

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Incidencia de los factores sociales en el proceso
salud enfermedad.**

Luciana Espinosa López

Tutor: Celmira Bentura

2010

ÍNDICE

- INTRODUCCIÓN -----	3
- CAPÍTULO I -----	6
Unidad dialéctica entre lo biológico y lo social -----	6
El hombre y sus diferencias con los animales -----	8
Aproximándonos al concepto salud enfermedad -----	13
Factores determinantes del proceso salud enfermedad -----	17
- CAPÍTULO II -----	21
Reseña histórica de la medicalización de la sociedad en Uruguay ----	21
Autonomía médica dentro del hospital -----	24
Prestigio social del médico en la década del novecientos -----	26
- CAPÍTULO III -----	34
Análisis del equipo de salud en la actualidad -----	34
Equipos de salud -----	35
Trabajo Social y su intervención dentro del equipo de salud -----	37
- COMENTARIOS FINALES -----	42
- BIBLIOGRAFÍA -----	45
Fuentes documentales -----	48
Consultas en páginas web -----	48

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se constituye en la Monografía Final, requisito académico necesario para acceder al título de Licenciatura en Trabajo Social de la Universidad de la República.

El tema seleccionado se fundamenta básicamente en el interés personal por reconocer la importancia que tiene lo social en el proceso salud - enfermedad. Para ello se trabaja y retoma los aportes que han hecho algunos autores como Villar, (s/d) quién sostiene que si bien lo biológico y lo social son dos esferas diferentes, se encuentran interrelacionadas de forma tal que constituyen una unidad indisoluble; el hombre como una totalidad.

En el primer capítulo se tratará de abordar la mediatización de lo biológico por lo social, partiendo del reconocimiento de la relación dialéctica entre ambos y no desde la primacía de uno sobre el otro.

En este sentido se hará un reconocimiento de las diferencias existentes entre los animales y los hombres, debido a la influencia de lo social en la vida de estos últimos. Pues de esta forma se buscará reconocer el peso de lo social en la vida cotidiana del hombre, especialmente desde el punto de vista de su salud.

Continuando con esta visión de remarcar las diferencias entre unos y otros, se realizará una breve presentación de determinadas enfermedades que se dan exclusivamente en el ser humano. A su vez se destacarán algunas enfermedades hereditarias y su relación con el entorno, pues la idea es demostrar que por si solo los

dotes biológicos no son decisivos en la vida del hombre, sino que lo fundamental es abordar al ser humano en forma integral, es decir como un ser bio- psico- social.

En efecto, cabe aclarar que si bien la presente monografía no profundizará el aspecto psicológico en la vida del hombre no lo desconoce ni mucho menos, sino que no lo abordará porque el tema central aquí es la “relación dialéctica entre lo biológico y lo social en el proceso salud enfermedad”.

A continuación se tratará de definir el proceso salud enfermedad a partir del enfoque de diferentes autores a través del tiempo, partiendo de la definición que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Posteriormente se abordarán las determinantes del proceso salud enfermedad, a partir de los distintos elementos que influyen en él, tales como las características geográficas, la humedad, la contaminación ambiental, la sociedad y los grupos sociales a los que pertenece cada uno, entre otras.

En el segundo capítulo se realizará una breve reseña histórica de la medicalización de la sociedad, reconociendo que si bien el discurso médico no es el único dentro del campo sanitario se podría considerar como hegemónico.

Luego se abordará la autonomía de los médicos dentro del hospital, así como también el prestigio social que adquirieron en la década del novecientos. Pues no se puede desconocer que a partir de esa época el hospital se concibió como un instrumento de cura, en el cual el médico asumió la responsabilidad principal de la organización hospitalaria.

En el tercer y último capítulo se abordará la relación a la interna de los equipos de salud. Para ello se indagará sobre la participación del médico, así como también de todos los profesionales que intervienen en los equipos de salud tales como enfermeras, nutricionistas, psicólogos, enfatizando sobre el rol de los trabajadores sociales.

CAPÍTULO I

Unidad dialéctica entre lo biológico y lo social

El hombre por su esencia social posee rasgos fundamentales y particularidades específicas que lo diferencian radicalmente de otros seres vivos. Esto conlleva a enfocar la salud no sólo desde posiciones biológicas sino también considerando las características sociales. Pues la actividad vital del hombre transcurre en constante proceso de interacción biológica y social.

En este sentido se coincide con Villar (s/d) quien entiende que *“Lo biológico y lo social constituyen esferas diferentes, cada una de ellas regidas por regularidades específicas, pero que están íntima e inseparablemente interrelacionadas y constituyen en consecuencia campos de acción interdependientes, que conforman una unidad indisoluble: el hombre como una totalidad”*. (Villar; s/d: 3)

Es decir, que el hombre como unidad indisoluble de lo social y lo biológico se encuentra determinado no solamente por leyes biológicas, sino que también es condicionado por *“(…) factores sociales, que ejercen una influencia sustancial en los procesos biológicos en su organismo. Esto significa que los problemas de la salud y las enfermedades del hombre, incluidos en los problemas de la ecología médica, es preciso analizarlos teniendo en cuenta toda la diversidad de los procesos que consisten en mediatizar y “levantar” lo biológico por lo social”*. (Ado; 1978:3)

La modificación de la propia patología humana no es sólo un simple proceso biológico, *“... sino un proceso biológico socialmente condicionado, que posee los*

rasgos exteriores de proceso biológico y un profundo contenido social". (Ado; 1978:5)

"Si partimos de la premisa que el hombre es un ser biológico y social, cada una de sus manifestaciones vitales o de los procesos que en él se desarrollan, deben ser analizados a través de esa perspectiva global integradora de lo biológico y lo social, es decir, de lo orgánico, lo psicológico y lo social." (Villar; s/d: 7) Pues por sí sólo lo biológico no es decisivo para la conformación del hombre como miembro de la sociedad, sino que debe ser considerado como un ser bio- psico-social.

El concepto del hombre como ser bio- psico- social incluye el cuerpo, la mente y lo social. Si bien estas tres esferas de la realidad no pueden disociarse en la presente tesis se optó por abordar el aspecto biológico y el social, ya que se parte de la premisa que *"Lo social mediatiza y condiciona lo biológico y caracteriza al hombre de manera específica"*. (Villar, s/d: 5) Lo cual no determina que se niegue el aspecto psicológico, sino todo lo contrario, dado que lo fundamental aquí es el reconocimiento de la globalidad.

Pues si bien al hombre como a todos los seres vivos las condiciones biológicas lo determinan, hay algo que lo diferencia de otros seres vivos, y esa, es su esencia social. En otras palabras, se podría decir que la diferencia entre los hombres y los animales esta dada porque el hombre en su esencia es un ser social y por tanto en su vida las leyes sociales también lo determinan.

En efecto, el hombre como único ser que vive en sociedad, logra transformar la naturaleza y modifica las condiciones de vida más allá de lo instintivo, su vida se encuentra determinada no sólo por factores y leyes biológicas, sino también sociales.

Pues su actividad vital transcurre en un proceso de constante interacción biológica y social, lo que lo hace particular y a su vez lo diferencia de los animales, tal como se tratará de explicitar a continuación.

El hombre y sus diferencias con los animales

A través de la historia se puede visualizar como el hombre para lograr su supervivencia y reproducción se ha visto en la necesidad de actuar en grupo. Es decir, que el desarrollo de la vida en sociedad se ha convertido en un factor básico para la vida del hombre, así como también en una condicionante de su propio desarrollo biológico y social. En base a ello se puede decir que *“Lo social surgió y se formó históricamente sobre la base biológica; pero luego las relaciones sociales se transformaron en el elemento rector y condicionante fundamental del desarrollo del hombre.”* (Villar; s/d:3)

Este desarrollo le ha permitido al hombre diferenciarse de los animales, ya que no sólo se encuentran determinados por sus dotes genéticos, sino también por otras condicionantes tales como el momento histórico en que se encuentren viviendo, el desarrollo social, los avances científicos, las fuerzas productivas y el tipo de relaciones que se establecen entre los hombres.

En este sentido se coincide con Ado (1978:4) cuando plantea que *“El mecanismo de la mediatización social condiciona la correlación de las propiedades heredadas y las adquiridas en el proceso de desarrollo individual, correlación peculiar, que no es propia de ninguna especie animal y sólo es característica para el hombre”.*

Pues tal como se expresa anteriormente, la herencia genotípica si bien constituye la base de la formación del hombre, por si sola, no es lo determinante en su vida. Mientras que los animales si heredan directamente la experiencia que permanece invariable a lo largo de su vida.

Aunque en ciertas ocasiones se ha podido observar como algunas especies animales han tenido la capacidad de adaptar el medio que habitan según sus necesidades, pero siempre a partir de un plan rígido, heredado, propio de su genotipo. Dicho comportamiento no es consciente, sino que son acciones reguladas por reacciones hereditariamente fijadas, instintos que se encuentran ligados con las propiedades específicas de cada animal. (Ado; 1978)

En suma, se podría decir que el hombre logra liberarse de la influencia de los mecanismos de selección natural, porque es un ser racional y como tal, no sólo influye en su ser lo heredado, el instinto, o lo biológico, sino también lo social y cultural.

La vida humana no se reduce a los aspectos meramente biológicos sino que es una realidad compleja: biológica, psicológica y social. Por ello en el caso del hombre seguir viviendo no es sólo poder mantener la vida biológica para reproducirse, sino también poder actuar con su inteligencia y voluntad, llevando a cabo actividades que no pueden realizar los animales tales como trabajar y estudiar, entre otras.

Por otra parte las diferencias en la formación, desarrollo y manifestaciones exteriores de las enfermedades entre los animales y los hombres se aprecian en mayor medida cuando examinamos más detallada y atentamente las enfermedades de cada uno de ellos.

En esta línea de pensamiento se encuentran autores como Ado, quién sostiene el postulado de que *"...la simulación completa de las enfermedades de los hombres en los animales es imposible. En los animales podemos simular sólo algunas manifestaciones de las enfermedades del hombre, algunos síntomas y síndromes, pero no la enfermedad totalmente. Puesto que las relaciones del hombre con el medio biológico que le rodea, sobre todo con el medio social, se diferencian sustancialmente de todas las formas de relación de los animales con el medio, la mayoría de las enfermedades del hombre surgen y transcurren de manera completamente distinta, que en los animales (...) Es más muchas enfermedades del hombre (...) no surgen en absoluto en los animales, o bien no surgen en condiciones naturales y en plena medida."* (Ado; 1978: 6)

En otras palabras, se podría decir que la condicionante social que posee el hombre es casi imposible de producirse tal cual en los animales, pues las relaciones sociales no siempre influyen de la misma manera en el organismo humano y en los animales. Por ello cuando hablamos del hombre es preciso investigar no sólo los procesos biológicos sino también los sociales y culturales.

En este sentido Freidson (1978:213) plantea que *"El diagnóstico y tratamiento de la enfermedad no son actos comunes a los ratones, monos y seres humanos, sino actos sociales peculiares de las personas. La enfermedad como tal puede ser una afección biológica, pero la idea de enfermedad no lo es, ni tampoco lo es el modo en que los seres humanos responden a ella. En estos términos, la desviación o enfermedad biológica se define socialmente y se circunscribe mediante actos sociales que la condicionan"*.

Por lo que se entiende que es necesario trabajar con la unidad de lo biológico y lo social, pero no desde la primacía de uno sobre el otro, sino desde ambos, ya que de lo contrario se analizaría desde un enfoque unilateral, es decir desde la absolutización de lo social o lo biológico, subestimando o incluso ignorando el papel del otro. Por todo ello se considera que lo ideal sería que ambos aspectos estén presentes mediante una relación dialéctica, en la cual primará lo biológico o lo social según la situación.

Como ejemplo de la absolutización de lo social se puede destacar el hecho de que por más que dos personas se encuentren en la misma situación, en el marco de un ambiente determinado, no siempre van a reaccionar de la misma forma. Porque como se expuso anteriormente allí no sólo se encuentra en juego lo social, sino también lo individual, las dotes genéticos de cada uno y la herencia biológica; y si esto no fuese así el proceso salud y enfermedad dependería exclusivamente de lo social y no a la unidad dialéctica que como tal debe ser analizada.

En este contexto se coincide con Coe cuando sostiene que las determinantes culturales también influyen en el hombre dado que: (...) *“dos personas que tienen los mismos síntomas, considerados clínicamente, pueden comportarse de modo totalmente distinto; una de ellas puede preocuparse y buscar inmediatamente ayuda médica, mientras que la otra puede ignorar los síntomas y no preocuparse en absoluto por el tratamiento. (...) Aunque estas respuestas pueden ser muy variables –incluso pueden incluir alternativas incompatibles–, ordinariamente obedecen a los conocimientos propios de la cultura del individuo”*. (Coe; 1973: 128)

A su vez Villar entiende que *“El hombre como ser social ha demostrado a través del desarrollo histórico, que es capaz de llegar a conocer las leyes que regulan*

el desarrollo de la naturaleza y de la sociedad, y que ha ido creando recursos científicos y tecnológicos con los que es capaz de lograr la transformación del ambiente natural y social en su propio beneficio." (Villar; s/d: 5) Pues el hombre como ser racional tiene el poder de la transformación, es decir, que tiene la posibilidad de denominar la naturaleza y la sociedad tanto para su beneficio como para su autoeliminación. Esta última a partir de su propio poder de destrucción, dado que en ciertas ocasiones se ha podido observar como satisfacer ciertas necesidades lo han llevado a provocar perjuicios irreparables para la salud, tal como lo son la contaminación ambiental, la carrera armamentista o el riesgo de una guerra nuclear, entre otras.

En suma, se podría considerar que el poder de transformación ha sido decisivo tanto en la vida del hombre como de la sociedad en su conjunto, y como ejemplo concreto de ello se puede observar la prolongación de la vida humana que se ha podido alcanzar en la actualidad.

En este sentido, podría decirse que si la vida en su conjunto esta regulada por leyes biológicas mediatizadas por factores sociales, la salud y la enfermedad como expresiones de diferentes momentos del ciclo vital del hombre deben ser analizadas bajo esta misma perspectiva. Por lo que no se debería tratar de analizar los factores sociales como algo externo al proceso salud enfermedad sino que habría que tratar de comprender ese proceso en su verdadera integralidad.

Integralidad que no sólo incluye a los factores sociales, sino también a los factores culturales, ambientales, así como también a los estilos de vida. Pues también existen "(...) inquietudes propias del sustrato cultural que pueden alterar el

significado de la enfermedad. Las creencias acerca de la invalidez, desfiguramiento y muerte son componentes culturales que pueden impulsar a los enfermos a buscar asistencia o bien a rechazarla (quizás fatalmente)". (Coe; 1973: 129)

Pues estas creencias culturales influyen no sólo sobre los conocimientos acerca de la salud y la enfermedad, sino también sobre las creencias de sus causas y su curación. Un claro ejemplo de ello se puede observar cuando una persona fiel a determinada religión no acepta realizarse tratamientos invasivos.

Inclusive hay autores como Ivan Ilich (1978) quien sostiene que los avances médicos también producen patologías, las cuales son llamadas enfermedades iatrogénicas, o sea, producidas por el propio sistema.

En cuanto a los factores ambientales y los estilos de vida anteriormente mencionados cabe aclarar que serán abordados en el siguiente punto, al tratar de conceptualizar el proceso salud enfermedad, dado que los mismos permitirán visualizar la relación dialéctica entre lo biológico y lo social.

Aproximándonos al concepto salud enfermedad

Si bien la salud y la enfermedad siempre han existido como tal, la idea o los conceptos que de ellas se tienen han ido cambiando a través del tiempo. Ambos conceptos han sido condicionados por variaciones históricas y socioculturales de cada época. Por lo que se podría decir que la salud y la enfermedad como cualquier otro término de la realidad trascienden y a la vez están sujetos a la conceptualización que de los mismos se pueda realizar en un momento socio-cultural determinado.

El proceso salud enfermedad ha sido y es una constante preocupación de la humanidad. Sin embargo dicho término aún puede evocar distintas realidades dependiendo de la época histórica, la cultura o la civilización en la que nos situemos, así como también los actores y los segmentos sociales que lo empleen. Pues aunque se ha discutido mucho en las publicaciones médicas sobre qué es la salud, no se ha llegado a un acuerdo sobre el asunto.

El concepto de salud ha sufrido constantes modificaciones a través del tiempo y si bien en la actualidad ha llegado a ocupar un lugar de extraordinaria importancia en la vida personal y social, aún continúa siendo muy complejo poder llegar a definirla.

En el pasado la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como la *“ausencia de enfermedades”*, es decir en términos exclusivamente negativos. Sin embargo en el año 1946 la redefinió como *“El estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de o enfermedad.”* (Portillo, 1993: 19)

Comparando ambas definiciones se puede observar como aspecto positivo que en esta última la salud ya no es definida exclusivamente a partir de la ausencia de enfermedades, así como también que por primera vez se hayan incluido factores mentales y sociales. Sin embargo lo que aún no logra abarcar es el aspecto dinámico del proceso salud enfermedad, sino que lo expresa como algo estático.

Otro de los puntos negativos es que equipara el concepto salud con el de bienestar, los cuales no siempre son correlativos. Pues si observamos el caso de un drogadicto vemos que al momento de consumir experimenta una sensación de bienestar, lo cual no implica que a su vez obtenga cierto grado de salud. Además esta

definición es sobre todo una declaración de principios por lo que se asemeja más a un deseo que a una realidad.

Hay otros autores como Terris (1980) que amplían dicha definición considerando la salud en dos aspectos, por un lado el aspecto objetivo que es aquel que permite la capacidad de funcionar y por otro el subjetivo que es el bienestar, o sea el hecho de sentirse bien en diferentes grados.

A su vez existen otros autores que toman a la salud y enfermedad como estados que no se producen aislados uno del otro, *"(...) sino que constituyen manifestaciones de un mismo proceso dinámico en continua interacción dialéctica, con rupturas, cambios y contradicciones, tal como el organismo vivo está también en continua transformación y adaptación."* (Villar; s/d: 7)

Es decir, salud y enfermedad son expresiones diferentes, contradictorias y complementarias de un mismo proceso dinámico. Proceso que se manifiesta en forma individual en cada persona y que es condición necesaria para que este pueda desarrollarse en su plenitud, pero sin olvidar que a su vez forma parte de la realidad social como tal.

Además no se puede aseverar que una persona este completamente sano o enfermo, ya que la barrera entre uno y otro no es tan visible como se piensa. Ambos son manifestaciones diferentes y contradictorias de un mismo proceso de interrelación e interacciones recíprocas entre el individuo y el medio ambiente natural y social en el que vive.

Según la perspectiva de Canguilhem (1971:150) *“Estar sano y ser normal no son cosas totalmente equivalentes, porque lo patológico es una especie de normalidad. Estar sano no es sólo en una situación dada, sino también ser normativo en esa situación y en otras situaciones eventuales. Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir normas nuevas en situaciones nuevas”*

Tampoco es posible diferenciar lo normal de lo patológico en un punto exacto, cuando ni siquiera queda claro lo que se entiende por normal o patológico.¹

Por todo ello hay autores que discrepan con la similitud de los conceptos salud y normalidad y cuestionan la identificación de lo normal con salud y lo anormal con la enfermedad, destacando así que la frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa, pues no existe un hecho normal o patológico que pueda definirse en sí mismo.

Por otra parte, tal como se ha tratado de realizar desde el inicio del presente trabajo se debe tener en cuenta que en el hombre el proceso salud enfermedad no sólo se encuentra determinado por factores biológicos, sino también sociales y culturales. Por ello a continuación se tratará de abordar la compleja interacción dialéctica entre

¹ *“La conciencia moderna tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito, y también lo criminal. Todo lo que se considera extraño recibe, en virtud de esta conciencia, es estatuto de la exclusión cuando se trata de juzgar y de la inclusión cuando se trata de explicar. El conjunto de las dicotomías fundamentales que, en nuestra cultura, distribuyen a ambos lados del límite las conformidades y las desviaciones, encuentra así justificación y la apariencia de un fundamento.”* (Foucault, 1990:14)

unos factores y otros, así como también la incidencia de estos en el proceso salud enfermedad.

Factores determinantes del proceso salud enfermedad

Existen elementos que influyen en el proceso salud enfermedad no sólo a nivel biológico, sino también en el aspecto psicológico condicionando su estado de ánimo y reacciones frente a los diversos estímulos del medio tales como las características geográficas, la humedad, la contaminación ambiental como los demás seres vivos, la flora y fauna. Asimismo la sociedad y los grupos sociales a los que pertenece cada uno, van condicionándolo y viceversa.

Es decir que al considerar el proceso salud enfermedad como un proceso multicausal *“Todas las relaciones que se establecen entre los individuos, políticas, económicas, culturales, filosóficas y psicológicas, repercuten de alguna manera sobre cada persona y están a su vez determinadas por las conductas de las propias personas. La experiencia clínica y patológica enseña que ante un enfermo, esas interrelaciones se intrincan, se influyen mutuamente y resulta difícil en muchos casos determinar cual de los factores involucrados ha desempeñado un papel más importante en la génesis y desarrollo de un proceso patológico. En general las enfermedades no responden a una sola causa, a un factor etiológico aislado, se trata más bien de una cadena causal, en la que participan elementos físico químicos (microorganismos, tóxicos, compuestos químicos, radiaciones, factores genéticos), psíquicos (ansiedad, angustia, temor, stress) y factores sociales (desempleo, dificultades económicas, represión, malas reacciones)”*. (Villar; s/d: 8)

Desde la perspectiva de multicausalidad del proceso salud enfermedad se pueden encontrar autores como Lalonde², quien sostiene que el nivel de salud de una comunidad viene determinado por la interacción de cuatro variables: la biología humana (donde se incluyen causas relacionadas a la genética y al envejecimiento celular); el medio ambiente (donde incorpora la contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural); el estilo de vida (que comprende las conductas de salud de cada individuo) y el sistema de asistencia sanitaria (que incluye la cantidad, calidad y acceso a los servicios sanitarios). Todos ellos íntimamente relacionados o influenciados por factores sociales. (Saure; 1987)

A su vez la participación de estas cuatro variables en el proceso salud enfermedad no siempre se dan en la misma medida, pues por ejemplo en el caso de enfermedades carenciales, infecciosas y parasitarias hay mayor preponderancia en los factores ambientales. Inclusive la pobreza puede ser claramente ligada a este tipo de dolencias, lo que conlleva a que las enfermedades infecciosas configuren el perfil de mortalidad y morbilidad predominante en los países subdesarrollados. Por el contrario, las enfermedades crónicas no transmisibles, no dependen tanto de la pobreza o del subdesarrollo, pero si de factores como el estilo de vida y del comportamiento individual, bien sea que se presente en cualquier estrato de la esfera social.

Además, si bien en un primer momento se pensó que las enfermedades que predominaban eran las infecciosas, y de allí el surgimiento de unicausalidad (una sola causa; agente etiológico – enfermedad) con la civilización y el paulatino desarrollo aparece el concepto de multicausalidad (muchas causas).

² Lalonde fue Ministro de Sanidad de Canadá y analizó en 1974 la cuestión de los determinantes de salud y construyó un modelo que ha pasado a ser clásico en Salud Pública. (Saure, 1987)

En este sentido también se puede observar que en algunas enfermedades tales como las cardiovasculares intervienen múltiples causas, como lo son el tabaco, la hipertensión arterial, el estrés y la influencia del medio ambiente, entre otras. Incluso en las enfermedades infecciosas se ha podido detectar que las causas más importantes refieren al medio ambiente, a la calidad y al estilo de vida de las personas, tal como lo expresa Ivan Ilich (1978) en su obra *Némesis Médica* donde plantea que si bien las epidemias retroceden no es por los avances médicos, sino por las mejoras en la calidad de vida de las poblaciones.

Asimismo, se ha podido demostrar que existen problemas de salud tales como enfermedades cardiovasculares o úlceras gastrointestinales, entre otras, donde no siempre tienen como base un desequilibrio estrictamente biológico, sino que su factor desencadenante puede ser social.

Por lo que se coincide con Mitjavila (1998: 506) cuando plantea que *“Actualmente existen diferentes argumentos científicos como para sostener que tanto la salud como la enfermedad no existen en si mismas en la naturaleza: ambas son construcciones sociales. (...) Apenas denota que los propios estados físicos y mentales del ser humano, las formas de interpretarlos y las respuestas terapéuticas que reciben están fuertemente condicionados por factores de naturaleza social”*.

Pues se entiende que las enfermedades no son producidas por una sola causa, sino que son multicausales, es decir, que las enfermedades están asociadas a diversos factores químicos, físicos, ambientales y socioculturales, muchos de ellos asociados con el modo de vida y el trabajo.

En síntesis, se podría considerar que el proceso salud enfermedad es condicionado por los diferentes grados de adaptación del hombre frente al medio, los modos y estilos de vida, los cuales a su vez son influidos e influyen en la actividad del hombre como ser social. Pero sin olvidar que dicho proceso también ocurre en una población cuyos miembros tienen una determinada constitución genética.

Es decir, que en constante cambio y en la búsqueda de un equilibrio entre el hombre y el ambiente que gira el concepto del “proceso salud enfermedad”, donde continuamente se incluyen dimensiones individuales, sociales, culturales y biológicas del ser humano.

Por lo que cabe preguntarse:

¿Como se ha realizado la intervención del proceso salud enfermedad a lo largo de la historia?

¿Siempre ha sido desde una sola disciplina?

En los próximos capítulos se intentará dar respuesta a estas interrogantes.

CAPÍTULO II

Reseña histórica de la medicalización de la sociedad en Uruguay

Como se expresó en el capítulo anterior el proceso salud enfermedad se encuentra relacionado con el ambiente, con la cultura, con la educación, con los comportamientos sociales y con el nivel de desarrollo social, por lo que se podría considerar que el abordaje del mismo no es privativo de la medicina.

“Obviamente, el saber médico no es el único tipo de saber que participa en la construcción del campo sanitario, así como tampoco es el único que forma parte de las estrategias discursivas de la medicalización de la sociedad. No obstante, su preeminencia es tan marcada que resulta un hecho incuestionable para los estudiosos del tema”. (Mitjavila; 1998:17)

Es decir, que si bien el discurso médico no es el único dentro del campo sanitario se podría considera como el hegemónico. Por ello en el presente capítulo se tratará de abordar la historia de la medicalización³ en nuestra sociedad, pues para poder entenderla es necesario aproximarse a ella a través de su evolución.

Antiguamente existían personas que no podían dar cuenta de si mismos como “brujas, monstruos y dementes”, los cuales eran considerados como los portadores de los todos los males de la sociedad y los especialistas con autoridad social como para eliminar y recluirlos los catalogaban como los portadores de la infamia.

³ “Con el término medicalización, las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina produce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un grado mayor de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios” (Menéndez, 1985 in Mitjavila, 1998: 2)

En efecto, se puede observar como a lo largo de la historia han existido diferentes figuras que han tratado de resolver los problemas más relevantes de la sociedad o al menos decir que lo hacen. Entre los que se destacan el cura y el médico, cada uno de ellos en una época y sociedad determina. (Portillo; 1993)

En tiempos pasados *“La familia era el ámbito natural en el cual, se trataba primero la enfermedad. La mujer –abuela, madre- tenía allí el papel protagónico pues era la depositaria del saber popular, de las recetas transmitidas de generación en generación –los remedios “caseros”-, de las intervenciones de pequeña cirugía que arrasaban con los forúnculos. En las familias patricias y/o ricas, la mujer curaba los hijos, sirvientes y aún pobres de los alrededores, su medicina era más barata que la del médico y que la del curandero y a veces hasta eficaz”*. (Barrán; 1993: 36)

En este sentido se podría decir que el abordaje del enfermo en dicha época era básicamente en el seno familiar. El hospital era considerado como el lugar para ir a morir, su personal estaba destinado a conseguir la salvación del individuo, más que de curar al enfermo, su finalidad principal era lograr la salvación del alma del pobre en el momento de su muerte. La Institución ejercía una función de transición entre la vida y la muerte, así como también la función de separar a los individuos peligrosos del resto de la sociedad con el supuesto objetivo de cuidarlos.

Antes del siglo XVIII el hospital era esencialmente un lugar de asistencia a los pobres en espera de la muerte y estaba a cargo del poder la Iglesia, pero al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión que separaba a los enfermos y protegía a los demás contra el peligro que los entrañaba.

En aquella época el médico dentro de los centros hospitalarios si bien tenía cierta autonomía técnica dependía básicamente del personal religioso, dado que estos eran quienes controlaban a los enfermeros, ingresaban y decidían cuando alimentar o dar la medicación a los enfermos, e inclusive quienes determinaban si las situaciones eran de urgencia o no. Los médicos se dedicaban exclusivamente a atender a los enfermos más graves.

En Uruguay se puede observar que en 1775 nació la Hermandad de la caridad, cuya finalidad fue cuidar más que curar a los enfermos. *“Primero pasó una limosna diaria de dos reales a los pobres y, luego de alquilar una casa, en 1788 los trasladó a otra “que el Cabildo mandó edificar para Hospital”, y entregó en uso y propiedad a la Hermandad con la obligación de recibir “a todos los enfermos pobres y atenderlos en los espiritual y temporal”* (Barrán; 1993: 49)

En dicho hospital se combinaron en diversas dosis, religión, ciencia médica y caridad con el enfermo, donde a su vez predominó el enfoque católico al servicio del pobre, pues fue así como lo impusieron casi todas las autoridades que lo rigieron hasta aproximadamente 1890. (Barrán; 1993)

En suma, se puede considerar que *“La medicina no siempre ha sido una profesión, al menos en el sentido moderno de este término. Debemos recordar que en las primeras etapas de su evolución era más bien semejante a un oficio; durante muchos años después de la Edad Media, los médicos no gozaban de un alto status ni su trabajo suscitaba un gran respeto”*. (Coe; 1973: 222) Por lo que se podría decir que la legitimación de la medicina como ciencia no se logró de un día para el otro, sino

que fue el resultado de un largo proceso histórico en el cual intervinieron factores de diversas índole.

Autonomía médica dentro del Hospital

A partir de la década del novecientos el hospital se concibe como un instrumento de cura, en el cual el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria. A partir de allí las visitas médicas en estos centros se multiplican, los médicos pasan de asistir una vez al día a establecer reglamentos donde exigen que cuando haya enfermos graves se realicen rondas también por las noches e inclusive sean visitas más largas. A su vez se llega a requerir la presencia de un médico que de ser necesario pueda acudir a cualquier hora del día o la noche. Por lo que ya en esa época podría decirse que se llega a crear el personaje del “médico de hospital”, dado que hasta ese momento los grandes médicos no aparecían por el hospital, sino que básicamente se dedicaban a realizar consultas particulares. (Foucault; 1990)

En palabras de Foucault se podría decir que *“Con base en el hospital y en todos esos controles sociales, la medicina pudo cobrar impulso, y la medicina clínica adquirió dimensiones totalmente nuevas”*. (Foucault; 1990:109)

En este contexto se puede observar como *“En el siglo XIX era difícil que faltara el cura en el lecho del moribundo; el que a menudo no estaba era el médico. En el Novecientos los hechos ocurren exactamente a la inversa; la muerte se ha medicalizado”*. (Barrán; 1993: 56) O sea que, ya en esta época se produjo un cambio en la titularidad de los dirigentes y creadores de las conductas moralmente aceptadas,

pues el cura fue sustituido por el médico. Encontrándose así, que dentro del imaginario colectivo del novecientos la medicina aparece como la salvadora de la humanidad, dado que de cierta forma ha traído la esperanza que ha perdido la religión.

En efecto, se podría decir que el culto a la salud como valor absoluto condujo a la medicalización de la sociedad, lo cual implicó que el cura fuera sustituido por el médico.

Asimismo se observa que *“El médico de familia fue la figura dominante de la profesión en el Novecientos. Su reconocimiento de la patología viva y heredada de la familia lo hizo poseedor de secretos que el mismo paciente ignoraba, el alcoholismo del abuelo, la neurosis de la madre, la sífilis juvenil del padre. Por frecuentar la casa en tantas ocasiones como lo exigían aquellas historias mórbidas cargadas, sabía de rencores, odios, antagonismos e infidelidades y hasta los asuntos económicos y llegaba a ser “un verdadero miembro de la familia (...)”.* (Barrán; 1993: 235)

Por lo que se podría considerar que a mediados de 1900 la sociedad uruguaya convirtió a la salud en un valor supremo y al médico en una figura clave en las familias uruguayas, el cual era respetado y su presencia implicaba cierta esperanza de salvación. Asimismo sus consejos u órdenes eran acatados sin discusión alguna.

Por otra parte, se puede observar como dicho prestigio social les ha permitido adquirir herramientas insuperables para imponer en forma consciente o inconsciente los sistemas de valores hegemónicos, así como también que han llegado a ocupar lugares tan distinguidos que casi siempre se constituyen en personajes oídos, respetados, obedecidos e incluso envidiados. (Portillo; 1993)

En suma, se podría decir que desde el novecientos hasta el presente, su prestigio se ha ido incrementando gracias a su creciente profesionalismo y a los éxitos terapéuticos alcanzados.

Prestigio social del médico en la década del novecientos

Como se expresó anteriormente *“En el Novecientos, “la clase médica”, como se autodesignó, se percibió y adquirió conciencia de lo necesario de su cohesión, salió a la conquista del poder en los espacios que creyó le estaban reservados dada la naturaleza de su saber, produjo una imagen de sí misma que pretendió fuera la única socialmente admitida, y logró un lugar propiamente dentro de los sectores dirigentes y otro importante en las clases medias superiores y en las altas”* (Barrán; 1993: 78)

En este sentido se podría decir que para los médicos del novecientos la gente común no tenía la capacidad de dilucidar que era lo más conveniente para su salud, dado que el único capacitado para ello era el médico, pues estos consideraban que la salud y la enfermedad no tenían el mismo significado para unos y otros.

En efecto, si bien *“Es cierto que el discurso médico no es homogéneo y que en él pueden descubrirse un conjunto de discursos con un diferente soporte epistemológico. Sin embargo, existe un discurso claramente dominante, originado en el positivismo y retocado por todas las versiones neo-positivas del siglo actual.”* (Portillo; 1993: 130)

Por lo que se podría considerar que a partir del pensamiento positivista basado en las ciencias naturales, se ha dado un importante proceso de medicalización de la vida social, lo cual ha ido permitiendo la consolidación del poder médico. Pues el

hecho de que el positivismo tenga sus bases en lo biológico u orgánico, sitúa al médico en un lugar de privilegio con respecto al resto de los profesionales.

En este sentido se puede observar que *“Una vez obtenida la autonomía técnica y a partir de ésta, la medicina adquiere una serie de privilegios que le otorgan una fuerte ventaja en otras esferas de la práctica. Tiene influencia sobre aspectos del trabajo que no son técnicos, pero que forman parte de la división social del trabajo en el campo sanitario”*. (Mitjavila; 1998:21)

En efecto, los médicos del novecientos creyeron ser las únicas personas con autoridad moral como para decidir que era concebido como salud y enfermedad, hasta el punto de considerar pertinente la creación de un cuerpo policial propio, con funciones de control y educación sanitaria. (Foucault; 1990)

En este mismo sentido Freidson (1978: 23) sostiene que: *“La posición de la Medicina hoy es análoga a las de las religiones del Estado ayer; tiene un monopolio aprobado oficialmente sobre el derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad. Más aún, como lo refleja su gran prestigio, es sumamente estimada por la opinión pública. (...) Si la Medicina fue una “profesión” en el pasado, lo fue con características muy diferentes de las que tiene hoy. Durante la mayor parte del tiempo registrado no hubo una simple ocupación identificable como “medicina”, ya que existían muchas clases de curadores. Con el surgimiento de la universidad en Europa, la Medicina se convirtió ante todo en una “profesión erudita”. Llegó posteriormente a ser una verdadera profesión de consulta, y sólo recientemente logró el poder y la estabilidad que actualmente caracterizan su preeminencia”*.

En suma, podría decirse que la medicina logró obtener para sí cierta preeminencia, la cual estuvo basada fundamentalmente en su carácter de autoridad experta y cuyo conocimiento se concibió como definitivo. Lo que determina que su posición sea análoga con respecto al pasado, pues ahora posee un monopolio que goza de aprobación oficial, lo que le otorga a su vez cierto derecho a definir y tratar la salud y la enfermedad en los seres humanos. (Mitjavila; 1998)

En este contexto también se puede considerar que el médico no sólo tiene mayor prestigio a nivel de la sociedad en general, sino también dentro de lo que se constituye como el personal de salud. Inclusive hay autores como Portillo (1993) que manifiestan que en caso de alguien no lo sepa o lo olvide, ellos mismos son quienes se encargan de recordárselo. Lo que puede llevar en ciertas ocasiones a una lucha interna entre el discurso médico y otros profesionales como nutricionistas, psicólogos y asistentes sociales.

Por otra parte, se puede observar que el *"(...) médico del Novecientos juzgó "promiscua" y antihigiénica la vida de los pobres en el rancho y el conventillo. El dictamen se hizo sin dudas desde la asepsia, pero también desde la moral que se quería imponer, desde el asco que se sentía ante la suciedad del inferior, y desde el individualismo burgués horrorizado por la cercanía de los cuerpos que demostraba la sociabilidad popular"*. (Barrán; 1994: 177)

Además, en esta época para el pobre y especialmente para el pobre del interior el médico y toda su parafernalia curativa les eran ajenas, y en algunos casos hasta temibles. En cierto sentido el comportamiento requerido dentro de los hospitales, con su imposición al silencio les eran extraños, pues distaba mucho con el tono fuerte del

habla de los campesinos. *“Hasta los olores cambiaban en las cercanías del poder médico. Nada olía como el hospital, con esa frialdad neutra de los desinfectantes, el cloroformo y el alcohol profusamente utilizados. (...) Por todo eso, la imagen que daba el médico de soberbia era tanto fruto de la ajenidad de su universo como del desprecio que sentía ante el otro universo: el paciente pobre”*. (Barrán; 1994: 222)

Inclusive hay autores como Portillo que sostienen como *“Los factores socio-económicos (desigualdades sociales) determinan el hecho de que la salud enfermedad y la muerte se distribuyen de manera diferente según la clase social (...) más aún la distribución de las clases sociales es, en si misma, una determinación de los niveles de mortalidad (epidemiología socio –económica); por lo tanto se pueden lograr cambios en las tasas de salud y de mortalidad, no sólo mediante medidas sanitarias y médicas, sino también a través de cambios en la estructura de clases y, en particular, mejorando las condiciones de vida en los grupos más pobres y más desheredados”*. (Portillo; 1993:24)

Asimismo, se puede observar como en esta época tanto la clase médica como los ricos comprendieron que aislar a los enfermos para evitar el contagio de los pobres era una actividad insegura y poco eficiente, dado que el aislamiento de los tuberculosos humildes u otros enfermos en los hospitales hubiese significado una inversión muy elevada, que ni el Estado, ni sus contribuyentes hubiesen estado dispuestos a realizar. Además se cree que nada podía garantizarles que dicho aislamiento daría resultado. (Barrán; 1994)

Por lo que se coincide con Mitjavila y Fernández cuando sostienen que *“La expansión y desarrollo de las ideas científicas y técnicas sobre la salud y la*

enfermedad son el resultado y al mismo tiempo elementos co-constructores de ese largo proceso de modernización de la vida social". (Mitjavila y Fernández; 1998:507)

Proceso que a su vez fue apoyado por el Estado al tratar de convertir en ilegal la competencia de otros trabajadores con los médicos.⁴

En suma, se podría decir que el discurso médico a través del tiempo ha ido adquiriendo diferentes características dependiendo del período histórico en que se encuentre, pues no sólo ha llegado a ser científico, sino también ético. Por momentos hasta se podría decir que ha sido formativo, instructivo, normalizador y disciplinante. Además, dadas las características místicas y científicas que posee también se podría considerar como seductor. Pues este es atractivo, misterioso e incluso necesario en algunos momentos. *"Como dice Baudrillard, la seducción representa el dominio del universo simbólico, mientras que el poder representa sólo el dominio del universo real."* (Portillo; 1993: 137)

⁴ *"El fundamento de control médico sobre su trabajo tiene entonces un carácter claramente político, incluyendo la colaboración del Estado en el establecimiento de la importancia de la profesión. La ocupación misma tiene representantes formales, ya sean organizacionales o individuos, que intentan digerir los esfuerzos del Estado hacia las políticas deseadas por el grupo ocupacional. Es así como el control de la ocupación sobre su trabajo se establece y estructura en base a la interacción entre agentes formales u órganos de la ocupación y funcionarios del Estado. La característica más estratégica y apreciada de la profesión, su autonomía, se debe por ende a la relación con el Estado soberano, con respecto al cual no es finalmente autónoma. Y la autonomía del médico individual existe dentro de un espacio político y social mantenido para su beneficio por mecanismos ocupacionales políticos y formales. La autonomía profesional no es absoluta: el Estado detenta el poder último y garantiza autonomía condicional para algunos. Para entender tal autonomía se ha de comprender el carácter de la organización ocupacional formal y su relación con los sistemas políticos del Estado".* (Freidson, 1978: 39)

En efecto, la forma en que la salud ha sido abordada en cada época histórica podría decirse que ha sido influida más por factores económicos que por determinantes biológicos. Pues *“La medicina de hoy ha llegado a ser consciente de la relatividad de lo normal y de las considerables variaciones a las que se ve sometido el umbral de lo patológico: variaciones que radican en el propio saber médico, en sus técnicas de investigación y de intervención, en el grado de medicalización alcanzado por un país, pero también en las normas de la vida de la población, en su sistema de valores, y en sus grados de sensibilidad, en su relación con la muerte, con las formas de trabajo impuestas, en fin, con la organización económica y social. En último término la enfermedad es, en una época determinada y en una sociedad concreta, aquello que se encuentra (práctica o teóricamente medicalizado)”* (Foucault; 1990:26)

A su vez, se podría considerar que tras la medicalización de la sociedad tanto el cuerpo propio como el ajeno fueron considerados como valor económico y político. De ahí que el *“El mayor énfasis en ese entonces se estableció en la igualdad salud-trabajo. Los hombres fueron estimados como factores de capital social”*. (Barrán; 1993: 124) Llegando así a considerarse que el hombre sano en edad de trabajar era de cierta forma el mejor obrero, dado que le permitiría cierta asiduidad y por ende cierta productividad al patrón. Pero detrás de la medicina no sólo se encuentra esta generación de fuerza de trabajo sino también la poderosísima industria farmacéutica, punto que si bien merece ser destacado no será profundizado en el presente trabajo.

Por otra parte también se puede observar como la medicina actual ha ido ganando terreno en varias facetas de la vida social, pues en la actualidad son los médicos quienes se encargan de emitir los juicios de aptitud de las personas, ya sea

para ser tenidos en cuenta en tribunales judiciales o para determinar si una persona puede o no desarrollar ciertas actividades físicas.

Además, cabe destacar que con la reciente medicalización de la sociedad se puede visualizar como la tecnificación de la medicina actual y los estudios complementarios han ido invadiendo la práctica médica, llevando así a que se deje de lado el contacto del médico con el paciente.

Inclusive se puede observar que el médico ya no trabaja independientemente, sino que se encuentra enmarcado en una determinada Institución, lo que a su vez estipula cierta institucionalización y despersonalización, en tanto se desconoce a la persona, pasando este a ser un objetivo del mercado, un conjunto de papeles, un número de registro en un recibo social o en algunos casos un gasto a ser controlado.

En este sentido se podría decir que *“La fugacidad, la discontinuidad y la fragmentación del proceso asistencial atentan profundamente contra la identidad e integridad del paciente. El sujeto que solicita atención médica necesita no sólo a una persona que lo atienda sino también a un proceso que le permita depositar la confianza; necesita desarrollar una historia, construir en conjunto con su médico lazos en el intercambio estrecho y continuado, lo que requiere necesariamente tiempo”* (Díaz; 2007; 2)

En suma, el paciente necesita antes que nada que se lo atienda, pero que a su vez se lo reconozca como persona, con todo lo que ello implica, por lo que no debería ser abordado a partir de fragmentaciones de su persona sino como un todo. Pues tal como ya se expuso en la primera parte de este trabajo el hombre debe ser considerado como un ser bio -psico –social y como tal debería ser abordado.

Por tal motivo en el próximo capítulo se tratará de abordar dicha integralidad, no sólo a partir del rol del médico sino del equipo de salud en general, haciendo hincapié en la intervención del Licenciado en Trabajo Social dentro del mismo, ya que lo esencial en este trabajo es indagar la relación dialéctica entre lo biológico y lo social en el proceso salud enfermedad.

CAPÍTULO III

Análisis del equipo de salud en la actualidad

A lo largo del presente trabajo se ha tratado de abordar la importancia que tiene la relación dialéctica entre lo biológico y lo social con respecto al proceso salud enfermedad, ya sea tratando de conceptualizar dicho proceso en el primer capítulo, como analizando el abordaje del mismo a través de la tiempo en el segundo.

Por tanto en el tercer y presente capítulo se considera pertinente profundizar el abordaje del proceso salud enfermedad en la actualidad. Para lo cual, no sólo se deberá indagar sobre la participación del médico, sino también de todos los profesionales que intervienen en los equipos de salud tales como enfermeras, nutricionistas, psicólogos y trabajadores sociales entre otros.

Pues *“en la etapa actual del desarrollo de la medicina son pocos los que pretenden seguir ignorando la génesis social de los procesos de enfermar y estar saludable, así como también aquellos que mantienen enfoques individuales a la hora de analizar el proceso salud enfermedad”*. (Socorras; 2002: 1)

En este sentido podría decirse que en la actualidad se está tratando de desterrar el modelo hegemónico de atención sanitaria donde prima la idea de que este es un campo de exclusivo manejo de los profesionales médicos.

¿Pero esto es realmente así? ¿Actualmente el proceso salud enfermedad se aborda desde la relación dialéctica entre factores sociales y biológicos? ¿O aún persiste la primacía de los biológicos? Es decir, el proceso salud enfermedad se está abordando

desde su integralidad? ¿La medicina y especialmente la sociedad lo ha concebido como algo esencial? ¿O continúa siendo esto una utopía?

Para intentar dar respuesta a estas interrogantes habría que indagar sobre los roles de los distintos profesionales a la interna de los equipos de salud, focalizando la atención en la participación del Trabajador Social dentro del mismo.

Equipos de salud

En el presente trabajo cuando se habla de equipo de salud cabe aclarar que se está haciendo referencia a *“aquel grupo de profesionales de una misma y/o diversas disciplinas que se integran para trabajar en conjunto para el logro de un objetivo o fin determinado”* (Sevilla, 2004:1)

En este sentido podría decirse que el trabajo dentro de los equipos de salud es percibido como una forma de dividir responsabilidades y tareas en pro de la atención al usuario. A su vez, podría ser considerado como fuente de aprendizaje para sus integrantes, dado que permite el contacto con otras experiencias y visiones a través del dialogo profesional.

No obstante, esta forma de abordar la problemática de salud no sólo es muy importante, sino también difícil. Pues a menudo se percibe que no todos los profesionales conocen el rol, la función o las competencias de sus compañeros de equipo. En ciertas ocasiones existe disputa por el poder y también miedo a perder espacio y status profesional.

En efecto, se puede observar como aún en la actualidad a pesar de que un gran número de médicos se manifiestan comprometidos con un modelo no tradicional de ejercer la medicina, basados en un concepto de salud bio-psico-social, se cree que en ciertas ocasiones la relación a la interna de los equipos de salud no es de igualdad, pues estos son quienes generalmente coordinan los grupos, así como también quienes supervisan el trabajo de los demás profesionales.

A su vez se puede observar como históricamente la formación académica recibida por los médicos es difícil de compatibilizar con un modelo de atención sanitaria que involucre disciplinas de otras ramas científicas, si no se intenta repensar el abordaje del proceso salud enfermedad como tal y no meramente desde el punto de vista de la atención sanitaria sobre la enfermedad en sí. Por lo que se cree que integrar otras profesiones, tales como psicomotricistas, psicólogos y asistentes sociales en los equipos de salud es una tarea que aún no está saldada, ni muchos menos.

Esta visión puede verse reflejada en la creación del nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud cuando entre otros puntos plantea que se busca *“Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos”*. Así como también *“Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica”*. (Ley 18211; 2007: 2)

Trabajo Social y su intervención dentro del equipo de salud.

Por lo general se considera que a las ciencias sociales se las convoca a trabajar en los equipos de salud con el objetivo de facilitar las relaciones entre el centro de salud y la comunidad, así como también para capacitar a los demás integrantes del equipo en un proyecto de medicina comunitaria. Para lo cual es necesario incluirse en una Institución pero no como mero investigador sino como parte de un equipo inter o multidisciplinario⁵.

En este sentido puede observarse que a la interna de los equipos de salud se percibe la intervención del trabajador social como un recurso humano que participa en la organización y funcionamiento de las Instituciones, así como también en los servicios de bienestar social para la población.

En otras palabras, podría decirse que se convierte en el vínculo de enlace entre los recursos que ofrecen las Instituciones y la población que demanda los servicios, generalmente a través de programas de asistencia, promoción social y desarrollo comunitario.

⁵ Por equipo interdisciplinario se entiende que es *"la conjunción de diferentes disciplinas profesionales, cada una aportando de manera independientemente su experiencia, para realizar el abordaje de una situación concreta. La coordinación entre los profesionales, en este nivel, es meramente informática, sobre avances, retrocesos o vacíos de atención profesional."* Por equipo multidisciplinario se entiende que es *"la conjunción de diferentes disciplinas profesionales donde, si bien es cierto, cada una aporta su experiencia, ésta se encuentra entrelazada con la experiencia de las demás disciplinas. La fortaleza y experiencia de una disciplina empodera a las demás. La coordinación entre los profesionales supera el ámbito informativo y se ubica en un nivel de intervención conjunta de situaciones concretas."* (Sevilla, 2004:1)

Pues la intervención del trabajador social en el área de la salud es importante no sólo por su actividad con un usuario determinado, sino también en las acciones de promoción y coordinación de los programas institucionales dirigidos a la población en general.

Asimismo, es quién en el equipo intenta conocer las carencias y necesidades sociales que inciden en el proceso salud – enfermedad, identifica las redes familiares y sociales, así como también promueve la utilización de los recursos disponibles a través de acciones de investigación, programación y prevención orientadas a recuperar la salud de los pacientes. Tal como lo expresan Failache y Salgado (2002) el trabajador social desde su tarea de mediador, podría promover el empoderamiento y fortalecimiento de las personas.

Por otra parte, se puede apreciar como la intervención del trabajador social en una institución de salud supone de cierta forma, adaptarse al mundo de los médicos y de los centros de salud con todo lo que ello implica, desde sus normativas, códigos y reglas específicas hasta una cultura Institucional históricamente arraigada (como se vio en el segundo capítulo) pero no como una profesión auxiliar del médico (tal como lo fue en sus orígenes) sino como una profesión autónoma dentro del equipo de salud.

Para ello, es importante que *“Apostemos a la reflexión a partir de nuestra disciplina, que nos permita llegar al consenso y a la discrepancia con el usuario en nuestras intervenciones mediadoras. Nuestra mirada debe convivir con la diversidad y el conflicto. No debemos convertirnos en meros persuasores de los mandatos médicos sin acompañar un proceso de análisis donde se sopesen los pasos desde el lugar de la*

realidad del usuario, su tiempo, su cuestionamiento, su dolor, sus inseguridades, sus derechos y sus opciones". (Failache, Salgado, 2002: 69)

Es decir, aprender a trabajar desde otro modo, muchas veces con problemas enunciados por otras disciplinas tales como la médica, así como también trabajar a un ritmo distinto atravesado por distintas urgencias, contradicciones y frustraciones.

En este sentido hay autores como Faleiros que sostienen que *"No es la práctica del Trabajador Social en sí misma la que ha sido privilegiada en las instituciones y, por esto, él se ubica como actor complementario, y actuando en el mantenimiento del orden institucional determinado por los agentes privilegiados"*, como lo es el médico en el ámbito de la salud. (Faleiros, 1992: 37)

Esta misma perspectiva se encuentra reflejada en la visión que tienen algunos profesionales de nuestro país, cuando sostienen en el 2004 que *"(...) la concepción biologicista y economicista que prima en la salud se traduce en que las Instituciones esperan del Trabajo Social una intervención orientada a la reducción de gastos y la disminución de la estadía hospitalaria; así como en la resolución de los problemas no médicos que trae el usuario en el primer nivel de atención. Que la integración de los asistentes sociales en las organizaciones depende de la Institución y dirección de turno que oscila desde el desconocimiento de éstos hasta la valoración de su práctica"*. (Mesa de Adasu; 2004: 2).

Por otra parte, se puede observar que a pesar del paulatino incremento de profesionales en Trabajo Social en el área de la salud dicha participación aún en la actualidad es insuficiente, pues en muchas ocasiones es considerada como escasa o incluso marginal.

Por todo ello, la Mesa de ADASU considera que se debería pensar en un perfil de Licenciado en Trabajo Social que sea “(...) capaz de desempeñarse al interior de equipos de salud aportando creativamente a la búsqueda de soluciones a los aspectos sociales del proceso salud- enfermedad, con individuos, grupos y poblaciones; siempre desde un abordaje preventivo actuando en los tres niveles de prevención, promotor de participación de usuarios y población, con formación para la realización de Diagnósticos de Salud poblacionales para desarrollar sus intervenciones en el primer nivel, contribuyendo a la articulación de redes locales que se constituyan en auténticos SILOS, y con formación para la incorporación de la investigación en su práctica”. (Mesa de Adasu; 2004: 2)

En este sentido Failache y Salgado sostienen (2002) el ejercicio profesional del trabajador social debería suponer cierta democratización de las acciones para evitar caer en un discurso demagógico. Puesto que desde la intervención teórico – práctica es fundamental generar los espacios donde haya lugar a la retroalimentación a partir de las demandas.

A su vez en esta misma perspectiva la Mesa de Adasu (2004) manifiesta que los trabajadores sociales deberían ser capaces de integrarse a los equipos de salud definiendo estrategias, que intenten no sólo mejorar la calidad de atención de los usuarios sino también que contribuyan a consolidar su propio espacio profesional.

En efecto, “La discusión académica, no sólo teórica, sino también en lo que refiere a la divulgación de las experiencias profesionales posibilitaría el crecimiento profesional pues les darían una mayor solidez, lo cual es imprescindible a la hora de procurar un lugar en los equipos interdisciplinarios. El Trabajador Social, a nuestro

entender debería tener una importante formación teórica que le permita establecer las mediaciones necesarias para intervenir sobre la realidad, a partir de la comprensión de por qué y sobre qué se actúa. Es necesario, entonces, pensar, en formar un profesional que pueda posicionarse de manera diferente superando el lugar de subordinación y mero instrumento administrativo que muchas veces ocupa la profesión.” (Bentura; 2006: 15)

Es decir que la actualidad podría pensarse en un profesional que de cierta forma se emancipe de esa larga historia de subordinación con respecto a otras disciplinas y logre para sí la autonomía necesaria que le permita intervenir en la realidad social desde un lugar de igualdad.

Por otra parte se coincide con Netto (1997) cuando sostiene que el lugar que ocupa una profesión se opera mediante la confluencia de un doble dinamismo, pues por un lado se encuentran las demandas que le son colocadas socialmente y por otro las fuerzas propias que la profesión desarrolla para responder a las mismas. Es decir que tampoco alcanzaría con una fuerte capacitación si no existiese una demanda socialmente establecida.

En suma, se podría considerar que el lugar que la profesión ocupa dentro del campo de la salud va a estar determinada por las demandas de la sociedad y por la capacidad que se tenga de responder a estas.

COMENTARIOS FINALES

El hombre como ser bio sico social se encuentra determinado no solo por leyes biológicas sino también por factores sociales y culturales⁶. Es decir, que cada una de sus manifestaciones vitales o los procesos que en el se desarrollen deben ser abordados a partir de esta perspectiva integradora.

La modificación de la propia patología humana no es un simple proceso biológico, sino un proceso biológico socialmente condicionado, que posee los rasgos de uno y otro. Pues si bien al hombre como a todos los seres vivos lo biológico lo condiciona, hay algo que lo diferencia de otros seres vivos, y esa, es su esencia social. Además como ser racional es el único ser vivo que logra liberarse de la influencia de la selección natural, por lo que se podría decir que en su ser no sólo influye lo biológicamente heredado, sino también lo social.

En este sentido, se considera pertinente trabajar con la unidad de lo biológico y lo social desde su íntima relación dialéctica, donde primará lo biológico, o lo social según la situación. Pero no desde la exclusividad de uno, pues de ser así se podría caer en un enfoque unilateral, donde la absolutización de uno sería subestimar o incluso ignorar el papel del otro.

Por otra parte, si bien la salud y la enfermedad siempre han existido como tal, el concepto o la idea que de ellas se tienen ha ido cambiando a través del tiempo. Pues se pueden evocar distintas realidades dependiendo de la época histórica, la cultura o la

⁶ Tal como se explicitó anteriormente, si bien se reconoce la importancia que tienen los factores culturales cabe aclarar que no se profundizaran en este trabajo.

civilización en la que nos situemos, así como también los actores y los segmentos sociales que lo empleen.

En este contexto se puede observar que antiguamente se sostenía que las enfermedades eran producidas por una sola causa, sin embargo en la actualidad esto fue revertido, dado que se considera que existen varios factores en la incidencia de este proceso, tales como la biología humana, el medio ambiente, el sistema sanitario y el estilo de vida.

Es decir, que el proceso salud enfermedad se encuentra condicionado no sólo por los dotes genéticos, sino también por factores químicos, ambientales y socioculturales, muchos de ellos asociados al estilo de vida y el trabajo.

Por otra parte, cabe destacar que la figura del médico también ha ido cambiando a través de la historia. Pues su legitimación se logró recién a partir de la década del novecientos cuando el hospital deja de ser concebido como un lugar de asistencia a los pobres en espera de la muerte que estaba a cargo del poder de la Iglesia y pasa a ser un instrumento de cura, en el cual el médico asume la responsabilidad principal de la organización hospitalaria.

Llegando así a constituirse en el siglo XX en una figura clave en las familias uruguayas, donde aparecen como los salvadores de la humanidad, dado que de cierta forma ha traído la esperanza que ha perdido la religión.

No obstante en la actualidad se piensa que para poder analizar el abordaje del proceso salud enfermedad no sólo se deberá indagar sobre la participación del médico,

sino también de otros profesionales que intervienen en los equipos de salud, tales como psicólogos, asistentes sociales y nutricionistas, entre otros.

Pues se cree pertinente abordar la salud desde el punto de vista integral de la persona, es decir como un ser bio psico social, donde no sólo se encuentra influido por factores biológicos, sino también por factores psicológicos, culturales y sociales.

Por todo ello sería oportuno que los trabajadores sociales así como también otros profesionales, se integren a los equipos de salud, pero no desde la sumisión, sino desde el trabajo en equipo propiamente dicho, pues las diferentes disciplinas profesionales cuando se confluyen en un solo objetivo se enriquecen mutuamente.

En este sentido el trabajo dentro de los equipos de salud podría ser percibido como una forma de dividir responsabilidades y tareas en pro de la atención al usuario, así como también fuente de aprendizaje para sus integrantes.

En suma, para abordar el proceso salud enfermedad debería considerarse al hombre como unidad indisoluble de lo biológico y lo social, pues si bien constituyen esferas diferentes se encuentran íntimamente relacionadas de forma tal que constituyen una unidad indisoluble, el hombre como una totalidad. Por lo que se podría decir que el proceso salud enfermedad debería ser analizado teniendo en cuenta que lo social mediatiza y condiciona lo biológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Ado, Andrei. "La Ecología del hombre y el problema de la mediatización de lo biológico por lo social." Revista de Ciencias Sociales 31:1, Pág. 51, 1978. Academia de Ciencia de la URSS.
- Barrán, José P. Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Tomo 2: El Disciplinamiento (1860-1920) Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay, 2004.
- Barrán, José P. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 1 El poder de curar. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay, 1993.
- Barrán, José P. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 2 La ortopedia de los pobres. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay, 1994.
- Barrán, José P. Medicina y sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3 La intervención del cuerpo. Ediciones de la Banda Oriental, Montevideo, Uruguay, 1995.
- Bentura., C. Disertación Maestría en Trabajo Social. Trabajo Social en el campo de la Salud. Orientadora: Prof. Dra. Mónica de Martino Montevideo, Setiembre de 2006.
- Canguilhem, G. Lo normal y lo patológico. Siglo XXI editores. Buenos Aires, 1971.

- Coe, Rodney M. Sociología de la Medicina. Alianza Editorial S.A. Madrid, 1973.
- Dr. Hugo Villar. "Concepto de salud – enfermedad". Facultad de Medicina. Instituto de Higiene, Departamento de Medicina Preventiva y Social. Prof. Dra. Nelly Murillo. s/d.
- Escuela de Trabajo Social. Cuadernos de Trabajo Social N°2. Publicación de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Escuela Universitaria de Servicio Social. Programa de Trabajo Social. Impresora Pulacayo SRL.
- Failache, Mónica y Salgado, M. de los Ángeles. Trabajo Social y VIH – Sida. El transitar hacia un equilibrio cotidiano. En Revista de Trabajo Social N° 24. Montevideo, Uruguay, 2002.
- Faleiros, Vicente de Paula. Trabajo Social e Instituciones. Editorial Humanitas. Buenos Aires, 1992.
- Foucault, M. La vida de los hombres infames. Edición Altamira, Buenos Aires, 1990.
- Freidson, Eliot. "La profesión médica". Un estudio de Sociología del conocimiento aplicado. Prólogo de Jesús M. de Miguel. Ediciones Península. Primera edición; enero de 1978. Barcelona.
- Ilich Ivan. "Némesis Médica". Ed. Mortiz. México, 1978.

- Mitjavila, Myriam. "El saber médico y la medicalización del espacio social". Documento de Trabajo N° 33. Departamento de Sociología. FCS. UDELAR. Montevideo, 1998.

- Mitjavila, Myriam. "Espacio político y espacio técnico: las funciones sociales de la medicalización". Cuadernos del CLAEH N° 62. Montevideo, 2° serie, Año 17, 1992/2. ISSN 0797-6062 – pp.37-46.

- Mitjavila, Myriam y Fernández, J Enrique. "Factores sociales, salud y enfermedad". Introducción a la medicina familiar. Hugo Diburcure y Juan C Macedo editores. Universidad de la República, 1998. Montevideo.

- Netto, J.P. - Capitalismo Monopolista y Servicio Social. Editorial Cortez. Sao Pablo 1997.

- Ortega, Elizabeth. La configuración del espacio de las intervenciones posibles del Servicio Social en el campo médico sanitario. Rupturas y continuidades en el Uruguay del siglo XX. Montevideo, Uruguay, 2007.

- Portillo, José. Otra racionalidad médica. Colección Sin Fronteras 17. Salud Comunitaria 4. Ed Nordon Comunidad. Montevideo, Uruguay. Diciembre 1993

- Saure. Educación Sanitaria. Principios, métodos y aplicaciones. Ciclo Básico Facultad de Medicina, Mimeo, 1987.

- Terris, M. La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. Siglo XXI editores S.A. México, 1980.

Fuentes documentales

- Ley N° 18.211. Sistema Nacional Integrado de Salud. Poder Legislativo. República Oriental del Uruguay. Publicada 13 de Diciembre de 2007. (N° 27384)

Consultas en páginas web

- Cattaneo, A. "La Inserción de las ciencias sociales en los equipos de salud. Alcances y limitaciones de una experiencia en curso". En www.naya.org.or

- Mesa Salud de Adasu, 2004. En www.adasu.org/msalud.htm

- Díaz; Alvaro. "Algo anda mal en la medicina. Conferencia en el Encuentro de la Sociedad de Dermatología del Uruguay. Sábado 21 de Abril de 2007" En www.eldiariomedico.com.uy

- Sevilla, K. "Intervención en Equipos Interdisciplinarios, Multidisciplinarios y Transdisciplinarios: Reconstrucción de experiencia profesional". En www.emagister.com

- Socorrás, Amaro, Blanco. "Interrelación dialéctica entre lo biológico y lo social en relación con factores de riesgo cardiovasculares en pacientes diabéticos obeso Tipo 2". Facultad de Ciencias Médicas "Calixo García". Rev Cubana Invest Biomed 2002; 21 (3): 186 -93. En www.bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol21_3_02/ibi07302.htm