

TRES CONCEPCIONES HISTÓRICAS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD*

*María del Carmen Vergara Quintero***

Recibido en agosto 31 de 2007, aceptado en septiembre 28 de 2007

Resumen

El poder sobre la vida y la muerte ha estado vinculado a los dioses, porque ellos son entidades externas al mundo de las cosas, son ellos quienes pueden obrar sobre las fuerzas que las animan. Pero los seres humanos han contado con embajadores quienes tienen influencia con los dioses o, a la manera de Prometeo, han podido robarles sus poderes. Los *mediums* o *medicums*, esos sacerdotes del cuerpo, poseen los secretos de los dioses y en virtud de ese poder tienen acceso, casi sin límites, a nuestro cuerpo: nos desnudan, nos tocan, abren nuestras entrañas, nos administran sus brebajes misteriosos y, después de que hemos perdido esos 21 gramos*** que nos mantienen con vida, declaran oficialmente que estamos muertos.

En ese tránsito entre el nacimiento y el último suspiro, la enfermedad es una premonición del fin y la salud nos aproxima a la eternidad, es por ello que la salud es y ha sido la gran persecución de la humanidad, porque evita o retarda la fatalidad de la muerte, por extensión o metáfora, la salud transita desde lo individual hasta lo social y lo cósmico (1). Ahora bien, la salud como proceso vital del hombre no ha sido ajena a los cambios epistemológicos por los cuales ha atravesado la ciencia, lo que ha hecho que el concepto haya evolucionado o involucionado dependiendo de los paradigmas en los que en ocasiones nos ubicamos. De dicha evolución epistemológica me ocuparé en este trabajo y para ello analizaré los cambios del término “salud” desde “la concepción tradicional” hasta la “concepción posmoderna”.

Palabras clave

Salud, enfermedad.

* Esta revisión hace parte de una de las tantas búsquedas que realicé con el interés procurar descifrar las representaciones sociales que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales en relación con la salud. Esta investigación me permitió obtener el título de Doctora en Ciencias Sociales. Niñez y Juventud.

** Odontóloga. Doctora en Ciencias Sociales. Niñez y Juventud. Universidad Autónoma de Manizales. Manizales, Colombia. E-mail: mcvq@autonoma.edu.co

*** En la película *21 gramos* dicen que en el instante de morir se pierden 21 gramos.

THREE HISTORICAL PERSPECTIVES ON THE HEALTH-DISEASE PROCESS

Abstract

The power to act on life and death has been assigned to gods, because they are external entities to the material world that can act upon the beings of said world. But human beings have counted on their influencing ambassadors to the gods or, as Prometheus said, they have been able to steal their powers. *Mediums* or *medicums*, these priests to the body, are endowed with the gods' secrets and, due to this power, they have an unlimited access to our body: they undress us, touch us, open our entrails, provide us with mysterious concoctions and, after we have lost these 21 grams³ that keep us alive, they officially declare that we are dead.

And it is in the course of this passage from birth to the last sigh that disease constitutes a premonition of the end and health places us near eternity. As a result, health is the great pursuit of humankind, as it avoids or delays the fatality of death. And as an extension or metaphor, health moves from the individual to the social and cosmic dimensions (1).

Health, as a vital process to mankind, has not been excluded from the epistemological changes that science has undergone. Accordingly, the concept has egressed or regressed depending on the paradigms we sometimes defend.

Key words

Health, disease.

TRÊS CONCEPÇÕES HISTÓRICAS DO PROCESSO SAÚDE- ENFERMIDADE

Resumo

O poder sobre a vida e a morte tem estado vinculado aos deuses, porque são eles, entes externam ao mundo das coisas, quem podem obrar sobre as forças que as animam. Mas os seres humanos têm contado com seus embaixadores que têm influência com os deuses ou, à maneira de Prometeo tem podido roubar leis seus poderes. Os *mediums* o *medicums*, esses sacerdotes do corpo, possui em os secretos dos deuses e em virtude deste poder têm acesso quase sem limites a nosso corpo: desnudam-nos, tocam-nos, abrem nossas entranhas, administram-nos suas beberagens misteriosas e, depois de que tinha perdido isso 21 gramas que nos mantêm com vida, declara oficialmente que estamos mortos. Y em esse transito entre o nascimento e o ultimo suspiro, a enfermidade é uma premonição do fim e a saúde aproxima-nos à eternidade. Por isso, a saúde é a grão persecução da humanidade, por que evita ou retarda a fatalidade da morte. Y por extensão o metáfora, a saúde transita desde lo individual hasta lo social e lo cósmico (1). A saúde como processo vital do homem não tem sido alheio aos câmbios epistemológicos por os que têm atravessado a ciência, lo que tem fato que o conceito tinha evolucionado ou involucionado dependendo de os paradigmas nos que em ocasiones situamos-nos.

Palavras Chave

Saúde, enfermidade.

INTRODUCCIÓN

El concepto de salud ha cambiado significativamente a lo largo del tiempo. La conceptualización de la OMS en la primera mitad de siglo XX entendía la salud “como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”, lo que permite comprender la salud no solamente desde los equilibrios biológicos, sino como un sistema de valores, como noción que la gente usa para interpretar sus relaciones con el orden social (2). Estos conceptos han evolucionado y hoy se entiende la salud como un recurso para la vida y no el objetivo de la vida, en el cual, estar sano es “la capacidad (...) para mantener un estado de equilibrio apropiado a la edad y a las necesidades sociales” (3).

Conocer el estado de salud de los individuos es estudiar los diferentes determinantes relacionados con la biología de la persona, con el medio ambiente, con el sistema de salud que le atiende y con los estilos de vida que caracterizan su comunidad y, por consiguiente, con su cultura, de acuerdo con Dever (citado por Mariano, H; Ramos, M. y Fernández, A.) (3).

Las representaciones y prácticas de salud no son hechos aislados ni espontáneos, pues tienen un desarrollo y una ubicación en el tiempo y en el espacio, en estrecha relación con la realidad económica, política, social y cultural de una comunidad o de un grupo social. Por ello, la problemática de la salud no debe afrontarse en forma individual, sino dentro de la sociedad de la cual hace parte cada persona.

De acuerdo con Torres, T., 2004 (4), los estudios sobre la salud y la enfermedad pueden ser abordados de diversas formas. Una de éstas, puede ser a la luz de la visión Emic o etic, (la visión émica permite acceder a información que se encuentra más allá de las apariencias que se pueden observar en las pautas de interacción, las costumbres y las

creencias, lo cual permite entender el sentido que éstas pueden tener para la gente que las vive. Por contraste, el término ética designa la visión médica o desde afuera.

De otro lado, retomando a Kleinman, 1980 (citado por Torres, T. 2004)(4) teniendo como base: la patología (*disease*), el padecimiento (*illness*) y la enfermedad (*sickness*), se puede establecer e interpretar los conceptos de salud y de enfermedad, entendiendo la patología como el mal funcionamiento de procesos biológicos o psicológicos, la cual designa las anormalidades funcionales o estructurales de base orgánica; la enfermedad que se relaciona con las dimensiones sociales de la persona, en donde se insertan los procesos de la patología y a sus paradigmas ideológicas, sociopolíticas y económicas y; el padecimiento que incluye procesos de atención, percepción, respuesta afectiva, cognición y valoración directa ante la enfermedad y sus manifestaciones según Kleinman (5,6,).

La salud puede ser pensada como un hecho social que atraviesa la organización cultural, puesto que alrededor de ella se elaboran las culturas médicas locales y se construyen los diferentes sistemas de cuidado encargados de vigilar la salud de las personas y los grupos (Suárez, R. 2001:1, citado en Vergara, Q. MC. 2006) (1).

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO SALUD-ENFERMEDAD

1. Concepción tradicional

Desde los albores de la humanidad, el ser humano ha hecho esfuerzos de diversa naturaleza por mantener su salud, y desde la antigüedad se ha considerado que existen personas con capacidades para restablecerla, para quienes la mayoría de las explicaciones acerca de la salud y la enfermedad, se fundamentaban en la existencia de dioses que curaban y en las virtudes mágicas de encantamientos

y hechizos. En las culturas primitivas, el brujo era curandero por dos virtudes: por su conocimiento de plantas y preparación de brebajes y por su cercanía con los dioses. Las plantas de donde se extraían las infusiones y los bebedizos eran albergue de los espíritus de los dioses, que debían ser invocados mediante ceremonias y rituales.

Galeno, nacido en el año 131 A.C., se preguntaba por la causa de las alteraciones de la salud y cuestionaba la presencia de los dioses en la enfermedad. De esta forma, con el naturalismo hipocrático y con el racionalismo de la minoría ilustrada a la que pertenecía, se rechazó enérgicamente la doctrina de quienes querían introducir en la estructura de la enfermedad un elemento sobrenatural. Sin embargo, en la Edad Media se recurre nuevamente al influjo religioso en la presencia de la salud y de la enfermedad (7).

En la edad moderna, con el auge de la ciencia, se desarrolló de forma significativa la ciencia anatómica y se produjeron grandes avances en el descubrimiento de principios anatomofisiológicos, y químicos, entre otros, vinculados a las alteraciones de la salud. En este mismo período parece abandonarse la creencia de que en dichas alteraciones hay una relación causal con el castigo de los dioses, los malos espíritus y los demonios. En suma, se puede decir que, en la edad moderna hay un privilegiado interés natural por el cuerpo humano.

El invento del microscopio, a finales del siglo XVII, permitió profundizar en los aspectos biológicos de la enfermedad. Por otro lado, con el advenimiento de la Revolución Industrial y los avances técnico-científicos de la época, se identificaron causas en el medio ambiente y se empezó a tener en cuenta, no sólo los aspectos biológicos y físicos, sino los económicos, sociales y políticos relacionados con la salud (8).

Con el surgimiento de la teoría microbiana en 1876, se reforzó la idea según la cual, la enfermedad

estaba determinada por aspectos medioambientales y, en este caso, por la acción de un agente externo de tipo biológico. Cuando el hombre descubrió la causa microbiana de la enfermedad, con éste creyó haber encontrado el origen de todos los procesos patológicos. Así adquirió un nuevo concepto con base en el cual, le atribuyó una causa a la enfermedad. Esto le permitió hablar de la “unicausalidad”.

Durante el siglo XIX, las ideas de la Revolución Francesa, el surgimiento del socialismo y los aportes de Virchow y Pasteur, hicieron que la perspectiva biologicista comenzara a tomar en cuenta la dimensión social y política de los fenómenos de enfermedad.

Entre la segunda mitad del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, el desarrollo de los conceptos sobre agentes infecciosos e inmunidad, condujo a una transformación del enfoque de los estudios médicos, lo que llevó a hacer especial énfasis en las fuentes ambientales de microorganismos y las formas de transmisión de las infecciones.

Desde esta perspectiva, el modelo causal simple se transforma en un modelo en el que la tríada huésped (Guest), hospedero (Host) y ambiente, participan en procesos de interacción recíproca. Este modelo es considerado como el modelo epidemiológico clásico, que aún hoy continúa privilegiado por la racionalidad científica moderna (9).

Los avances propiciados por las ciencias naturales, influyeron de manera significativa en la concepción sobre la salud y la enfermedad, de tal manera que para el diagnóstico, el tratamiento y el control de la enfermedad, primaron los criterios de objetividad y validez planteados por los positivistas y el interés se centró en las relaciones de deducibilidad entre los enunciados, a partir de los cuales se describen observaciones, se refutan o confirman leyes, hipótesis o teorías. Esta perspectiva está sustentada en las posibilidades de explicación, predicción y control, propias de las ciencias naturales.

Desde el punto de vista del epidemiólogo, el concepto de “hospedero” es un elemento importante del concepto de “inmunidad”. El concepto de “hospedero” hizo suyo el énfasis que Hipócrates hacía en la constitución y susceptibilidad, expresado en la teoría de los humores, y obligó a los científicos y a los médicos a prestar especial atención al hospedero, del mismo modo como se la prestaban al huésped. El hospedero había sido siempre el objeto primordial del estudio médico. No obstante, el interés se había centrado en las manifestaciones del trastorno antes que en la propia capacidad del hospedero de controlar las manifestaciones del mismo (7).

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, se empieza a observar un desplazamiento de la concepción biológica de la salud, hacia una idea de salud como un factor de desarrollo. El proceso biológico se empezó a mirar como un hecho ligado a las condiciones que rodean la vida humana, y la epidemiología se vio abocada a cambiar de la unicausalidad hacia la multicausalidad.

En 1946, surge la definición de salud enunciada por la Organización Mundial de la Salud –OMS–: “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Antes de esta definición, se consideraba sano al individuo que no presentaba molestias o síntomas, es decir, a quien estaba libre de una enfermedad visible. Muchos criticaron a la OMS la idea de completo estado de bienestar, ya que ésta idea parece irreal: salud y enfermedad no serían categorías ni estados nítidamente diferenciados, sino parte de un continuo, de un equilibrio permanente de diversos factores naturales y sociales en continua interacción.

De acuerdo con Molina, G (citado por Bersh, D. 1987) (10), el concepto de “salud” tampoco es estático ni ahistórico: cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad. Se reconoce hoy desde diferentes posturas que, en cualquier sociedad la definición del término “salud” no

es estrictamente biológica, sino primariamente social.

En los años cincuenta y sesenta del siglo pasado, se hizo hincapié en las estrategias de desarrollo económico, antes que en la inversión social en esferas, tales como la salud y la educación. Sin embargo, los países, las organizaciones donantes y las universidades, emprendieron actividades relacionadas con la salud y la educación, especialmente en América Latina. A pesar de los esfuerzos realizados, los análisis periódicos de las condiciones mundiales, efectuados por gobiernos nacionales, organismos internacionales y otros observadores, revelaron que existen aún grandes grupos de población compuestos por personas pobres, enfermas o analfabetas, parcial o completamente marginadas de sus economías nacionales, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo; aunque las condiciones son especialmente desoladoras en estos últimos.

En 1973, cuando Laframboise (11) propuso un marco conceptual para el campo de la salud, se diseñó un plan para las décadas de los ochenta y los noventa. Este enfoque, conocido más tarde como *concepto de campo de salud*, e incluido en un trabajo del gobierno canadiense que fue la base sobre la que se proyectó la política sanitaria del país, implica que la salud está determinada por una variedad de factores que se pueden agrupar en cuatro grandes grupos: estilo de vida, medio ambiente, organización de la atención de la salud, y biología humana.

Blum, (citado por Bersh (1987)) (10), muestra cómo los anteriores factores se relacionan y se modifican mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales. Por su parte, Lalonde y Dever (citados por Quevedo, E. (1992)) (9), sostienen que los cuatro factores son igualmente importantes, de modo que para lograr un estado de salud es necesario que estos factores estén en equilibrio.

El propósito fundamental de este enfoque es la preservación de la salud. Al respecto se necesita que el enfoque mecanicista o reduccionista sobre la salud y la enfermedad, sea complementado desde una perspectiva más amplia con un enfoque psicobiológico y social del ser humano. Es decir, que tenga en cuenta que la humanidad, con su cuota inicial de genes, atraviesa una vida de complejas transacciones internas y externas que hasta ahora sólo conocemos vagamente. Es clara la necesidad de un encuadre teórico que considere como agentes nocivos no solamente los físicos, químicos o biológicos, sino que también incluya el ruido, la fatiga de avión, el estrés ocupacional, la violencia doméstica, la falta de amor paterno o materno, los conflictos sexuales, como factores perniciosos para la salud, tal como lo plantea Gordis, L. (1980)(12).

Agrega Bersh (1987), -apoyándose en las ideas de Blum- (...), que el fenómeno de la salud debe entenderse como “el proceso de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud.” Los efectos que tales variaciones producen en el fenómeno vital, se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tiene en el cumplimiento de su fin: mantener la salud.

El debate no culmina con los planteamientos de Blum y Bersh. Antes de este debate, había surgido un enfoque holístico con respecto a los factores determinantes de la salud, los cuales procuran integrar las áreas de la salud con la economía de la salud, los procesos políticos y los factores socioculturales. En 1992, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, vincula la salud y el desarrollo y las concibe desde la perspectiva del desarrollo humano, reconociendo la importancia de las variables socioeconómicas en la salud de las poblaciones.

En este momento histórico, parece darse un tránsito hacia una perspectiva epistemológica social, ya que se deja de pensar al hombre como ser individual y exclusivamente biológico, y se describe con base en un paradigma social, donde las relaciones entre los individuos se convierten en el objeto de estudio.

2. Concepción moderna

En los años noventa, se inicia el estudio de la salud desde las representaciones sociales que tienen los individuos y la sociedad en general. Herzlich, citada por Viveros, M. 1993 (13), señala cómo los individuos se expresan a propósito de la salud y la enfermedad en un lenguaje elaborado a partir de la relación que establecen con la sociedad. Es así como en la actualidad se abre paso a un análisis de la salud y la enfermedad, no como entidades cuya definición es evidente, sino como el resultado de procesos sociales, elaboraciones intelectuales y continuos intercambios de la colectividad.

Se puede mostrar que la representación no es solamente un esfuerzo por formular un saber más o menos coherente, sino también una interpretación y una búsqueda de sentido. Igualmente, la tradición antropológica muestra la existencia, en toda sociedad, de un discurso sobre la enfermedad indisociable del conjunto de construcciones mentales, expresión y vía de acceso privilegiada al conjunto de concepciones, valores y relaciones de sentido de esta sociedad (Viveros, M. 1993) (13).

Ahora bien, pese a los continuos cambios en la concepción de la salud y la enfermedad, en la práctica, parece seguir predominando, con cierto grado de generalidad, el modelo biomédico. Este modelo, sin embargo, ha entrado en crisis, a partir de la crítica de su deshumanización y su racionalidad exclusivamente técnico-instrumental. En todo caso, sigue predominando un concepto perteneciente a la racionalidad científica que concede mayor relevancia a los factores biológicos y que se interesa más por la enfermedad y la

rehabilitación. Esta racionalidad asume que, tanto la salud como la enfermedad intervienen en la realidad objetiva del cuerpo, mientras se da la espalda a las mediaciones culturales y sociales que acompañan al sufrimiento humano (9).

Es de resaltar que ya para 1943 con Hovvase, R. (citado por Canguilhem, G. 1978) (14), asumía que estar enfermo significa ser perjudicial, o indeseable, o socialmente desvalorizado, etc. Inversamente, lo que es deseado en la salud es, desde el punto de vista fisiológico, evidente, y este hecho da al concepto de “enfermedad física” un sentido relativamente estable.

Sin embargo, la ciencia médica no consiste en especular sobre estos conceptos vulgares para obtener un concepto general de la enfermedad, sino que su propia tarea consiste en determinar, cuáles son los fenómenos vitales a propósito de los cuales los hombres se declaran enfermos, cuáles son sus orígenes, sus leyes de evolución y las acciones que los modifican. El concepto general de “valor” se ha especificado en una multitud de conceptos de existencia. Pero, a pesar de la aparente desesperación del juicio del valor en esos conceptos empíricos, el médico sigue hablando de enfermedades, porque la actividad médica por el interrogatorio clínico y por su terapéutica está relacionada con el enfermo y con sus juicios de valor.

Afirma Canguilhem, G.(1978)(14) que es evidente como los médicos siguen siendo las personas que menos investigan el sentido de las palabras “salud” y “enfermedad”, dado que sólo importan los fenómenos vitales y no las ideas del medio ambiente social, de allí que la enfermedad sea vista como un valor virtual cargado de todos los valores negativos posibles.

Lo anterior y la magnitud de los problemas actuales en salud, han conducido al intento de comprender el problema de la salud y la enfermedad desde otros referentes. Se podría pensar en una perspectiva

postepistemológica que de cabida a categorías centrales de la vida y sus relaciones con la sociedad, que posibiliten un horizonte más integral de la salud humana.

3. Concepción Posmoderna

En la postepistemología, desde los años setenta en adelante, se han recuperado los aspectos positivos de las versiones epistemológicas anteriores, el ideal de precisión y de claridad conceptuales, la historia, la pragmática, el lenguaje, se destaca la comprensión de la realidad y específicamente de las realidades humanas socialmente constituidas. No se niega que haya relaciones causales, ni tampoco se niega en principio que haya cambios de carácter histórico. Sin embargo, tanto las relaciones causales como los desarrollos diacrónicos, se entienden en función de relaciones de significación y de formaciones sincrónicas; se opone así al causalismo y al historicismo.

Foucault, a través de obras *El nacimiento de la clínica* (1978)(15), *Arqueología del saber* (1979)(16), *Las palabras y las cosas: una arqueología del saber humano* (1979)(17), e *Historia de la locura en la época clásica* (2000)(18), muestra que nuestras experiencias prácticas y discursos sobre el enfermo, el loco, el delincuente o la sexualidad son inventos recientes que han aparecido a partir de ciertas relaciones entre el saber y el poder que las han hecho posibles, de tal manera que si estas disposiciones que han permitido su emergencia desaparecieran, se llevarían consigo dichas realidades.

Es así como Foucault (1978) (15) en “*El nacimiento de la clínica*” hace una arqueología de la mirada en la medida en que cada formación-médico-histórica, modula una luz primordial y constituye un espacio de visibilidad de la enfermedad, poniendo de relieve los síntomas, unas veces como la clínica, otras como la anatomía patológica; y por otro lado, devuelve al ojo la profundidad y al mal un volumen “la enfermedad como la autopsia de lo

vivo”. Para Foucault, la enfermedad inicia en una organización, jerarquización dada por las familias, el género y las especies.

Actualmente, el post-estructuralismo mantiene una relación de continuidad y reconceptualización con las diferentes versiones del estructuralismo, dado que toma de éste el concepto de “estructuras sociales profundas”; rechaza las definiciones empiricistas de lo que construye la estructura social, y mantiene un especial interés por el lenguaje como estructura semiótica. El ser humano es considerado como resultado de prácticas discursivas, de igual modo la conducta es vista como el esfuerzo por decirlo de alguna manera. El post-estructuralismo asume que los gestos tienen sentido, y que todo lo que el ser humano organiza en torno suyo, en objetos, ritos, costumbres, discursos o literatura, constituye un sistema coherente de signos (Foucault, M. 1979)(17).

Desde la semiología se abre un horizonte que permite un acercamiento a las creencias y prácticas en salud, en diferentes contextos históricos-culturales que hacen posible la comprensión de sus contenidos ideológicos en relación con otras praxis sociales y visiones culturales.

En este momento, nos encontramos ante un cambio paulatino, donde los conceptos de “salud” y “enfermedad” pueden tomar un giro mediante la construcción de nuevas posiciones desde el lenguaje de las sociedades, pues se concibe el lenguaje como el centro del proceso de conocer, actuar y vivir.

No obstante, no se puede hablar en cualquier época de cualquier cosa, pues no es fácil decir algo nuevo: no basta con abrir los ojos, con prestar atención, o con adquirir conciencia. Lo que se busca no es manejar los discursos como conjuntos de elementos significantes que remiten a contenidos o a representaciones, sino como prácticas que forman sistemáticamente los objetos de los cuales hablan 18). Es indudable que los discursos están formados por signos, pero realmente lo que ocurre es el uso del signo que se ve superado con la carga de significaciones que cada uno le atribuye, y hace que se vuelva difícil ser analizado sólo desde la palabra, y en ese sentido, pone un reto a las ciencias sociales y médicas, pues es importante descifrar la carga de significaciones que las personas le añaden para poder comprender los conceptos de “salud” y “enfermedad”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vergara, Q. MC. Representaciones sociales que orientan la experiencia de vida de algunos grupos de jóvenes de la ciudad de Manizales.(Tesis Doctoral). Manizales: Universidad de Manizales.; 2006.
2. Suárez, R. Salud-enfermedad: una categoría a repensar desde la antropología. En R. Suárez (comp.), Reflexiones en salud: una aproximación desde la antropología. Bogotá: Universidad de los Andes, 2001, p. 11-21.
3. Mariano, H; Ramos, M. y Fernández. A. Salud y juventud. Edita. Consejo de la juventud de España. 2001 ISBN. B4-921107-9-1, p. 5,8
4. Torres, T.M. Sangre y azúcar: Representaciones sociales sobre la diabetes de los enfermos crónicos en un barrio de Guadalajara. México. Guadalajara, Editorial Universidad de Guadalajara. 2004 ISBN 9687846631, p. 16
5. Kleinman, A, Kleinman, J. The appeal of experience; the dismay of images: cultural appropriations of suffering in our times. En: A. Kleinman; V. Das, & M. Lock (Eds.), Social Suffering. Berkeley, CA.: University of California Press, 1997.
6. Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley, CA: University of California Press; 1980.
7. Quevedo, E. Historia social de la ciencia en Colombia (vol. 7, Medicina). Bogotá: Colciencias; 1993.
8. Vélez, A. A. Conceptos básicos del proceso salud enfermedad. Vicerrectoria Académica. Facultad de Enfermería. Universidad de Caldas. Manizales: Fondo Editorial monografías Universitarias; 1990.
9. Quevedo, E. La cultura desde la medicina social. En: Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. Santa fe de Bogotá: ICAN-Colcultura; 1992, 65,72.
10. Bersh, D. El fenómeno de la salud. Bogotá: OPS-OMS-ICFES-ASCOFAME; 1987, p. 28
11. Laframboise, H. L. Health policy: Breaking the problem down in more manageable segments. Canadian Medical Association Journal, 108, 1973, p. 388-391. Reimpreso en: G. E. A. Dever, Epidemiología y administración de servicios de salud. OMS/OPS. Gaithersburg, MD: Aspen Publishers; 1991.
12. Gordis, L. Challenges to epidemiology in the coming decade. American Journal of Epidemiology. 112 (2); 1980, p. 319.
13. Viveros, M. "La noción de representación social y su utilización en los estudios sobre salud y enfermedad". Revista Colombiana de Antropología, 30:237-260;1993.
14. Canguilhem, G. Lo normal y lo patológico. México: Siglo Veintiuno Editores; 1978.
15. Foucault, M. El nacimiento de la clínica. México: Siglo Veintiuno Editores; 1978.
16. Foucault, M. Arqueología del saber. México: Siglo Veintiuno Editores; 1979, p.81
17. Foucault, M. Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas. (11.edición). Madrid/ México: Siglo Veintiuno Editores; 1979.
18. Foucault, M. Historia de la locura en la época clásica. (2 vols.). Santa fe de Bogotá: Fondo de Cultura Económica; 2000.

BIBLIOGRAFÍA

- Bernard, H. Research methods in cultural anthropology. Newbury Park, CA: Sage Publications; 1988.
- Cardona, D; Nieto, E y otros. "Concepto de salud de diferentes cabezas médicas en la ciudad de Manizales: de una racionalidad instrumental a una racionalidad compleja". Acta Estomatológica Autónoma. Universidad Autónoma de Manizales; 2001, p. 7-22.
- Comelles, J.M. y Martínez, A. Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid: Eudema; 1993.
- Einsberg, L. Disease and illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness". Culture Medicine and Psychiatry; 1977, p. 9-23.
- Ford, A.B. Epidemiological Priorities as a Basis for Health Policy". Bulletin of the New York Academy of Medicine 54 (1);1978, p. 10-22.
- Franco, S. Violencia y salud. Elementos preliminares para pensarlas y actuar. Revista Universidad de Antioquia (Medellín, Colombia), Volumen LIX, n. 220; 1990, p. 18-27.
- Franco, S. Violencia, derechos humanos y salud. En A. Cardona et al., Sociedad y salud. Bogotá: Zeus Asesores; 1992, p. 155-168.
- Good, B. The heart of what's the matter. The semantics of illness in Iran. Culture, Medicine and Psychiatry; 1977, p. 25-58.
- Helman, C.G. Culture, health and illness. London: Wrigth; 1990.
- Herzlich, C. Médecine moderne et quete de sens: la maladie comme signifiant social. En: M. Augé et C. Herzlich (Eds.), Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie, de la maladie, Paris: Archives Contemporaines, 1984.
- Herzlich, C. y Pierret, J. De ayer a hoy: construcción social del enfermo. Cuadernos Médico Sociales; 1988, p. 21-30.
- Hicks, R. y Hicks, K. Boomers, Xers and Other Strangers: understanding the generational differences that divide us. Wheaton: Tyndale House Publishers; 1999.
- Ibañez, J. Psicología Social Construcccionista. Guadalajara, México: Universidad de Guadalajara; 1994.
- Jodelet, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici, vol 2. Barcelona: Paidós;1986, p. 469-494.
- Molina, G. Introducción a la Salud Pública. Medellín: Ediciones Universidad de Antioquia; 1997.
- Morris, D. About suffering: Voice, genre, and moral community. En: A. Kleinman; V. Das & M. Lock (Eds.), Social Suffering. Berkeley, CA: University of California Press; 1997.
- Restrepo, L. C. y Espinel, M. Semiología de las prácticas de salud. Santafé de Bogotá: Centro Editorial Javeriano; 1996.