud en Venezuela (1900 – 2003). *Fermentum*, año 14, N° 41, 503-532.
- Ritzer, G. (2004). *Teoría sociológica moderna*. México: Editorial Mc Graw Hill.
- Rodríguez, F. (1996). *Alienación, Ideología y Poder en Salud*. Consejo de Investigación Universidad de Oriente. Núcleo Bolívar. Venezuela: Editorial Samper.
- Rodríguez, F. (2006). *Subjetividad, razón médica y posmodernidad (crítica a la razón en términos de crítica a la razón médica)*. Cumana: Publicación del Rectorado de la Universidad de Oriente.
- Rojas, B. (2010). *Investigación cualitativa. Fundamentos y praxis*. Caracas: Fondo Editorial de la Universidad Experimental Libertador (FEDUPEL).
- Sánchez A., B. (1979). *Métodos de Investigación*. Caracas: Editorial Eneva-Colección Universitaria.

Universidad Evangélica de las Américas. (2009). *Formato y estilo de trabajos escritos (APA) 5ta. Edición*. Seminario Nazareno de las Américas. San José de Costa Rica. Recuperado el 23/10/2011. Disponible en: http://www.sendas.ws/espanol/academico/APA_julio2009.pdf

Toffler, A. (1995). *El cambio del poder*. España: Plaza & Janes Editores.

Touraine, A. (1997/2001). *¿Podremos vivir juntos?* México: Fondo de Cultura Económica.

Van Dijk, T. (1997/2005). *El discurso como interacción social*. España: Editorial Gedisa,

Velasco, H. y Díaz de Rada, A. (1999). *La lógica de la investigación etnográfica*. Madrid: Editorial Trotta.