

Roles y perspectivas para la integración de las ciencias sociales en salud

doi: [10.33264/rpa.201802-03](https://doi.org/10.33264/rpa.201802-03)

Andrea Lizama-Lefno

Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales UNIACC

Resumen

Actualmente, las enfermedades crónicas y los trastornos mentales y emocionales son los grandes problemas de salud a nivel mundial, y el estilo de vida moderna el principal factor de riesgo. El llamado de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para los estados es elocuente: subsanar las desigualdades y problemas de salud de las poblaciones atendiendo sus determinantes sociales. La modernización holística y la capacidad adaptativa de los sistemas de salud en favor del bienestar humano son un desafío que atañe a las ciencias médicas, sociales y disciplinas humanas en general. Por eso, hoy parece ineludible el avance hacia la integración multidisciplinaria y la comprensión de la salud como un fenómeno pluridimensional y complejo, en definitiva, hacia un paradigma que contrasta con un modelo biomédico hasta ahora hegemónico cuyos límites se han transformado también, en uno de los principales factores de riesgo.

Palabras clave: salud, interdisciplinariedad, integralidad, salud y ciencias sociales

Abstract

Currently, chronic diseases and mental and emotional disorders are the major health problems worldwide, and the modern lifestyle is the main risk factor. The call of the World Health Organization (WHO) to states is eloquent: to correct the inequalities and populations health problems attending to their social determinants. The holistic modernization and the adaptive capacity of health systems in favor of human well-being are a challenge that concerns the medical sciences, social sciences and human disciplines in general. For this reason, today it seems unavoidable to go towards multidisciplinary integration and the understanding of health as a multidimensional and complex phenomenon, it means, towards a paradigm that contrasts with a biomedical model hitherto hegemonic whose limits have also been transformed into one of the main risk factors.

Keywords: health, interdisciplinarity, integrality, health and social sciences

Introducción

El desafío de mejorar las condiciones de salud de la población es un asunto que trasciende el ámbito científico y la medicina, así como también al individuo y su comunidad, es un asunto de gestión estatal y política pública. Hoy día no son suficientes las medidas sanitarias tradicionales, los avances tecnológicos, el desarrollo de programas locales de atención primaria y el perfeccionamiento de los recursos biomédicos por sí solos para luchar contra los determinantes de la enfermedad, es necesario pensar y actuar en salud considerando una multiplicidad de factores integrados, esto es, un enfoque de prevención y tratamiento que integre los determinantes biológicos, psicológicos y sociales (Grau & Hernández, 2005).

Una perspectiva biopsicosocial de la salud implica la reconfiguración de creencias y conceptualizaciones, así también de roles, funciones y disposiciones, maneras de operar e interactuar. El ejercicio de la práctica médica, la relación entre médico/a y usuarios/as, modos de interacción, protocolos y responsabilidades. Todo esto constituye un asunto primordial en la discusión sobre la salud pública. Pero, además, es primordial la consideración de los condicionantes estructurales de la salud, esto es, aquellos factores que van más allá de la intervención individual y del quehacer de los servicios de salud, se trata de aquellos factores que se alojan en una estructura de relaciones de poder que configura una sociedad excluyente y violenta que se transforma en el principal factor de riesgo de la salud de la población, y cuya responsabilidad fundamental recae en un sistema de administración social que sea capaz de subsanar las desigualdades a través de una política pública ética, humana, eficiente, sólida y autónoma.

El presente artículo pretende visibilizar la relevancia de las ciencias sociales en el campo de la salud, y reflexionar sobre la necesidad de integración de las ciencias médicas, tecnológicas y sociales en la labor de propiciar la salud y el bienestar integral en la población humana.

El reconocimiento de los determinantes sociales de la salud

La manera como las personas administran su salud, esto es, cómo previenen y cómo sobrellevan sus enfermedades, y el modo cómo, en buen estado de salud, propician su preservación y su propio bienestar, son tópicos fundamentales cuando se discuten asuntos de salud pública. Así, las pautas de autocuidado que los individuos pongan en marcha van a ser importantes determinantes de su salud (Martínez-Donate & Rubio, 1999).

El rol activo de las personas, esto es, por ejemplo, la habilidad para reconocer e interpretar síntomas, búsqueda oportuna de ayuda profesional, uso responsable y pertinente de fármacos y servicios médicos, cumplimiento de prescripciones médicas y adherencia a tratamientos, conductas proactivas de autocuidado y rehabilitación, en definitiva, la ejecución de mecanismos de prevención y afrontamiento de enfermedades, y producción de condiciones saludables de vida, son conductas que requieren responsabilidad, conocimiento y disposición. Todos ellos pueden ser elementos claves en la trayectoria de una enfermedad, y constituyen en sí un objeto de estudio e intervención.

Es indudable que este enfoque del cuidado de la salud traspasa una gran parte de la responsabilidad a las personas. “La prevención, la curación, la rehabilitación o el inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando” (Grau & Hernández, 2005:4). Es una mirada muy congruente con el paradigma del liderazgo y empoderamiento ciudadano que actualmente predomina en el discurso político y social.

En Chile, hay cifras que evidencian que las personas han comenzado a ejercer un rol activo en relación a su propia salud y bienestar, esto es, se observan cambios incipientes en el estilo de vida y las disposiciones actitudinales y conductuales. Según la Encuesta Nacional de Salud (MINSAL, 2016), el consumo de tabaco ha disminuido de 43,5% a 33,3% desde el 2003 al 2016; y el sedentarismo de 89,4% a 86,7% en el mismo período.

Es probable que los cambios que se están produciendo en los comportamientos cotidianos y estilos de vida de las personas -alimentación saludable, actividad física, asistencia a controles médicos, adherencia a tratamientos, autocuidado, etc.-, tengan relación con una necesidad e impulso de prevenir enfermedades, mejorar la calidad de vida y las propias condiciones de salud. Esto, en su cara positiva, da luces sobre el avance desde la cultura asistencialista hacia la autogestión de la salud, así como de la percepción de la importancia de la prevención por sobre la curación.

Sin embargo, es importante sopesar hasta qué punto la salud es producto del comportamiento de las personas y sus estilos de vida, y en qué momento las prácticas preventivas y de afrontamiento de individuos y comunidades se transforman en respuestas reactivas a condiciones estructurales tóxicas. Esto es, por ejemplo, apuntarse a clases de yoga o adherirse a una psicoterapia en cuanto modo de afrontar el estrés laboral, ¿es un reflejo de conductas proactivas y autoeficacia de las personas en torno a su propia salud, o es consecuencia de un sistema laboral que comporta factores de estrés crónico? En definitiva, es pertinente considerar que la

responsabilidad por las altas tasas de estrés no es sobre todo de las personas que lo padecen sino de una estructura de condiciones y relaciones laborales y sociales perjudiciales para la salud y la escasa eficacia de los sistemas de protección y regulación social (De Vogli, 2011).

Otro ejemplo elocuente es el impacto negativo que tiene en la salud de las mujeres la doble presencia -en el campo laboral y doméstico- como proveedora, madre y ama de casa, siendo este factor uno de los desencadenantes de trastornos de salud mental, enfermedades crónicas y patologías asociadas al dolor crónico como la fibromialgia, colon irritable, lupus, artritis y otras enfermedades musculoesqueléticas (OMS, 2009). Así como también el abandono laboral por maternidad y la consiguiente precarización y pobreza que conlleva a enfermedades físicas y mentales, tanto de la madre como de los hijos e hijas, sobre todo en familias monoparentales.

La promoción del autocuidado como factor protector de la salud de las mujeres resulta una paradoja cuando tres cuartos de la jornada deben dedicarlas al trabajo remunerado y lo que queda de ella a labores domésticas y de crianza, en un contexto de valoración y promoción de la doble presencia femenina, desigualdades en las condiciones de remuneración y desprotección de la maternidad en condiciones de monoparentalidad y precariedad laboral.

Este panorama evidencia lo ineludibles que son las cuestiones estructurales y, particularmente asuntos de género en cuanto determinantes sociales de la salud (OMS, 2008). En definitiva, los cambios en los estilos de vida y comportamientos que son favorables para la salud, que suelen ser aplaudidos con entusiasmo, tienen relación con las deficiencias estructurales percibidas en insatisfactorias condiciones de vida en el contexto de la sociedad moderna, sobre todo en sectores desfavorecidos: mujeres, clases medias, inmigrantes, pobres e indígenas (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2005).

El escenario en el que ocurren las transformaciones en la cultura de la salud es la desigualdad económica y social. La forma cómo está organizada la sociedad hace que las posibilidades de desarrollarse en la vida y gozar de buena salud estén mal distribuidas dentro de una misma sociedad y entre distintas sociedades, esta desigualdad se manifiesta en las condiciones de vida de las personas y comunidades, por ejemplo, trabajo, educación, vivienda, ingreso, calidad del medio ambiente, acceso a protección social; y prácticas sociales como la alimentación, la actividad física, la estimulación psicosocial de niños y niñas, formas de interacción social, por mencionar sólo algunos elementos (OMS, 2008).

Las desigualdades son el resultado de normas, políticas y programas sociales deficientes, arreglos económicos indebidos, mala gestión y prácticas sociales que toleran o incluso favorecen una distribución injusta del poder, la riqueza y otros recursos sociales, y del acceso a estos, que se traducen en condiciones de vida perjudiciales para la salud en una gran parte de la población (OMS, 2008).

En definitiva, merece la pena celebrar la autogestión en salud, las prácticas comunitarias preventivas, el mejoramiento de la adherencia terapéutica, la autoeficacia en el afrontamiento de enfermedades, sin embargo, ello no significa el éxito de la gestión de los sistemas de salud sino más bien exige la atención hacia las deficiencias que consecuentemente han despertado el impulso de las personas y comunidades de hacerse cargo del propio estado de salud, e incita a los niveles de administración pública a tomar en serio el llamado de la OMS a subsanar las desigualdades y avanzar hacia la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud (OMS, 2008).

Hacia la interdisciplinariedad e integración en salud

Se trata de avanzar hacia un cambio cultural en el “mundo de la salud”, que implica grandes transformaciones transversales a distintos niveles y sectores del sistema, desde las macro-estructuras hasta el uso del lenguaje y la praxis, y desde el personal sanitario y autoridades hasta las personas y comunidades.

Esta concepción de la salud implica el desarrollo de acciones transdisciplinarias y multisectoriales, esto es, efectuadas transversalmente desde múltiples campos disciplinarios, y hacia diversos espectros del sistema social y humano, tanto en el ámbito de la práctica médica en el contexto de los servicios de salud como en el campo de la administración y política pública.

A modo de ejemplo, el manejo de las enfermedades cardiovasculares implica, en primer lugar, manejo biomédico, esto es, tratamiento a base de medicamentos que mantienen las funciones orgánicas en equilibrio; por otra parte, implica el acompañamiento y monitoreo del servicio de salud a través de controles habituales y regulación de la medicación; también es imprescindible la entrega de información completa y oportuna sobre la enfermedad y los mecanismos de afrontamiento, indicación de acciones para evitar desequilibrio y descompensación, sugerencias de autocuidado, seguimiento y evaluación, incluso si es necesario, el servicio de salud debe efectuar mecanismos de rescate y reintegración al sistema de salud, todo en favor de la salud de las personas y comunidades (Lanas, Del Solar, Maldonado, Guerrero, & Espinoza, 2003).

Pero además, es importante considerar el entorno social en el que se desenvuelven los individuos, sus redes de apoyo, creencias y concepciones sobre su propia salud. Es innegable la conexión que existe entre la historia de vida de las personas, los asuntos psíquicos y emocionales, en definitiva, las subjetividades, y el brote y trayectoria de las enfermedades del cuerpo. Con todo, parece ineludible la necesidad de asistentes sociales, sociólogos/as, antropólogos/as y psicólogos/as, que enriquezcan, complementen y hasta sostengan la labor de médicos, enfermeros/as y tecnólogos/as, en el campo de la salud, no únicamente a nivel de práctica clínica sino en el manejo transversal de los factores psicosociales y culturales, así como también en la aplicación de métodos de investigación y, especialmente técnicas cualitativas para el estudio de los fenómenos de salud, de manera de traspasar los límites de un modelo biomédico hegemónico que impide abordar la salud de las personas en toda su complejidad y en consideración de la integralidad del ser humano.

La propuesta es la interdisciplinariedad, en cuanto trabajo multidisciplinario colaborativo en contraste con la mera derivación; la integración en vez de la segregación de los equipos de salud; la disposición al conocimiento integral en contraste con los límites del “especialicismo”; el abordaje de casos en complemento al abordaje de poblaciones, esto es, fenomenología de la mano de la epidemiología; y perspectiva cualitativa enriqueciendo los alcances cuantitativos.

Discusión

El llamado es a la inclusión e integralidad en el abordaje de la salud, sobre la base de un pensamiento holístico y comprensión del paciente como un ser humano complejo, cuya salud es esencialmente multidimensional, y su enfermedad un fenómeno plurideterminado.

Este pensamiento implica la práctica médica integradora de dicha multiplicidad de factores cuyo objetivo ya no es esencialmente la curación sino el incremento de la calidad de vida y el acompañamiento de las personas en la autogestión de la salud, lo cual requiere necesariamente de la participación de profesionales y especialistas provenientes de diversas disciplinas, no únicamente pertenecientes al campo de las ciencias médicas sino también de las ciencias sociales y de la amplitud de campos de conocimiento que se relacionan con el ser humano.

Lo anterior, también demanda el enriquecimiento profesional y ético del personal sanitario. Esto presupone profesionales sensibilizados y actualizados, no sólo frente a los cambios científicos y tecnológicos que deben enfrentar los sistemas de salud, sino frente a la realidad humana y social, de modo de estar preparado y capacitado para resolver los nuevos retos y problemas de la salud del ser humano, en toda su

complejidad. Todo lo anterior requiere también de modificaciones al sistema de formación de las y los profesionales de la salud.

Y no se trata únicamente de una necesidad de la práctica médica y el campo de la salud, la inclusión y la integración son en realidad un modo de definir y construir la realidad que da cuenta de grandes cambios transversales en la vida humana, que responden a la necesidad de abordar los problemas de nuestros tiempos, que no pueden ser entendidos aisladamente porque son problemas sistémicos, es decir, están interconectados y son interdependientes. “El nuevo paradigma podría denominarse una versión holística del mundo, ya que lo ve como un todo integrado más que como una discontinua colección de partes” (Capra, 2015).

El cuerpo humano es la cristalización más evidente de esta visión holística del mundo, ya que para entender cualquier aspecto de éste debemos entenderlo como:

(...) un sistema único integrado, en el cual todas las partes están diseñadas para funcionar de una manera unificada (...) como parte de un continuo natural (...) que participa constantemente de un intercambio con el campo mayor de energía que lo rodea, en el que está comprendido el resto del universo. [Por eso] el estudio de la digestión es inseparable del conocimiento de los sistemas neurológico y cardiovascular, así como el cuerpo humano en sí es inseparable de su medio (Chopra, 2015:11-12).

Se necesita cuestionar y luego desarraigar el viejo paradigma, los fundamentos de la vida moderna, científica, industrial, el concepto de desarrollo, la manera de vivir, las características culturales y los patrones de organización social, y encontrar en ello los elementos que han acarreado los problemas globales que afronta actualmente la sociedad humana. Se trata, en definitiva, de hacer emerger a través del pensamiento y la práctica, un sistema ético radicalmente nuevo (Capra, 2015).

En el campo de la salud, esto implica la conjunta comprensión y consideración de todos los espectros del ser humano, la incorporación de una mirada ambientalista o integradora de lo biológico, psíquico, social, cultural, emocional e histórico (Matarazzo, 1994). El sistema de salud, las perspectivas, roles y patrones de acción e interacción, son sólo una dimensión en la cual debe producirse ruptura y construcción paradigmática, así como también debe ocurrir en el sistema educativo, laboral, político y, en definitiva, en todas las dimensiones de la vida humana. “Hoy, el cambio de paradigma de la ciencia, en su nivel más profundo, implica un cambio desde la física a las ciencias de la vida” (Capra, 2015).

La apatía o somnolencia frente a la necesidad de cambio y el enfrentamiento de esta crisis paradigmática a nivel global constituyen, en sí mismas, una amenaza para la sustentabilidad humana en un largo plazo. En la medida que las partes participantes -personas o instituciones-, no se responsabilicen por su presencia activa en el sistema, y su rol interactuante e interdependiente con el resto de las partes, se perpetuará la vulnerabilidad e indefensión de las personas frente a las amenazas y perjuicios sistémicos. Por lo antes dicho, la pasividad de las personas sanas, enfermas, del personal sanitario, autoridades y, en general, el sistema de salud constituye en sí misma un factor de riesgo.

Referencias

- Abalo, J. A. G., & Meléndez, E. H. (2005). Psicología de la Salud: Aspectos Históricos y Conceptuales. E. Hernández, & J. Grau (Comps) *Psicología de la Salud: fundamentos y aplicaciones*, 33-84.
- Capra, F. (2015). Ecología profunda. *Mundo Nuevo*. Recuperado de <http://www.mundonuevo.cl/ecologia-profunda>
- Chopra, D. (2011). *Digestión perfecta*. Barcelona: Ediciones B.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2005). *Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores*. Ginebra.
- De Vogli, R. (2011). Neoliberal globalisation and health in a time of economic crisis. *Social Theory & Health*, 9(4), 311–325. doi: [10.1057/sth.2011.16](https://doi.org/10.1057/sth.2011.16)
- Grau, J. (1998). La Psicología de la Salud y las enfermedades crónicas: un paradigma del trabajo futuro. Rodríguez G, Rojas M. *La Psicología de la Salud en América Latina*. México: Editorial Acapulco, 45-60.
- Lanas, F., Del Solar, J. A., Maldonado, M., Guerrero, M., & Espinoza, F. (2003). Prevalencia de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en una población de empleados chilenos. *Revista médica de Chile*, 131(2), 129-134. doi: [10.4067/S0034-98872003000200001](https://doi.org/10.4067/S0034-98872003000200001)
- Martínez-Donate, A., & Rubio, V. (1999). *Enfoque biopsicosocial de la salud*. Universidad Autónoma de Madrid, UAM.

- Matarazzo, J. D. (1994). Health and behavior: The coming together of science and practice in psychology and medicine after a century of benign neglect. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 1(1), 7-39. doi: 10.1007/BF01991723
- Mendoza, I., & Mendoza, I. (2001). La ira y la enfermedad cardiovascular. *Revista Latina de Cardiología*, 22:110-115.
- Ministerio de Salud. (2013). *Guía clínica AUGE: Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA*. Santiago de Chile.
- Ministerio de Salud. (2016). *Primeros resultados Encuesta Nacional de Salud 2016-2017*. Santiago: Ministerio de Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (1974). *Health Education. A Programme Review*. Ginebra: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Atá*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*. Ginebra: Comisión sobre los determinantes sociales de la salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2009). *Las mujeres y la salud: los datos de hoy, la agenda de mañana*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (14 de febrero de 2016). *Enfermedades crónicas*. Recuperado de http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/

Andrea Lizama-Lefno

PhD, Universidad Autónoma de Barcelona. Socióloga, Universidad de Chile. Académica e investigadora en temáticas de Salud y Género en la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Santiago. Docente en la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad UNIACC