

Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud

Relationship Between Social and Health Sciences

José Vitalino Echeverri Hernández¹

Resumen

Las ciencias sociales y las de la salud desde sus orígenes han tenido una fuerte relación que ha permitido configurar líneas de trabajo hasta la actualidad. La comprensión e intervención de los fenómenos de la salud se han abordado desde dos perspectivas básicas, una dualista (salud/enfermedad) y otra integradora. Si bien la realidad histórica de las ciencias de la salud en su desarrollo científico se desvinculó de las ciencias sociales y su referente más cercano, las ciencias naturales; en el siglo XX éstas se reunieron nuevamente en una interacción que establece una comprensión más adecuada de la salud.

Palabras Claves: Salud Pública, Ciencias Sociales, Investigación.

Abstract

Social and Health Sciences have always been doing related work. Usually the analysis and intervention on human health phenomena have been addressed from the dualistic (health/disease) or inclusive perspectives. Historically health sciences and its scientific development were separated from the social sciences, but in the twentieth century this two disciplines joined forces again working to complement each other.

Key Words: Public Health, Social Sciences, Research.

1 Sociólogo. Mg. en Lingüística. Docente de Psicología y Salud Pública Universidad de Antioquia. Miembro del Grupo de Investigación de Salud Mental de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Correo electrónico: jve12@yahoo.com.mx

1. Ciencias de la salud y ciencias sociales

Como ha señalado Foucault (1979), las ciencias sociales y las de la salud se encuentran emparentadas desde su mismo nacimiento, pues las condiciones históricas que en el siglo XVIII dieron origen al pensamiento clínico fueron las mismas que facilitaron el surgimiento de las ciencias del hombre. Esto es notable cuando señala que en el estudio de la vida de los grupos, de las sociedades, de la raza, o incluso del sentir psicológico “(...) no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino de la bipolaridad médica de lo normal y de lo patológico” (Foucault, 1979, p. 62). También se refiere, al acto de convergencia de opiniones donde los médicos y economistas consideraron “que el único lugar posible de remedio de la enfermedad, es el medio natural de la vida social, la familia” (Foucault, p. 65). Además, argumentaron esta posición basados en la reducción de costos para la nación y lo más importante era que desaparecían los riesgos de “(...) verla complicarse en el artificio, multiplicarse por sí misma y tomar, como en el hospital, la forma aberrante de una enfermedad de la enfermedad” (Foucault, p. 65). Esta postura en su origen, entre conocimiento de los grupos sociales y sus condiciones de vida y sentimientos se desviaron en su desarrollo futuro, donde el estudio de la medicina presenta una visión centrada en los fundamentos de la biología y la química principalmente.

En esta medida, la salud pública no ha estado al margen de esta tendencia, pues la posibilidad de hacer confluir el nivel de análisis entre el conocimiento de las poblaciones y los distintos modos de enfermar de los grupos sociales y las personas ha generado un proceso histórico, no exento de conflictos, que permite, en alguna medida, la integración entre ambas. Esto es observable en los trabajos de Romero Beltrán (1996) donde cita al médico William Petty (1623 - 1687) que sostiene que la estructura demográfica, los factores sociales, económicos y culturales están en estrecha correspondencia histórica con la situación de salud. Esto significa, que en la sociedad inglesa se percibía de manera clara y conflictiva la relación entre problemas sociales y los de la salud; basta revisar las novelas de Charles Dickens y la manera como se muestra la explotación laboral de mujeres y niños en la temprana era industrial inglesa.

Pero si en la fundación de las ciencias de la salud el saber de lo social participaba, los años posteriores, permitieron establecer dos perspectivas: la primera, corresponde a la salud clásica y facultativa, que se comprende como el desarrollo de

“... la estructura demográfica, los factores sociales, económicos y culturales están en estrecha correspondencia histórica con la situación de salud...”

la medicina moderna, centrada en los campos de la fisiología, bioquímica, microbiología, entre otros, sosteniendo que las bases de estos conocimientos positivos daban respuestas más oportunas al dualismo de salud / enfermedad; la segunda, corresponde a la salud colectiva concebida desde las bases sociales y desde los diferenciales y determinantes ante la vida, la enfermedad y la muerte.

La primera vía, que es el de la medicina clásica, se ubica de manera hegemónica como un campo verdaderamente científico de la salud; pero se vio cuestionado a finales del siglo XIX, y se intensificó con fuerza solamente en el siglo XX con la consolidación de la medicina contemporánea, donde se puede observar de nuevo la relación salud y ciencias sociales, aspectos que son ampliamente expuestos por autores como Hayward (1993), Lolas Stepke (1992), Gyarmati (1992), Vicens (1995), que han propuesto la idea de que la noción de salud señala un equilibrio relativo entre la estructura social y la función corporal, que es consecuencia de la tensión dinámica del organismo ante las fuerzas que tienden a destruirlo. Desde esta postura, se considera que la salud, como objeto y razón de la práctica de la medicina, requiere de la comprensión de su significado biológico y su trascendencia funcional. Estos aspectos son expuestos por Moreno Altamirano (2007), cuando sostiene que en la Europa de la modernidad incipiente del siglo XIX, médicos como Johann Peter Frank y Rudolph Virchow centraron su atención en la situación sociopolítica y en las condiciones de trabajo y de vida como factores etiológicos de la enfermedad. Privilegiaban lo social como el factor más importante, dado que éste explica a su vez la aparición de otros agentes participantes como desnutrición, insalubridad, contaminación, entre otros.

Además, Hayward citando al Doctor Ryle, sostiene que la medicina social significa ir hasta las fuentes de las causas esenciales de las enfermedades como desnutrición, debilidad, trastornos mentales y otras alteraciones funcionales, en las cuales no hay señales claras de enfermedad orgánica. Al mismo tiempo cita a Mr. Beveridge en su obra *Las bases de la seguridad social* (1943), en la cual se dice que la lucha contra la pobreza, mejor educación, seguridad de empleo y estabilidad económica indican una mentalidad sanitaria que busca la abolición de la enfermedad (Hayward, 1993).

Otro elemento aportado por Ryle, y citado por Hayward, se refiere al hecho de que las ciencias y la técnica han llegado a dominar a la medicina, excluyendo a la ciencia más importante de todas -la ciencia del conocimiento del hombre- y a la técnica más importante de todas -la técnica de la comprensión-. En esta medida, Hayward (1993) postula que los médicos son los profesionales que mejor conocen los diversos desórdenes funcionales y las enfermedades orgánicas que tienen su origen en las deficiencias sociales, y cuyas causas no les ha sido posible corregir, porque su formación en las facultades ha estado dirigida al tratamiento de las enfermedades cuando éstas ya han sido declaradas, más bien que evitar que sigan brotando de las fuentes situadas fuera del alcance de los servicios de salubridad pública.

En estas condiciones, diversas publicaciones han dado cuenta de las ventajas que supone incorporar los aportes de las ciencias sociales al estudio de los fenómenos de la salud y la enfermedad, así como de las dificultades que este proceso de integración ha presentado. Esto se aprecia en Lolas Stepke, que sostiene que en Latinoamérica se presenta un amplio laboratorio de ciencias sociales en la cual es posible

examinar la hipótesis de que la salud es más que biomedicina institucionalizada, de acuerdo a los cánones de los países desarrollados. Y, dentro de estos aspectos subregionales, es posible sostener “La creatividad que exige este examen debería pasar a través de tradicionales límites disciplinarios, buscar formas inéditas de organización y gestión y, tal vez, redefinir lo que llamamos salud, medicina y calidad de vida” (Stepke, 1992, p. 28).

Otro autor que se focaliza en este asunto es Jesús Vicens, argumentando que el cuerpo, además de contener la mente, debe vérselas constantemente con el entorno social. Por tanto, la relación con él, los contactos personales y los papeles sociales obligan al cuerpo a moverse y estar de una manera determinada, y estos aspectos condicionan los sentidos con los cuales se percibe la realidad diaria. Además, las relaciones con el entorno pueden significar un intercambio de energía, y por tanto, de salud, o bien un desperdicio de la misma. Esto mismo sucede si se extiende la comprensión del cuerpo al espacio y al territorio, o bien, al tiempo (Vicens, 1995).

En la perspectiva de Giovanni Berlinger (1994), la reflexión sobre la compleja trama de relaciones que se establecen entre condiciones de vida y situaciones de salud, se fundamenta en la gran cantidad de ejemplos surgidos de las condiciones del trabajo, consecuencias de los trastornos ecológicos, características genéticas, condiciones socioeconómicas que determinan los problemas de salud y enfermedad de millones de niños, hombres, mujeres y ancianos.

Según lo anterior, la discusión no puede limitarse a repetir argumentos que hace varias décadas sirvieron para justificar la vinculación entre estas disciplinas. La discusión debe llevarse más

“... el cuerpo, además de contener la mente, debe vérselas constantemente con el entorno social. Por tanto, la relación con él, los contactos personales y los papeles sociales obligan al cuerpo a moverse y estar de una manera determinada, y estos aspectos condicionan los sentidos con los cuales se percibe la realidad diaria...”

allá de este punto, ya superado, y centrarse en los criterios prioritarios que deben guiar la enseñanza de las diversas disciplinas sociales en el campo de la salud. Este trabajo apunta en esa dirección, en relación a las disciplinas sociales: la sociología, la psicología social e individual, la antropología y las áreas administrativas, que de alguna manera, se han encargado de comprender el campo del comportamiento humano en lo individual, colectivo y organizacional.

2. Criterios orientadores de las ciencias sociales en la salud

El propósito de este escrito es señalar algunos criterios que deben orientar los conocimientos de las ciencias sociales, que el profesional de la salud debe incorporar para enfrentar los retos de las sociedades actuales. Uno de estos se presenta en el hecho de pensar sólo en el ámbito de la sociología de la salud que no supone, por supuesto, una subestimación del aporte que otras disciplinas sociales como la

antropología, la administración, la psicología social y otras. Todo lo contrario, estas diversas disciplinas han realizado aportes importantes al campo de la salud. Lo que implica una invitación a realizar un ejercicio respecto a cada una de esas disciplinas, con el fin último de permitir la calidad en la formación del profesional de las ciencias sociales en salud.

Para identificar los contenidos prioritarios de las ciencias sociales que deben incorporarse en el ejercicio profesional de la salud, es necesario especificar con claridad los alcances y límites de este saber científico, pues en él se incluye la medicina, enfermería, odontología, nutrición y dietética, salud pública, entre otros. Actualmente, los campos diferentes a la salud pública son centrados en el dualismo salud / enfermedad, que establece sus intervenciones en el hecho de reportar la patología y la búsqueda de restablecimiento de la salud en el individuo. En algunos casos trabaja con la prevención de la enfermedad estableciendo factores de riesgo y generando factores protectores en poblaciones, y en raras ocasiones presenta programas de promoción de la salud que permitan mirar más allá del dualismo salud / enfermedad. Aquí se puede observar que no existe un desconocimiento de que las causas de la enfermedad están en relación del sujeto y los entornos sociales donde él las vivencia, pero sí de una forma de abordar estos fenómenos de manera sesgada que impide de manera eficiente y eficaz su intervención. Por tanto, se hace prioritario que en la formación de los diferentes profesionales de la salud, se incluyan aspectos relacionados con las ciencias sociales, permitiendo que la comprensión de su campo de acción pueda trascender el dualismo salud/ enfermedad.

Pero, además en el área de la salud pública, es necesario tener claros los objetivos centrales de este campo de acción profesional. Primero, en el nivel más general, y siguiendo las recomendaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1974), el primer objetivo debe ser formar especialistas en salud pública críticos. Como lo sostiene Castro, no se trata de formar a un especialista en ciencias sociales con enfoque médico, sino a un especialista en salud pública pero con capacidad crítica para aprovechar al máximo los aportes de la sociología y de otras disciplinas sociales (Castro, 1992). En segundo lugar, es necesario contar con un marco conceptual de referencia que especifique lo que se entiende por salud pública, así como las áreas que la componen. Ello permite, por una parte, identificar los campos donde cabe esperar aportes concretos de las ciencias sociales con un enfoque en salud; y por otra, evaluar la enseñanza en función de esas expectativas. En este sentido, Frenk y colaboradores, citado por Castro, (1992) han desarrollado un modelo que propone que el objeto de análisis de la salud pública debe incluir tanto las condiciones de la salud y la enfermedad (frecuencia, distribución), como las respuestas sociales que se ofrecen a las mismas (desarrollo y distribución de los recursos para la salud, calidad, efectividad).

Siguiendo este modelo, es posible identificar un segundo objetivo en los aportes de las ciencias sociales en la salud. Este consiste en difundir los principales conocimientos desarrollados hasta ahora a través de la investigación respecto a la determinación social de las necesidades de salud, así como de la provisión y utilización de servicios de salud. En este sentido, existe ya un cuerpo de conocimientos sólidamente fundamentados que demuestran que la determinación social de la enfermedad puede ser estudiada a diferentes niveles de análisis. Así por ejemplo, en el nivel más general, se han documentado que las formas predominantes de enfermar están determinadas por el tipo de organización económico social de una sociedad: los individuos no se enferman ni mueren de la misma manera en sociedades con un capitalismo avanzado que en sociedades dependientes (Laurell, 1982). De la misma manera lo referenciaron Bronfman y Tuirán en 1884, citados por Castro (1992), quienes sostienen que hoy se presenta suficiente documentación que permite afirmar que la pertenencia de clase de los individuos se refleja directamente en desiguales oportunidades de salud: la esperanza de vida y las tasas de mortalidad infantil no son las mismas para todos los integrantes de una sociedad, al mismo tiempo que las formas de afrontar la realidad psíquica está determinada por los factores psicológicos, sociales y económicos de la realidad.

En estrecha asociación con el nivel de análisis anterior, diversas investigaciones como la de García-Pintos (2003), ha hecho un aporte de interés práctico y riguroso, que sirve como soporte instrumental para optimizar la gestión de la Prevención de Riesgos Laborales de las Pymes en toda empresa con suficiente capacidad de gestión moderna. J. Francisco Periago Jiménez (2002) trabajó con el control biológico de la

“... se ha documentado que las formas predominantes de enfermar están determinadas por el tipo de organización económico social de una sociedad: los individuos no se enferman ni mueren de la misma manera en sociedades con un capitalismo avanzado que en sociedades dependientes...”

exposición a contaminantes químicos en higiene industrial. Estos y muchos más trabajos de investigación han mostrado la vinculación que existe entre trabajo y salud: el tipo de inserción que tienen los individuos en el mercado de trabajo se relaciona directamente con formas específicas de enfermar y morir.

A un nivel micro, la vinculación que existe entre el llamado estilo de vida de los individuos y su salud ha sido ampliamente documentada e investigada, entre ellos se encuentra el programa Yomi para la primera infancia (2009); una propuesta que nace desde el interior de la Corporación Surgir de la ciudad de Medellín, con el objetivo de fortalecer las diez habilidades para la vida propuestas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los niños y niñas entre los 0-6 años. Dicha propuesta busca aportar al desarrollo integral de la población infantil, desde la promoción de estilos de vida saludables, bajo la modalidad de formar mediadores educativos y la dotación de material educativo para las instituciones como cartillas y libros. Otra propuesta se encuentra en el municipio de Medellín, donde la Secretaría de Salud y Metrosalud, para el 2006, desarrollaron el programa de “escuelas saludables” para noventa instituciones educati-

vas de la ciudad, como modelo pedagógico para la educación en salud, que busca capacitar a los alumnos y a los agentes educativos en el concepto y práctica de salud integral, la cual debe contemplar no sólo el aspecto físico sino también el social, familiar y escolar en pro de adquirir estilos de vida saludables, y por ende, modificar aquellos hábitos que desfavorecen la salud desde las dimensiones que esta contempla (Secretaría de Salud de Medellín, 2008).

Los aspectos señalados sobre el trabajo y los estilos de vida, son un ejemplo del nivel desarrollado dentro del campo de la salud, donde la discusión original sobre la pertinencia de utilizar los aportes de las ciencias sociales en el estudio de las necesidades de salud ha sido trascendida con amplitud: hoy la discusión se refiere a las formas específicas en que los factores psicológicos y sociales influyen en la determinación de los fenómenos de salud (Castro, 1992).

Este aspecto se presentó a mediados del siglo XX, donde tuvo auge el enfoque histórico social, según el cual, la génesis de los perfiles diferenciales de la salud y la enfermedad se explican de acuerdo con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales. Indiscutiblemente, en casi todos esos conceptos se ha reconocido que la enfermedad es un fenómeno complejo que va más allá de su dimensión biológica; es decir, que deriva de un conjunto articulado de procesos culturales, prácticas individuales en los hábitos y los quehaceres políticos, cuyo sentido conlleva una carga de connotaciones sociales (Moreno Altamirano, 2007).

“... La salud y la enfermedad no sólo son condiciones o estados del individuo humano, considerados de acuerdo con los niveles orgánicos y de la personalidad, sino que también suponen situaciones institucionalmente reconocidas en la cultura y en la estructura de las sociedades”.

En esta perspectiva, se puede sostener que la salud y la enfermedad han sido miradas desde diferentes modelos interpretativos, provenientes de otras disciplinas, que han encontrado en ellas un nudo problemático. Talcott Parsons hace referencia sobre el concepto de malestar como componente social del complejo enfermedad-padecimiento y conceptúa la salud como el estado óptimo de las capacidades de un individuo para la ejecución efectiva de los roles y

tareas en los que ha sido socializado, es decir, trata la relación de la personalidad y el organismo, por un lado, y del sistema social y cultural por el otro, pero los contempla en una interacción sistémica particular. La salud y la enfermedad no sólo son condiciones o estados del individuo humano, considerados de acuerdo con los niveles orgánicos y de la personalidad, sino que también suponen situaciones institucionalmente reconocidas en la cultura y en la estructura de las sociedades (Moreno Altamirano, 2007).

De lo anterior se desprende que las ciencias sociales aportan al profesional en salud un insumo importante, vinculado estrechamente con la investigación, según Frenk (1988), citado por Castro (1992). Esta vinculación debe entenderse en dos niveles: en primer lugar, es necesario que los profesionales en ciencias sociales se interesen en el campo de la salud y estén al mismo tiempo comprometidos en proyectos de investigación. Sólo así será posible generar un profesional de la salud con conocimiento adecuado de los factores psicológicos y sociales, lo que le permitirá ser crítico de los resultados de la investigación. En segundo lugar, el conocimiento de las ciencias sociales debe abarcar también contenidos metodológicos, pues permite al profesional organizar sus proyectos de investigación, de acuerdo a sus necesidades específicas. En este sentido, la enseñanza de un amplio espectro de métodos cuantitativos y cualitativos como la encuesta, las entrevistas a profundidad, los etnográficos y el análisis histórico, resultan de central importancia. Por tanto, los temas prioritarios de las ciencias sociales en salud serán: caracterizar las relaciones entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan la salud colectiva e individual, las estructuras sociales y sus diferentes formas de interaccionar, condiciones socio-políticas y socio-históricas que determinan la realidad social, entre otras más.

Por último, los conceptos generados en las ciencias sociales en ocasiones pueden ser problemáticos, con consecuencias directas en la formación de un profesional en salud. Por tanto, si se adopta una postura teórica del consenso, que concibe a la sociedad como un sistema en equilibrio, que determina la conducta de los individuos a través de normas y valores, se tenderá a comprender una ciencia social más bien acrítica, en la que la conducta de los médicos, del personal de salud y del público en general, se concibe como un problema de actitudes y de conformidad con las normas (Castro, 1992). Si por el contrario, se adopta una postura teórica que enfatiza el conflicto y la diversidad de intereses de los miembros de la sociedad, la dominación que unos grupos ejercen sobre otros, así como el carácter histórico de los fenómenos sociales, se tenderá a comprender las ciencias sociales como problemáticas o incoherentes con los fenómenos de salud. Así, la conducta del personal de salud, y la distribución de la salud y la enfermedad, se explicarán en función de las determinaciones de clase y del carácter socio-económico de la sociedad de que se trate, como lo mostró la Asociación Mexicana de Facultades y Escuelas de Medicina en 1975, aspecto que señala Castro (1992). Para formar especialistas en salud con capacidad crítica, se requiere incluir esta variedad de perspectivas teórico metodológicas, así como un análisis de sus alcances y limitaciones. En esta revisión debe mostrarse que existen diferentes niveles de análisis de la realidad: tanto aquellos que enfatizan la determinación estructural de los hechos sociales, como los que enfatizan el carácter interpretativo de la acción social.

Referencias

- Romero Beltrán, A. *Historia de la medicina colombiana: siglo XIX*. Medellín: Universidad de Antioquia, 1996. 227p
- Berlinger, G. (1994). *La enfermedad: sufrimiento, diferencia, peligro, señal, estímulo*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial. 138p
- Castro, R. (1992). *Criterios para la enseñanza de sociología médica en el ámbito de la salud pública*. *Salud pública de México*, .34, (6), pp. 670-677 Recuperado el 18 de marzo de 2009, en www.insp.mx/salud/
- Corporación Colombiana Para la Prevención del Alcohólico y la Farmacodependencia. SURGIR. (2008) YOMI VIDA para las Instituciones de Medellín. <http://www.corporacionsurgir.org/php/eventosver.php?evento=3&ciudad=1>
- Duarte, E. (1986). *Ciencias sociales y salud en la América Latina*. Montevideo, Uruguay: OPS-CIESU
- García-Pintos, J. (2003). Análisis de eficiencia de la gestión de la prevención de riesgos laborales. *Revista Prevención, Trabajo y Salud*, 24, pp. 27-38, marzo de 2003, en <http://vlex.com/vid/eficiencia-prevencion-riesgos-laborales-197664>
- Foucault, M. (1979). *El nacimiento de la clínica*. México: Editorial Siglo XXI.
- Gyarmati, G. (1992). *Salud y Enfermedad: Hacia un paradigma biopsicosocial*. *Conferencia de ciencias sociales y medicina (Santiago de Chile 1991)*. Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas (1. Ed.). Santiago de Chile: Editorial Universitaria S. pp. 173 - 183.
- Hayward J. A. (1993). *Historia de la Medicina*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Laurell, AC. (1982). La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 12, pp.2-11
- Lolas Stepke, F. (1992). *Las transformaciones de la medicina: Modelos Farmacéuticos y ciencias sociales*. *Conferencia de ciencias sociales y medicina (Santiago de Chile 1991)*. Ciencias Sociales y Medicina. Perspectivas Latinoamericanas (1. Ed.). Santiago de Chile: Editorial Universitaria S. pp. 120 - 135.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: *una mirada socio-antropológica*. *Salud Pública de México*, 49 (1) pp. 63-70 páginas Recuperado 15 de enero de 2009, en www.insp.mx/salud/
- Organización Panamericana para la Salud (OPS), (1974). Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina. *Revista de Educación Médica*. *Salud*, 8 (4), 354-359.
- Periago, J., (2002) *Control biológico de la exposición a contaminantes químicos en higiene industrial*. *Revista Prevención, Trabajo y Salud*. 18, marzo de 2002, en <http://vlex.com/vid/biologico-contaminantes-quimicos-higiene-177203>
- Romero, A. (1996). *Historia de la medicina en Colombia siglo XXI*. Medellín, Colombia: Colciencias y Universidad de Antioquia.
- Vicens, J. (1995). *El Valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. Madrid, España: Siglo XX.

