



Dialéctica de la salud: el carácter social del proceso Salud – Enfermedad

Dialectic of health: the social character of the Health – Illness process

Fabiola A. Gamarra Hurtado¹

RESUMEN

Poder abordar la categoría ‘social’ en la medicina, enfocándose en la problemática de la salud y enfermedad, es un reto complejo. En la biomedicina puede encontrarse múltiples avances, pero, al mismo tiempo múltiples retos. La visión mono causal de la enfermedad y el tiempo estimado por consulta médica son algunos de los elementos que se mencionan para hacer un análisis a partir del caso relatado sobre los elementos que determinan la salud y la enfermedad. Por lo tanto, el presente artículo concluye que las condiciones sociales muestran una gran importancia en el diagnóstico y en la dirección del tratamiento. Esto nos permite abordar desde la consulta médica los múltiples debates sobre la epistemología de la salud y la enfermedad en escenarios concretos.

Palabras claves: Biomedicina, dialéctica, proceso salud - enfermedad

ABSTRACT

Being able to address the ‘social’ category in medicine, focusing on the problems of health and illness, is a complex challenge. In biomedicine, multiple advances can be found, but at the same time multiple challenges. The monocausal view of the disease and the estimated time per medical consultation are some of the elements that are mentioned to make an analysis based on the reported case. Therefore, this article concludes that social conditions show great importance in the diagnosis and in the direction of treatment. This allows us to address, from the medical consultation, the multiple debates on the epistemology of health and illness in specific scenarios

Keywords: Biomedicine, dialectics, health- illness process

¹ Médico cirujano. Profesional Independiente
ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-9599-760X>

Recibido el: 01-11-2023 - Aceptado para su publicación: 28-12-2023
Correo de contacto: Fabiola A. Gamarra Hurtado fabiolagamarra100@gmail.com

DOI <https://doi.org/10.59918/wsxo4935kt98f>

En un consultorio médico de emergencias en la seguridad social, durante la atención del turno de la noche, ingresa una paciente sexo femenino, de edad aproximada de 60 años y ocupación en labores de casa. La misma refirió como único síntoma cefalea (dolor de cabeza) constante, al menos en las últimas 4 horas.

Se realiza la anamnesis y la exploración física. Pero, al no encontrar datos relevantes, se realiza nuevamente la anamnesis (re anamnesis). En este nuevo procedimiento la paciente detalla varios aspectos no mencionados en la primera entrevista. Indica que es víctima de agresiones psicológicas por parte de su esposo, el cual actualmente es un maestro jubilado. Sobre esta situación, añade que no podía separarse porque el esposo era quien la “sostenía” económicamente. Asimismo, agrega que, sus hijos si bien conocían la situación de la paciente, se mantenían al margen. La paciente continúa indicando que tuvo un incidente horas antes del inicio del cuadro y menciona que el mismo se repite siempre que se encuentra en la misma situación con su esposo. Al mismo tiempo indica que como beneficiaria y “no titular” del seguro de salud “solo podía ser atendida si su esposo le prestaba su boleta de pago”.

Se le indica la medicación y una suerte de reflexión escueta, al mismo tiempo que se indica coordinación con trabajo social para el seguimiento del caso y control por medicina familiar. Tras lo cual, la paciente se retira de la consulta.

Entendemos la cefalea, síntoma cardinal expuesto en el caso descrito como “el dolor por lo común es originado cuando los nociceptores periféricos se estimulan en respuesta a lesión tisular, distensión visceral u otros factores”(1). En el mismo sentido, “el tratamiento por lo general puede tratarse con analgésicos simples como paracetamol, ácido acetilsalicílico o NSAID. Los métodos conductuales, que incluyen relajación también pueden ser eficaces”.

No obstante, si bien estas definiciones y procedimientos son herramientas útiles e importantes en la práctica médica cotidiana, cabe resaltar que no son los únicos aspectos a tomar en cuenta en la atención médica concreta.

Mi experiencia medica profesional en atención primaria, en atención de casos como el descrito en este artículo, me han obligado a preguntarme sobre ¿Cómo las condiciones sociales se relacionan y determinan la salud y la enfermedad? Al respecto, el sociólogo R. Rojas Soriano menciona: “... se parte por lo tanto de la tesis de las causas fundamentales de la salud y enfermedad se encuentra en la forma en la que se organiza la sociedad para producir y reproducirse, es decir en el modo de producción

dominante”(2). Pero, ¿Cómo la relación entre condiciones sociales y salud son abordadas en la etapa clínica del diagnóstico y tratamiento?

Es evidente y necesario el aporte desde la ciencia médica y las diferentes disciplinas relacionadas con la biomedicina entendida como “sistema por el cual los médicos y otros profesionales de la atención de la salud, por ejemplo, enfermeros, farmacéuticos y terapeutas, tratan los síntomas y las enfermedades por medio de medicamentos, radiación o cirugía”(3). y el rol de la práctica científica médica, que utiliza teorías, técnicas, métodos e instrumentos con los cuales genera una hipótesis diagnóstica frente a una entidad patológica con el fin de otorgar un tratamiento y así reestablecer la salud y disminuir la presencia de posibles secuelas. Por lo tanto, se identifica al agente patógeno, agresión, lesión o amenaza externa que altera la “salud del paciente” y se busca eliminarla (7).

Frente al planteamiento anterior, hay una intención de generar una visión multicausal de la enfermedad, donde el individuo forma parte de una comunidad que comparte ciertas características culturales y socioeconómicas. La política de estado central boliviana SAFCI (salud familiar comunitaria e intercultural) busca adentrarse a esos aspectos. No obstante, como menciona S. Polo Andrade en su investigación sobre el grado de aplicabilidad del modelo SAFCI, concluye “La investigación ha permitido identificar la aplicación parcial del Modelo SAFCI en establecimientos de salud dependientes del SEDES Chuquisaca, vista desde las necesidades de integralidad en la atención, gestión participativa, interculturalidad e intersectorialidad dentro de las 7 Redes de Salud y la inaplicabilidad en hospitales de tercer nivel de atención”(4).

En ese horizonte, el proceso de salud y enfermedad busca ser entendido como una unidad conceptual para conocer las causas fundamentales de la salud - enfermedad, esperanza de vida, muerte, acceso a los servicios de salud. R. Rojas Soriano indica: “se trata de describir los nexos internos entre los fenómenos, la esencia, a fin de establecer leyes que, si bien a nivel de tendencia orienten a la causa determinantes y condicionantes de la enfermedad y los demás eventos relacionados a las mismas y permitan plantear alternativas de solución dentro de la formación social determinada”(2). Este nivel de análisis permite comprender a los pacientes como seres históricos que pertenecen a determinado grupo social, que viven, trabajan y se reproducen de una determinada manera producto de la manera en la cual se estructura y organiza la sociedad.

Pero, ¿Cuáles son las causas fundamentales que determinan que la paciente tenga episodios recurrentes de cefalea? ¿Con que recursos contamos para restaurar la salud? El deber ser del personal



médico es estudiar al paciente como un 'todo'. No obstante, ¿Qué herramientas teórico metodológicas se utilizan para esta tarea?

La consulta médica en la atención primaria según la OMS debería durar un tiempo no mayor a 15 min. En la práctica médica este tiempo debe permitir establecer la relación médico que busca establecer empatía, confianza, la confección de una historia clínica detallada que revise las diferentes esferas del paciente y haga un examen físico exhaustivo. Empero, indica D. Outomuro et al "A nivel general, el consenso indica que una consulta médica ambulatoria menor a 10 min es inaceptable, porque supone riesgos tanto para el paciente (por ej. que no se detecten condiciones patológicas) como para el médico (aumento de incidencia de síndrome de burn out)"(5). Por lo cual, en estos tiempos de consulta médica ambulatoria ¿qué aspectos son relevantes a considerar, donde debería ir el ojo clínico?

Volviendo al caso reflexionado, los aspectos personales de la paciente, como su relación de pareja y familiar, pueden parecer irrelevantes en la consulta y no forman parte de la conclusión diagnóstica y la dirección del tratamiento, dentro del espacio de tiempo de la atención. Pero, sin la profundización del conocimiento de esos aspectos sociales dentro la anamnesis, el tratamiento fácilmente puede limitarse a la simple medicación y el nacimiento del ciclo crónico de patologías.

La vigencia de sentido común biomédico dominante en el sistema de salud de nuestro país sobre la comprensión de la enfermedad, (misma que lo concibe como algo exclusivamente biológico e individual), dejando en segundo plano las condiciones sociales que determinan la comprensión de la salud y enfermedad, mismos que repercuten en el diagnóstico y tratamiento.

Al analizar y reflexionar estas dinámicas dentro del sistema de salud nacen interrogantes problematizadoras las cuales nos permiten iniciar nuevos debates y profundizar otros elementos transversales como la connotación social de la salud y la enfermedad. Pudiera creerse que estos debates son tuición de los espacios de decisión, pero nacen y en la cotidianidad de la atención médica en sus diferentes formas y niveles.

Comprender la salud y enfermedad junto a las condiciones sociales como un proceso dialéctico permite analizar cualitativamente las implicaciones. Comprendiendo por ejemplo que la esperanza de vida, la morbimortalidad y el acceso a servicios de salud no son homogéneos en la sociedad, al contrario, es diferente según el lugar que se ocupa en la estructura social de género, etnias y hasta clases sociales.

La medicina ha avanzado en los últimos años a pasos agigantados, técnicas, fármacos, vacunas, teorías, tratamientos y demás elementos que circunscriben a la práctica científica y biomedicina. Empero, queda la cuestión de cómo los debates epistemológicos sobre la salud y enfermedad, la ética médica, interculturalidad en salud, entre otros aspectos, se materializan en la cotidianidad de la práctica médica en atención primaria.

En términos específicos aquí reflexionados, estos debates sobre las condiciones sociales de la salud y la enfermedad pueden y deben llevar a la reflexión de la relación entre condiciones sociales y diagnóstico médico y tratamiento, lo cual no debe desestimarse.

Los espacios interdisciplinarios y multidisciplinarios generados nos deben permitir repensar, ajustar y profundizar las categorías de salud y enfermedad en los distintos niveles de salud, así poder reconstruir el sistema de salud oportunamente y responder a la necesidad concretas de la sociedad boliviana.

BIBLIOGRAFÍA

1. P. J. Goadsby. Migrañas y otras cefaleas primarias. En: J.L. Jameson, D.L. Kasper, D.L. Longo, A. S Fauci, S.L Hauser, J. Loscalzo editores. Harrison. Principios de Medicina Interna. 20° edición, Ciudad de Mexico. McGraw Hill. 2018.
2. R. Rojas Soriano. Capitalismo y enfermedad. 5° edición. México. Plaza y Valdez S.A. 1995. Disponible en <https://raulrojassoriano.com/cuallitlanezi/wp-content/themes/raulrojassoriano/assets/libros/sociologia-medica-rojas-soriano.pdf?v2>
3. Instituto nacional del cáncer [Internet]. Estados Unidos. [Consultado 2024 Ene4]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/biomedicina>
4. S. Polo Andrade. Evaluación del grado de aplicabilidad del modelo de salud familiar comunitario intercultural en el Servicio Departamental de Salud de Chuquisaca durante el periodo 2018-2019. Revista ciencia, tecnología e innovación. 2020; Volumen 18. 69-94. Disponible en: <http://www.scielo.org.bo/pdf/rcti/v18n22/v18n22a04.pdf>
5. D. Outomuro, A. Actis. Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. Rev Med Chile. 2013; Vol141. 361- 366. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v141n3/art1>
6. Aguirre del Busto Rosa, Macías Llanes María Elena. Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. Rev Hum Med [Internet]. 2002 Abr [citado 2024 Ene 04] ; 2(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000100001&lng=es



7. R. Rojas Soriano(compilador). Aportes de Marx y Engels al estudio del proceso salud-enfermedad de la clase proletaria, México. 2016. Disponible en: <https://raulrojassoriano.com/aportes-de-marx-y-engels-al-estudio-del-proceso-salud-enfermedad-de-la-clase-proletaria-aspectos-humanos-de-su-trabajo-cientifico/>

