

## CIENCIAS SOCIALES Y CIENCIAS DE LA SALUD: ESCENARIOS DE ENCUENTRO

ELMER ARCE ESPINOZA

*Resumen.- Preocupación importante desde los inicios formales de las ciencias sociales frente al proceso salud-enfermedad ha sido, y es, conjuntamente con las ciencias de la salud responder, entre otros, a la etiología de las enfermedades desde una perspectiva económico-social, cultural y política. Igualmente, responder a cómo se organiza la sociedad para enfrentar el proceso salud-enfermedad. Por último, comprender por qué no ha sido posible mejorar la salud de la mayoría de las personas en países como el Perú. Considerando básicamente estos aspectos, el autor busca describir y explicar los escenarios de encuentro, desde una perspectiva histórica y estructural, entre las ciencias mencionadas con un objetivo: contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.*

**Palabras clave:** Formación profesional en salud, trabajo comunitario en salud, proceso salud enfermedad, modelo bio-médico, condicionantes y determinantes de la salud y la enfermedad.

*Abstract.- Major concern since the formal beginning of social sciences related to the health-disease process has been, and still is, together with the health sciences, among others, to respond to the etiology of diseases from a socio-economic, cultural and political perspective. Also, to respond on how society is organized to face health-disease process. Finally, to understand why it has not been possible to improve the health of the majority of people in countries such as Peru. Basically, considering these aspects, the author seeks to describe and explain to meeting scenarios from historical and structural perspectives between sciences already mentioned, with one objective: contribute to improving the quality of life of population.*

**Key words:** Professional training in health, community work in health, process health disease, bio-medical model, conditioning and determinants factors of health and illness.

### INTRODUCCIÓN

**E**L proceso salud-enfermedad constituye para las ciencias de la salud (Medicina, Estomatología, Enfermería, Psicología, Obstetricia) y las ciencias sociales (Sociología, Antropología, Psicología social, Geografía, Filosofía, Historia, Derecho, Economía, Educación y otros) un punto de encuentro – de cooperación o conflicto- en tanto que es el hombre el centro de estudio y tratamiento no solo como ser individual, sino también

social por cuanto se encuentra inserto dentro de una sociedad o grupo social donde interactúa con otro y también con el medio físico y cultural en el que vive.

Desde este punto de vista, resulta importante conocer los escenarios de convergencia entre ambas ciencias en cuanto a planteamientos teóricos, metodológicos y sus técnicas que permitan explicar y ayuden a superar el problema salud-enfermedad. Con tal motivo, es imprescindible conocer las condiciones en que se produce y afecta la salud como también las prácticas de salud (modernas y tradicionales) para superar la enfermedad y la muerte. Esto implica conocer los factores condicionantes y determinantes que hacen posible enfermar-morir o gozar de buena salud, así como el desarrollo de las prácticas de salud en particular y sociales en general para producir o seguir reproduciendo nuestras actividades diarias, nuestras relaciones sociales a nivel familiar, comunitario, nacional y global. Es una óptica que nos lleva a entender al hombre dentro de un proceso socio-cultural, económico y político que él ha construido a partir de su experiencia de vida del que el proceso salud-enfermedad constituye el componente esencial de su existencia.

Desde este punto de vista, para los tiempos actuales, no basta el acercamiento entre ambas ciencias, sino que es una exigencia desarrollar acciones integradas de cooperación más que de conflicto. Esto no significa que no exista una actitud crítica entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, sino que su relación tiene que enmarcarse dentro de un papel de aporte que contribuya a mejorar las condiciones de vida y la salud de las personas mediante una explicación más integral del fenómeno salud-enfermedad, como también contribuir conjuntamente en el desarrollo de investigaciones, educación-capacitación y políticas y programas de prevención y promoción de la salud como parte integrante del desarrollo del país o región. Esta relación se hace más exigente en circunstancias en que la sociedad se vuelve más compleja, con procesos sociales (migración-urbanización) y el desarrollo de una tecnología que cada vez apunta, en lugar de mejorar las condiciones de vida -como se preveía con los avances tecnológicos-, a deteriorar la salud especialmente de los más vulnerables por encontrarse marginados, excluidos, como consecuencia de una política individualista que cada vez se *impregna* en nuestra sociedad con mayor severidad.

Contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población es el objetivo de ambas ciencias por lo que se impone un aporte compartido. Desde esta perspectiva, no se puede aceptar que sigan trabajando independientemente, cada una autónomamente, viéndose separadamente ni mucho menos antagónicamente, sino que lo importante será avanzar dentro de un marco de relación interdisciplinaria reconociendo y aceptando sus diferencias. El trabajo conjunto permitirá, como ya se está haciendo, a las ciencias sociales contribuir a explicar, entre otros, las causas o etiología del proceso salud-enfermedad. Igualmente, por qué no ha sido o es posible

mejorar la salud de la mayoría de las personas. Asimismo, cómo se puede garantizar que la mayoría poblacional mejore su salud. Finalmente, y muy importante, y que se constituyó en determinadas épocas en el foco de interés de las ciencias sociales en el campo de la salud, es cómo se organiza la sociedad para entender y responder al proceso salud-enfermedad, cómo se dan las relaciones médico-paciente en los diferentes grupos sociales y no solo desde la perspectiva individual (régimen de consulta de comportamientos), sino también corporativa, asociacionista. Me refiero a los sistemas hospitalarios que han venido creciendo y tomando importancia, (hospitales, clínicas, casas de reposo, etc.) e igualmente al sistema familiar, pues en el proceso salud-enfermedad mucho tiene que ver el comportamiento de todos los sectores o actores que se involucran en este fenómeno.

## **1. LOS ESCENARIOS DE ENCUENTRO**

### **La formación profesional en salud**

El papel de las ciencias sociales en la formación de los profesionales de la salud, en el caso de nuestros países como el Perú, es muy reciente; hace apenas unas seis o siete décadas. Prácticamente, es en la década de los 60 que comienzan a incorporarse los cursos de ciencias sociales en la currícula formativa de los profesionales de la salud especialmente de los futuros médicos. Surge como una gran necesidad cuando los aspectos sociales, dejados de tomarse en cuenta por el avasallamiento derivado de los avances tecnológicos y científicos vinculados a la salud de fines del siglo XIX y primeras décadas del siglo XX, son retomados en tanto que la realidad social mostraba que la ciencia y la tecnología no bastaban para enfrentar el proceso salud-enfermedad de nuestros países, porque las condiciones de enfermar y morir tienen mucho que ver con factores económicos, sociales, ambientales y culturales.

La formación más biomédica y asistencial fue cuestionada y en América Latina surgieron planteamientos renovadores tendientes a reestructurar la enseñanza de los profesionales de la salud. Así, comienza a desarrollarse un interés por la incorporación de los cursos de ciencias sociales en su currícula formativa. En un primer momento, los cursos se orientaron a darle a la formación preventivista un carácter más social aunque siempre más vinculados a concepciones bio-médicas de la salud y la enfermedad, más hospitalaria y centrada en el paciente que comunitaria, extramural. Sin embargo, será en la década de los años 70 cuando comienza a plasmarse una mayor participación de los cursos de las ciencias sociales, pero ya no solo se correspondían -como anteriormente- a dictados teóricos, sino que los científicos sociales participan en los trabajos con programas en la comunidad, caso de los cursos Medicina Comunitaria y después de Atención Primaria de la Salud. Es la etapa en la que se enfatiza en el desarrollo de la Integración Docente Asistencial en la comunidad. Es interés de las universidades como Cayetano Heredia exponer a los estudiantes, desde sus inicios formativos,

con su realidad. Es así como se implanta en 1971 el Internado Rural en Medicina y el Externado urbano - marginal. En los 80 se implanta la Unidad de Salud Integral (USI) cuyo fin constituía la formación integral del futuro médico que buscaba articular el trabajo en salud entre la Academia y los servicios de Salud. Apuestan, igualmente, por una orientación de esta naturaleza como una cuestión institucional las facultades de Estomatología, de Enfermería y la Escuela de Psicología. Con tal fin en cada una de estas facultades se hacen profundos cambios en sus estructuras curriculares constituyendo los cursos de las ciencias sociales parte de la formación educativa.

Con todo, si bien hay una mayor participación de las profesionales de las ciencias sociales, a través de cursos y programas vinculadas a la formación de profesionales de la salud en el pregrado, su rol no deja de ser marginal, pues a pesar de la visión integral que se tiene para la nueva formación profesional, en la práctica no se logra con los cursos de ciencias sociales una integración formativa con una base interdisciplinaria y de participación comunitaria. Esto se explica por el mantenimiento esencial de una opción de formación curativa-reparativa, aislada de los aspectos preventivos-promocionales. Situación derivada del mantenimiento del divorcio entre los cursos clínicos, ciencias básicas y ciencias sociales producto de que los aspectos sociales y políticos sobre la salud siguen siendo considerados intrascendentes y de relevancia muy limitada en la formación de los profesionales de la salud. Esto sucede porque los cursos de ciencias sociales apuntan a sensibilizar a los futuros profesionales de la salud más que a concientizarlos como actores de cambio para mejorar la calidad de vida de las personas y enfrentar el fenómeno salud-enfermedad en forma integral.

Dentro de esta orientación, el propósito sensibilizador apuntaba a dictar cursos sobre la realidad nacional y conceptos básicos de las ciencias sociales que, generalmente, muy poco tenían que hacer con la formación del futuro profesional de la salud en una etapa en que las ciencias básicas y clínicas constituían el paradigma bio-médico. En la década de los 80, es importante relevar que la UPCH lidera en el país una formación orientada a adiestrar profesionales en salud pública con participación de científicos sociales y de cursos en su estructura curricular; esto fue posible en base a un convenio que la Universidad suscribió con el Sparkman Center y la Universidad de Alabama, EE.UU. para desarrollar en el Perú la Maestría en Salud Pública dirigida a profesores de la UPCH, entre ellos a los científicos sociales (sociólogos, antropólogos y psicólogos). Paralelamente, la UPCH y la Fundación Kellogg (EEUU) desarrollan programas importantes vinculados a la salud pública. Por un lado, el Programa de Atención Primaria de la Salud (PROAPS) y por otro, la Maestría en Administración de Salud así como también la Especialidad de Administración de Salud ambas a través del Programa de Administración de Salud (PROASA). Posteriormente (década de los 90) la Fundación Kellogg financiará un proyecto orientado a replantear

la formación médica que se impartía en la Universidad Nacional de Trujillo (Proyecto UNI – Una Nueva Iniciativa)

Los cursos de post-grado vinculados a salud en la década de los 80 y 90 tienen especial significación. Hay interés por capacitar a los profesionales de salud a partir de las deficiencias que se detectan en su labor de trabajo asistencial. Aspecto importante dentro de esta ola formativa constituye la incorporación de cursos vinculados a las ciencias sociales, especialmente en la maestría correspondiente a epidemiología, planificación, administración de la salud, salud pública, salud comunitaria, materno infantil y planificación familiar.

Como podrá entenderse hay un gran interés por formar profesionales especializados en salud pública en general, considerando a los cursos de ciencias sociales como parte importante de esta inquietud formativa. Sin embargo, el problema, es que la mayoría de los cursos se orientan -lo que no deja de ser importante- a reflexionar fundamentalmente sobre aspectos generales de la realidad social y de la salud en general sin exhibir experiencias con formulaciones metodológicas y técnicas más explicativas de las ciencias sociales que permitan visualizar sus aportes frente al problema salud-enfermedad. El problema es la falta de investigaciones más ligadas a los planteamientos teóricos y metodológicos que se proponen, más convincentes, qué duda cabe, en su enfrentamiento al proceso salud enfermedad son los logros objetivos, concretos, del modelo bio-médico. También explica las limitaciones de los aportes formativos de las ciencias sociales en esta etapa, el hecho que el sistema asistencial no cambie, siga siendo preponderantemente bio-médico. Curar, reparar es el objetivo.

Sin embargo, no podemos negar los innumerables esfuerzos realizados para mejorar la formación de los profesionales de la salud. Estos aunque muy débilmente, fundamentalmente, se encuentran vinculados con aspectos socioculturales, pero no se puede soslayar que la orientación, al fin y al cabo, es de imponer el modelo o visión bio-médica y asistencial del profesional de salud. Posición entendible en tanto que su propuesta científica, racional y objetiva, centrada y apoyada en la tecnología es, así lo consideran, la más adecuada. No está en su paradigma formador integrar saberes ajenos a su cultura de la salud, aceptándolos y consensuándolos mediante un aprendizaje integral, sino que prima la exclusión porque no se corresponden con la ciencia moderna de la medicina salvo aspectos que se considera como estilos de vida. Desde este punto de vista, de lo que se trata como política educativa formativa es entrenar a los futuros profesionales de la salud, dentro de una visión culturalista que entiende que con el enfrentamiento bio-médico para mejorar o mantener saludables las personas, solo basta cambiar de actitudes, comportamientos, conductas en general mediante la dación de información y conocimientos para que no sigan siendo "ignorantes". Esta visión, como podrá comprenderse, no se orienta a compatibilizar los aspectos culturales con la visión bio-médico, sino que su objetivo es imponer, ignorando

aquellos la concepción técnico-biologista de explicación y solución al proceso salud - enfermedad.

De otro lado, entendemos que la visión conductista, al mismo tiempo, es un enfoque más individualista, centrado en la persona más que en el grupo o la colectividad. Su propuesta de cambio conductual de la persona olvida el entorno social, económico, cultural y político, enfatizando más en la responsabilidad personal.

Los tiempos nuevos y el mundo globalizado exigen trascender a la formación biologista, y culturalista -orientadas a cambiar estilos de vida, ignorando los determinantes y condicionantes de la salud- reconociendo y aceptando la necesidad de una formación integral como realidad que implica la construcción formativa de un nuevo tipo de profesional de la salud. Nos referimos a la necesidad de implantar una formación integral: técnica y científica, pero también humanística-social. Esto en tanto que el problema de salud no solo es una cuestión biomédica, sino que mucho tiene que ver con consideraciones, como ya hemos referido, sociales, culturales, económicas ambientales y políticas.

Lo importante será reconocer estos factores y dónde se ubican las ciencias sociales como aportantes a una visión integral formativa que responda a formar profesionales de la salud que hagan de su profesión ciencia y arte que no solo pueda entender la problemática de las personas -individual, familiar o colectiva- dentro de una estructura social determinada, sino también desarrollar habilidades que les permitan trabajar en equipo e interdisciplinariamente con el fin de identificar, con los interesados, sus necesidades de salud y la mejor forma de solucionarlas. No solo su aporte está referido a apoyar a la prevención de enfermedades epidémicas, sino también las crónicas que igualmente tienen una explicación multifactorial. Por último, cómo olvidarnos de las enfermedades que en como signo del presente siglo surgen con un gran impacto en nuestra sociedad; nos referimos a las enfermedades denominadas sociales como la drogadicción, alcoholismo, tabaquismo, etc., cuyas bases explicativas son más de carácter socio-cultural que puramente biológico; son problemas de salud que tienen que ser abordados a partir de otras ópticas y no solo biologists.

En este escenario, las ciencias sociales muy bien pueden contribuir especialmente a la prevención de problemas de salud, a partir de concepciones metodológicas y técnicas, diseñando y aplicando políticas sociales de carácter integral para lo cual participarán no como ciencias marginales de la currícula formativa del profesional de la salud ni tampoco solo impartiendo conocimientos generales de las ciencias sociales con curso aislados de los de formación clínica y de los de las ciencias básicas y desvinculados del interés formativo de los futuros profesionales de la salud. La contribución más bien tiene mucho que ver con el currículo y contenido

de los cursos formativos de los profesionales de la salud tanto en lo concerniente a los aspectos teóricos y metodológicos como en la aplicación de programas de salud preventivo-promocionales y curativos, pero dentro de una perspectiva de carácter interdisciplinario y participatorio comunitario vinculado a trabajos con la población, de modo que se haga de la extramuralidad el eje orientador de la formación educativa. Asimismo, es importante realizar investigaciones interdisciplinarias que en base a problemas enriquezcan el conocimiento respecto al proceso salud-enfermedad. Es la apuesta por generar una alimentación y retroalimentación que potencie una formación integral. Orientación que es conveniente destacar como aporte: la necesidad de formar profesionales de la salud en el uso de las metodologías y técnicas cualitativas, sin excluir las cuantitativas, como contribución al mejor entendimiento, investigación e intervención en las políticas y programas de salud basadas en la identificación de necesidades, problemas y soluciones con participación de los interesados, eje de intervención central. Esta óptica tendrá que compatibilizarse con un entender de la influencia significativa de la salud dentro de una política de desarrollo.

De lo que se trata, en general, es de propiciar una participación conjunta de las ciencias sociales y de la ciencias de la salud sin perder cada disciplina sus identidades, pero sí orientadas a:

*"...lograr integrar con fines de comprensión y de posibilidades de intervención, los aspectos educativos, con el desarrollo regional y local, y no solo como cuestiones de tipo informativo o de cultura general, pues no solo se trata de lograr que los alumnos comprendan las relaciones entre el hombre, la sociedad y su medio, sino cómo hacer posible el desarrollo de una interdependencia disciplinaria que potencie (en nuestro caso) la formación integral del futuro profesional herediano."<sup>1</sup>*

Lograr comprender y aplicar una visión de esta naturaleza implica formar un nuevo tipo de profesional de la salud para lo cual la universidad debe orientarse a formar recursos humanos que se caractericen por ser totalizadores (polifuncionales), sistémicos-holísticos, solidarios y creativos y, por supuesto, que sepan trabajar en equipos interdisciplinarios.

Un perfil como el propuesto responde a la complejidad de la sociedad actual, escenario que para un mejor desempeño en el trabajo del profesional de la salud exige que este esté preparado en el enfrentamiento de problemas vinculados a los aspectos sociales de una comunidad para lo cual debe desarrollar habilidades y compromiso social que le permitan respuestas a situaciones nuevas e imprevistas para asumir responsabilidades distintas.

---

<sup>1</sup> ARCE ESPINOZA, Elmer. Las humanidades y las ciencias sociales en la formación de profesionales de la UPCH, pág. 5-9.

## 2. LO SOCIAL Y SU SIGNIFICANCIA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD DESDE LA ÓPTICA PREVENTIVO-PROMOCIONAL

El accionar del profesional de la salud, su práctica profesional se ha basado -y aún se sustenta- en el mito de la ciencia positiva, de que la técnica y la ciencia constituyen los elementos básicos últimos para solucionar los problemas de salud. No podemos dejar de señalar que con estos paradigmas se han logrado muchos éxitos en el control de enfermedades tropicales, la erradicación de la viruela, la explicación de muchos trastornos degenerativos, entre otros. Sin embargo, la experiencia también nos enseña que no es posible la salud solo por el descuento de la enfermedad, ni tampoco se puede dejar de considerar al hombre como promotor y productor de su propia salud, pues no es solo un objeto como lo visualiza la técnica y las ciencias de la salud muy reduccionistamente. Necesariamente hay que verlo desde otra perspectiva, comprendiendo su vida. Desde este punto de vista, las ciencias sociales pueden contribuir, y de hecho contribuyen, con conocimientos teóricos, metodológicos y técnicos, a identificar e interpretar las necesidades poblacionales y apoyar y comprender las acciones desarrolladas por la gente misma para modificar o cambiar las condiciones que hacen posible los problemas del fenómeno salud-enfermedad. Esto, por supuesto, en alianza con la ciencia y la tecnología puesta al servicio del hombre y no lo contrario.

Una comprensión y aceptación compartida de la naturaleza del fenómeno salud - enfermedad enmarca un escenario de encuentro entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud, potenciando esta alianza en eficiente y eficaz enfrentamiento de aquel proceso. Indudablemente, esta óptica no es nueva. La visualización de que el problema salud-enfermedad tiene componentes sociales que necesariamente hay que abordar siempre se ha encontrado latente y muchas veces manifiesta, especialmente en el siglo pasado cuando ya las ciencias sociales comienzan a consolidarse como ciencia y los problemas de salud-enfermedad como parte de procesos sociales, llámese migración-urbanización y la industrialización, van a impactar con mayor afectación en la salud de las personas con grandes epidemias. Es entonces, cuando las ciencias de la salud, especialmente los profesionales de la medicina y la enfermería, constatan que hay necesidad de realizar cambios en los aspectos sociales y, básicamente, culturales para vencer o detener las infecciones que amenazaban a la población. Así, la ciencia y la tecnología de ese entonces no bastaron incluso a pesar de los avances que hicieron posible mejorar la salud mediante vacunas y antibióticos. Es una etapa que se caracteriza porque los profesionales de la salud, en general, buscan el apoyo para sus actividades informativas de prevención más que en científicos sociales, en técnicos - empiristas. Posteriormente, recurrirán a profesionales de servicio social (asistentas sociales, nutricionistas) cuyo trabajo se caracterizará por trabajar en función de las orientaciones de los profesionales de la salud, especialmente de los



médicos salubristas y preventivistas, reforzando o apuntalando sus planteamientos más biologists, pero con "aires" sociales. Su rol es de colaboración, aplicando encuestas y produciendo informes de carácter descriptivo que serán utilizados, fundamentalmente, por los sanitaristas y epidemiólogos. Participan, igualmente, en esta orientación profesionales de la antropología y la psicología apuntalando políticas culturalistas de carácter conductual. El objetivo se centraba en cambiar las conductas de las personas desde afuera, sin la participación activa y entendimiento de los interesados, lo que tampoco contribuía a explicar la raíz del fenómeno salud-enfermedad.

El trabajo marginal de los científicos sociales en esta etapa, en general, se explica, a mi entender, no solo por la privatización que los profesionales de la salud hacen de la intervención en el proceso salud-enfermedad, que no deja de ser importante, sino también porque este fenómeno social no constituirá para los científicos sociales campo de interés importante. La universidad no formaba profesionales de las ciencias sociales en este campo, desinterés que podría explicarse porque, como ya hemos referido, se asumía que los problemas de salud-enfermedad correspondían única y exclusivamente a los profesionales de la salud que se parapetaban en el paradigma bio-médico y conductivista, pero también porque el espacio de desarrollo profesional de los científicos sociales, especialmente los del campo de la sociología así como los aspectos conceptuales, metodológicos y técnicos de estas disciplinas, no respondían a las ciencias positivistas. Desde este punto de vista, sus hallazgos y propuestas no eran confiables y creíbles en tanto no posibilitaban la explicación del proceso salud-enfermedad en términos cuantificables, observables y experimentables como si lo podía exhibir la biomedicina científica y técnicamente.

Posteriormente, (después de la década de los 60), se inaugura una nueva etapa, la misma que va a estar determinada por la comprensión explicativa del proceso salud-enfermedad por factores relacionados con las condiciones de vida. El proceso salud-enfermedad se explicaba, entre otros, por problemas de carencias vitales como la vivienda (techos, pisos, paredes: materiales de construcción) y de sus servicios (agua y desagüe); educación (analfabetismo). Dentro de este marco, la propuesta de cambio será el denominado desarrollo de la comunidad, opción consistente en programas sociales encaminados a cambiar las condiciones existentes, vía modificación de actitudes, costumbres, hábitos, valores (estilos de vida tradicional), de mejoramiento social, pero sin cambiar la estructura de la sociedad. Es una estrategia de cambio espontáneo en base a modelos impuestos siempre desde afuera y con una participación pasiva de la población. Esta es una etapa volcada más a las zonas rurales e indígenas, especialmente en el caso nuestro, a la zona sur del país. El papel de los científicos sociales se enmarca en apoyar las actividades de prevención de las enfermedades. Sin embargo, este nuevo encuentro de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud es con mayor participación de profesionales con formación universitaria vinculada a

las ciencias sociales (no solo en antropología y psicología, sino también en sociología). Este encuentro se caracterizó por visualizar a partir de investigaciones y formación teórica las condiciones sociales como parte de los estilos de vida que había que cambiar. Lo importante es que esta orientación no solo es un particular interés de los profesionales de las ciencias sociales, que participan en programas de salud, sino también de los profesionales de la salud con una característica especial: pone más énfasis en una intervención vista con fines de desarrollo comunal. Se privilegian los estudios de casos de carácter más descriptivos y orientados a modificar estilos de vida correspondientes a higiene, mejora del hábitat familiar y comunitario. El Estado y las universidades como Cayetano Heredia y San Marcos se orientan a investigaciones y prácticas médicas para mejorar la salud en las poblaciones de zonas tropicales y andinas. Sin embargo, hay que referir que dichas investigaciones universitarias responden más a motivaciones e interés individual o grupal con instituciones financieras externas que a una política institucional de carácter estatal y universitario. Por supuesto, siempre se ignora -o buscando ignorar- que el proceso salud-enfermedad es producto de condiciones económicas, sociales y culturales de carácter estructural que tiene mucho que ver con exclusiones e inequidades.

La incompreensión existente lleva a la nueva hornada de científicos sociales (década de los 70) a ser muy críticos, cuestionadores de posiciones reduccionistas, centrandó su explicación en el proceso salud-enfermedad a partir de las condiciones sociales, estructurales que en última instancia son las que empobrecen más a la gente y que contribuyen a la inexistencia de mejores condiciones sanitarias que es lo que hace posible enfermar y morir, situación que se complejiza, en aquellos tiempos, con el intenso proceso de urbanización-migración que comienza a vivir el país al despoblarse el campo y aumentar el hacinamiento de las ciudades sin servicios sociales mínimos. Hacinamiento, tugurización y violencia son los nuevos signos de estos tiempos. También es una etapa en que las ciencias de la salud se fortalecen por los grandes avances tecnológicos en este campo. Se vuelve más biólogo e se intenta solucionar los problemas de salud a partir de enfrentar la enfermedad con acciones curativas, reparativas, al margen de los condicionantes sociales de la salud. La técnica todo lo podía. Hay un cierto abandono de las políticas preventivas y se enfatiza en las políticas curativas signadas por la construcción de más hospitales, más camas, más profesionales de la salud para vencer o limitar la enfermedad.

En las últimas décadas, sin embargo, el aumento poblacional de las ciudades no solo es producto de las migraciones, sino también por el mayor número de hijos que tienen las familias y menor número de muertes. Estas, aunadas a la mayor esperanza de vida, llevan a que con los cambios demográficos, se retome la orientación de explicar el proceso salud-enfermedad a partir de una perspectiva más estructural (condicionantes y determinantes sociales), orientación que en los últimos años lleva a entender

la necesidad de comprender e intervenir en el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva integral considerando un alto componente social, pero también biológico. Desde este punto de vista, se alientan las intervenciones interdisciplinarias, y, por supuesto, la participación activa de la población. Hay un abandono del modelo anteriormente vigente (el desarrollo de la comunidad), pero también se cuestiona y más intensamente el paradigma de atención y visión de la salud bio-médica.

En términos generales, hoy se acepta que el fenómeno salud-enfermedad no es solo bio-médico, biológico, sino que está condicionado por otros factores entre estos, los sociales. Esto explica la participación de las ciencias sociales y su importancia en la comprensión e intervención en el proceso salud-enfermedad dentro de un trabajo interdisciplinario, intersectorial y de participación social. Por supuesto, esto también responde a un avance científico y metodológico de las ciencias sociales, lo que despierta más confianza de los profesionales de las ciencias de la salud. Hay un mutuo interés por participar en programas de desarrollo y desde el Estado, universidades, algunas ONG y otros, los científicos sociales son requeridos para participar en políticas de salud tanto en la formulación como en su aplicación y evaluación.

### **3. LA ATENCIÓN DE LA SALUD FRENTE A LA ENFERMEDAD Y AL ENFERMO**

Un aspecto muy importante y que ha constituido motivo de interés de las ciencias sociales es la explicación y la intervención del paciente considerando su entorno social como parte de un entendimiento de que el proceso salud-enfermedad no solo es biológico, sino que tiene un amplio componente, además del social, por ejemplo el psicológico, espacio que abre un encuentro con la psiquiatría y la psicología para explicar más integralmente el comportamiento de las personas y los grupos sociales.

En otras palabras, el futuro profesional de la salud tiene que saber diagnosticar. Esto significa tener conocimientos generales (que se aprenden) que explican el problema de salud, pero también conocimientos específicos, lo que implica tener atribuciones especiales para *dar* con el fenómeno o elemento que produce la crisis o ruptura del equilibrio orgánico y, por tanto, reparar lo afectado. El tratamiento, por otro lado, no tiene solo que responder a los conocimientos de curador con su circunstancial sujeto de tratamiento, sino también con el trato al paciente, con una relación afectiva y comprensiva. Tener sabiduría. Esto significa entender que el paciente no solo es un número o un caso clínico que se reduce a un diagnóstico basado en variables o indicadores cuantitativos, observables, objetivables. Este paradigma responde a la racionalización de la ciencia, jerarquización y burocratización relacional entre el médico y el paciente y esta orientación reduce al médico a ser un científico y posiblemente técnico, pero deja de ser, para muchos, un hombre de arte, más sensible y creativo en tanto que su

relación se enfatiza en la exclusión del paciente como persona, al subordinarlo al pensar científico con pérdida de su libertad.

Desde nuestro punto de vista, la medicina es una ciencia y un arte; por lo tanto, la formación y el actuar médico deben responder a ambas, pues el médico no puede dejar de ser científico, tiene que tener conocimientos generales, basados en leyes o experiencias observables, pero tampoco debe dejar de ser un cultivador del arte de curar, reconociendo las diferencias que tiene cada persona así como cada enfermedad. Esto significa no homogenizar el diagnóstico ni el tratamiento, sino saber adecuarse a las particularidades de cada ser con el objetivo del conseguir su restablecimiento.

En este caso, las ciencias y el arte se unen en el restablecimiento del paciente. Al respecto, siempre habrá discusión sobre si el restablecimiento tiene mucho que ver con el avance de los conocimientos o con la aplicación de la capacidad del médico: su sabiduría. O lo contrario, si el no restablecimiento responde más a lo que pudo hacer el médico que a las características orgánicas del paciente o a su deseo de no recuperación o dejarse morir o enfermar. Dentro de la óptica de discusión lo singular se encuentra en ver y tratar al paciente como un todo. Esto compromete la orientación científica de la especialización y la correspondiente orientación biomédica que busca explicar más racionalmente la crisis mórbida y hasta la muerte de una persona.

La discusión se enfrenta, entonces, en cómo tratar al paciente en dos niveles que si bien diferenciados no tienen por qué ser excluyentes. El primero se refiere a que la persona orgánicamente es un todo, pero también hay que aceptar que su vida está regida por una serie de elementos - condicionantes y determinantes- que intervienen en la situación de salud de las personas. Desde esta perspectiva, tenemos que aceptar que la perturbación (enfermedad) y su restablecimiento (salud) no solo es una crisis determinada por aspectos biomédicos, sino que se ve influenciada por aspectos que tienen que ver no solo con las características orgánicas de las personas, en quienes se concretiza el proceso salud-enfermedad, sino también con aspectos externos que responden a elementos culturales, económicos, sociales y políticos. Y su restablecimiento, o vuelta al equilibrio, tendrá mucho que ver con una visión totalizadora del problema o perturbación de la salud. De allí que el médico o cualquier profesional de la salud "Debe poder ver más allá del caso a tratar, para captar al hombre en la totalidad de su situación vital."<sup>2</sup> Esto implica "...sin lugar a dudas, que no es posible tratar realmente a ninguna persona que se considera a sí misma como si fuera solo un "caso" y que, por su parte, ningún médico puede ayudar a un individuo a superar una enfermedad grave o más o menos leve con sólo aplicarle la capacidad rutinaria de su disciplina."<sup>3</sup>

<sup>2</sup> GADAMER, Hans-Georg. El Estado oculto de la salud, pág. 57.

<sup>3</sup> Idem, pág. 118

Además, el profesional de la salud tiene que entender que en su relación con el paciente "...al final, no se trata de la supresión de algo, sino que lo importante es, más bien la reincorporación del paciente al círculo de lo humano, al ámbito de la vida familiar, social y profesional, que se cumple por medio de la comunidad entre las personas."<sup>4</sup> Entender esta manera de relacionarse con el paciente "...implica, para el médico, la obligación de unir su habilidad altamente especializada con su participación en el *Lebenswelt*"<sup>5</sup> que significa para Husserl (*die lebenswelt*) el mundo de la vida."<sup>6</sup>

Por eso, el atractivo por comprender cómo se dan las relaciones médico – paciente así como también aportar aspectos conceptuales, metodologías y técnicas que contribuyan a mejorar la salud del paciente. Asimismo, dentro de esta misma orientación, otro espacio de encuentro es analizar y explicar las características y funcionamiento de las diferentes prácticas de salud, el rol del enfermo y el papel de la familia en su recuperación (derechos y obligaciones del enfermo y la familia para recuperarse y ayudarlo a recuperarse) o de la burocracia y personal técnico de salud (trato del enfermo, empatía) instalado en la modernas corporaciones como los hospitales, clínicas en los que no solo se apunta a ver el comportamiento del enfermo, sino de todos los actores de su entorno (médicos, enfermeras, odontólogos, familiares, personal técnico y administrativo) orientados básicamente a su recuperación. Igualmente, constituye preocupación y explicación de los científicos sociales como punto de encuentro con los profesionales de la salud para mejorar las condiciones de vida de la gente el interés por los costos económicos de la asistencia médica, los seguros de salud que son factores que se vienen constituyendo en elementos de exclusión de los que menos tienen y más necesitan, como consecuencia de que cada vez se mercantiliza más la salud en circunstancias que contradictoriamente baja su calidad especialmente para los que menos tienen dentro de una economía de libre mercado.

A la naturaleza de costos de carácter económico anteriormente señaladas se suman, a la preocupación de ambas ciencias, los costos psicológicos y sociales que significa estar enfermo generalmente sin ser comprendido como ser humano, situación agudizada cuando por el mal que lo aqueja es internado en nosocomios desligado de sus familiares y sometido, muchas veces, a un entorno hostil que conspira en contra de su mejoramiento y más bien alienta el deterioro de su salud y hasta haciéndolos propensos al contagio de otras enfermedades o también es víctima indefensa de informaciones equivocadas y tratamientos que pueden conducir a iatrogenias o hasta la muerte.

<sup>4</sup> Idem, pág. 95

<sup>5</sup> Ibídem, pág. 118

<sup>6</sup> Loc. Cit.

Finalmente, no deja de ser significativa la preocupación que despierta en las ciencias sociales y en las ciencias de la salud la institucionalización y el papel de la industria farmacéutica en una época en la que el fármaco y la tecnología más avanzada se han constituido en el nuevo paradigma del saber médico y el tratamiento de las enfermedades lo que supone una medicalización de la salud que la convierte en un mito, pues la eficacia que mostró la tecnología médica para limitar el avance de muchas enfermedades especialmente las epidémicas no la es en el combate de las enfermedades crónicas y degenerativas, lo que muestra su incapacidad, pero también su frustración. Los avances de la ciencia genética con el descubrimiento del genoma humano despierta una nueva ilusión y también un renacer para combatir las enfermedad y dar salud básicamente desde la perspectiva biomédica. Este es un nuevo espacio de confluencia de ambas ciencias que bien puede ser de cooperación -lo cual deseamos- pero que también puede desarrollar conflictos. Sin embargo, esta relación no puede catalogarse de negativa porque aquella debe servir dentro de una política de desarrollo para mejorar la calidad de vida de las mayorías poblacionales.

### **PALABRAS FINALES**

Lo explicitado en párrafos anteriores son algunos escenarios que permiten a las ciencias sociales en su contacto con las ciencias de la salud explicar el impacto de la enfermedad en la relación y producción social del hombre no solo describiendo la situación existente e identificando las causas de las enfermedades, sino proponiendo, de ser así, solución a problemas que afectan la salud de las personas en forma diferenciada según la estructura social que integran, decodificando su atención y proponiendo políticas de prevención y promoción de la salud, desarrollando metodologías y técnicas de participación comunitaria, educación y enfrentamiento del proceso salud-enfermedad desde una perspectiva integral. Esto es, mirando o visionando no solo una solución individual, orgánica, fraccionada y especializada, sino social y dentro de una perspectiva de desarrollo.

Una situación de esta naturaleza significa particularmente trascender de un tratamiento puramente científico, individual y más centrado en lo orgánico biológico y especializado a una explicación y un tratamiento del proceso salud-enfermedad como problema social que considere la salud y la vida sin dejar de entender la enfermedad. Esto significa mirar al hombre y no solo a la enfermedad, las relaciones dentro de su entorno y no desnaturalizar su atención al cosificarlo como ente biológico no integral, sino fraccionado. Asimismo, bajo esta orientación deberían integrarse, como perspectiva de intervención de salud, las diversas prácticas de salud reconociéndose y aceptándose dentro de relaciones democráticas-interculturales con participación en las decisiones que las afecten.

Lo que anteriormente estaba vetado para las ciencias sociales, por constituir el proceso salud-enfermedad "territorio privado" de los

profesionales de la salud, hoy la mayoría o un sector importante de sus profesionales reclama y considera esencial su participación para contribuir a mejorar la salud de la población. La madurez alcanzada por estas y la preocupación de los profesionales de la salud por enfrentar mejor el proceso salud-enfermedad, reconociendo y aceptando su carácter biomédico y esencialmente social y que su enfrentamiento tiene que ser integral, es un reto que compromete a las ciencias sociales, las mismas que tienen que aportar conocimientos basados en teorías, metodologías y técnicas más científicas y no solo especulativas. Es apostar por una ciencia más humanizada y no solo basada en el positivismo, sino en los aspectos humanos del hombre. Hacer de este encuentro una relación vinculante entre la ciencia y el arte es nuestro propósito como científicos sociales. Lo aquí propuesto no agota los escenarios de encuentro.

### BIBLIOGRAFÍA

- ARCE ESPINOZA Elmer. (2007) Pobreza, políticas sociales y formación profesional: Un enfoque participatorio. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 136pp.
- \_\_\_\_\_ (1998) Las humanidades y las ciencias sociales en la formación de profesionales de la UPCH. En: Hontanar. Revista del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, año 2, vol. I, agosto, págs. 5-9.
- ARROYO LAGUNA, Juan. (1998) Una nueva oportunidad para la Salud Pública – Situación de la educación en Salud Pública en el Perú. En: Hontanar. Revista del Departamento de Humanidades y Ciencias Sociales. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia, año 2, vol. 1, agosto, págs. 19-25.
- BRICEÑO-LEÓN, Roberto. (2003) Las ciencias sociales y a salud: un diverso y mutante campo teórico. En: Ciencias Sociais e saude na América Latina: visões contemporânea, ABRASCO, volume 8- número 1, pág. 33-43.
- COE, Rodney M. (1988) Sociología de la Medicina. Tercera ed., Madrid: Alianza Universidad; 448 pp.
- COLEGIO MEDICO DEL PERU (2010) Calidad de la educación en la formación médica- Cuadernos de Debate en Salud, noviembre. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú; 66 pp.
- DIAZ URTEAGA, Pedro y otros (2009) Recursos Humanos para la Salud. En: Historias de la Salud en el Perú, título XII, vol. 19, Academia Peruana de Salud – editor; 282pp.
- DUARTE NUNES, Everardo – editor (1986) Ciencias Sociales y Salud en la América Latina – tendencias y perspectivas; Organización Panamericana de la Salud – Organización Mundial de la Salud. Montevideo: CIESU; 492 pp.

- GADAMER, Hans – George (1996) El estado oculto de la salud. Barcelona: Gediza editorial.
- LA ROSA, Emilio (2009) La fabricación de nuevas tecnologías – De la salud a la enfermedad. Lima: Fondo de Cultura Económica; 236pp.