

## Ciencias Sociales y Medicina: 40 años después (1ª parte)

### SOCIAL SCIENCES AND MEDICINE: 40 YEARS LATER

En 1970, un par de sociólogos jóvenes publicábamos en Cuadernos Médico Sociales un artículo titulado "Ciencias Sociales: una discusión acerca de su enfoque en Medicina" (Gaete y Tapia, 1970). Un año después, aparecía otro trabajo nuestro en la Revista Médica de Chile: "Bases para un redefinición del enfoque de la medicina en la ciencia social" (Gaete, Yocelovsky y Tapia, 1971). Ciertamente es que eran años turbulentos, cierto es que éramos jóvenes y que había un entusiasmo que nuestra juventud y la época hacían más que comprensible. Nos percatábamos entonces de algunos posibles desarrollos a que podían conducir las ciencias sociales en este ámbito. Y eso nos emocionaba. Tal vez por eso mismo la experiencia posterior fue tan traumática. Desde entonces, ha pasado bastante agua bajo los puentes y, espero, no en vano.

El texto siguiente es una suerte de revisión de esos viejos artículos. Entre hoy y 1970 hay aspectos similares: hoy como ayer, las ciencias sociales en medicina parece ser un ejercicio supernumerario; hoy como ayer, parece que para muchos académicos esto no pasa de ser un tiempo perdido. Y esto resulta, sin duda alguna, paradójico. En el año 2002, al inaugurar las V Jornadas de Historia de la Medicina, un antiguo decano en ese entonces presidente de la Academia Chilena de Medicina, señalaba que la reiteración de esas Jornadas, implicaba reconocer que "...la medicina no es sólo una ciencia sino que, además, un arte; no sólo un saber práctico sino que, además, un saber humanístico; no sólo un saber biológico sino que, además, antropológico; no sólo una profesión liberal sino que, además, una institución social." (Goic, 2003). Y este reconocimiento es reiterado por cuanta autoridad deba referirse al tema. Anotaba que esto es paradójico en la medida en que, paralelamente a este reconocimiento, se sigue actuando como es habitual: las inversiones intelectuales y económicas se colocan en otras áreas. Si uno ve la malla curricular de los estudios de medicina, se entiende que la formación va para otros lados; si uno revisa donde se invierten las sumas importantes, se ve que el desarrollo que se intenta es otro; si uno aprecia cómo evolucionan las clínicas privadas -al menos en su infraestructura- y decaen los consultorios y hospitales públicos, se ve igualmente cuál es la idea.

Por otra parte, hoy como ayer, este campo de trabajo parece uno en el que se mezclan profesionales que no son considerados 'verdaderos sociólogos' con otros que tampoco son considerados 'verdaderos médicos'. En el caso de la medicina chilena, y particularmente en el campo de la enseñanza médica, hay anécdotas que oponen a 'médicos' versus 'salubristas'. Aunque es un tema que no se trata abiertamente, es una distinción real e importante desde un punto de vista cultural<sup>1</sup>. Y menciono este punto porque por ahí podría estar, tal vez, tanto el problema como la solución...

Entre hoy y 1970 hay también diferencias: en 1970 los tiempos auguraban mejores posibilidades a las ciencias sociales en la medicina; hoy, todo es más cuesta arriba. Por lo tanto, lo que sigue solo es una reflexión similar desde una

JORGE GAETE<sup>(1)</sup>

<sup>(1)</sup> Sociólogo. Magíster en Ciencia Política. Av. Gral. Bustamante 16, Of. 4. Providencia. Santiago. Chile. [jagaetea@gmail.com](mailto:jagaetea@gmail.com)

<sup>1</sup> En la bibliografía especializada esta distinción raramente se le encuentra considerada. Yo la he encontrado, por ejemplo, en Gunning-Schepers (1997, p. 225).

perspectiva, quiero creer, enriquecida. Como reflexión, no pretende ser concluyente; tan sólo agregar nuevos ángulos y nuevas aristas a nuestra comprensión del mundo social que habitamos.

Y nos sigue emocionando, aunque los años y los cambios habidos han eliminado el optimismo.

## 1. Los inicios

En julio de 1966 se realiza en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile una mesa redonda en torno al “Aporte de las ciencias sociales a la formación médica en el nivel pre-graduado” (Montoya, Molina, Díaz, Belmar y Jimeno, 1966). En ella intervienen Carlos Montoya, Gustavo Molina, Salvador Díaz, Roberto Belmar y Claudio Jimeno. Los cuatro primeros, todos médicos, con alguna experiencia docente programática en la incorporación de las ciencias sociales en medicina, a excepción de Salvador Díaz y, el último, un sociólogo que trabajaba con Gustavo Molina en el programa del Hospital San Borja de medicina preventiva integrada a la clínica<sup>2</sup>. Sus intervenciones, con la lamentable excepción de la de Claudio Jimeno, fueron publicadas en el N° 4 de Cuadernos Médico Sociales del año 1966. Y digo lamentable por dos motivos: uno, porque dado el tema era de obvia importancia lo que pudiera señalar alguien del campo de las ciencias sociales, y dos, porque Claudio moriría el 73 en la defensa de La Moneda.

De estas intervenciones merecen destacarse tres aspectos. El primero es que se trata de textos de cuatro médicos que ratifican la necesidad de las ciencias sociales 45 años atrás. Como lo indicaba, en 1960, el Primer Seminario de Formación Profesional dejó establecida esta necesidad; entre los años 60 y 70, en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, tuvieron lugar distintas experiencias que trataban de incorporar las ciencias sociales a la medicina y en las que intervinieron casi todos los participantes de esa mesa redonda de 1966: Carlos Montoya genera en el área Oriente una

experiencia con psicólogos mayoritariamente; Roberto Belmar incorpora sociólogos en el desarrollo de la medicina comunitaria; y Gustavo Molina lo hace igualmente, pero para exponer y extender la medicina preventiva integrada a la clínica. Por eso, en 1966 Carlos Montoya plantea que “las condiciones del país parecen estar maduras para ensayar la integración explícita de los aspectos sociales en la enseñanza médica. La experiencia de varios médicos con formación sociológica, la de varios sociólogos con alguna experiencia en sociología médica y, sobre todo, la intención continuada de los últimos diez años en torno a la necesidad de enseñar y practicar una Medicina Integral o Nueva Medicina, prédica que ha comenzado a extenderse y fructificar, son los fundamentos de aquella opinión” (Montoya, 1966).

Otro aspecto que merece destacarse es el tipo de ciencia social al que todos ellos aluden. Proliferan términos como ‘sistema’, ‘estructura’, ‘institución’, ‘relaciones’, ‘normas’, ‘actitudes’, todos ellos vinculados muchas veces a las ‘ciencias de la conducta’. Roberto Belmar, por ejemplo, sostiene que en los ramos preclínicos se debe “introducir al estudiante en el entendimiento de la medicina como un sistema, del hospital como una institución y de los principios de dinámica de grupo, aplicados al equipo de salud y su función”; y más adelante señala que se debería “estudiar sociológicamente al hospital y el consultorio, como un ‘ser orgánico’, para entenderlo, analizarlo y evaluarlo” (Belmar, 1966). Se trata, ciertamente, de ecos del funcionalismo, una ciencia social positivista que toma forma especialmente en Estados Unidos y que informa todos los esfuerzos por instalar este tipo de reflexión en América Latina y, particularmente, en Chile. En Estados Unidos este desarrollo se entiende, por todo el impacto del “temor rojo” y del macartismo en un primer momento, y después como otro efecto de la guerra fría, que hará que todo análisis construido como apolítico gane ascendencia, en tanto, toda reflexión crítica desmerezca al estar contaminada por la política (Krieger, 2000)<sup>3</sup>. Pertenezco a la tercera

<sup>2</sup> El caso de Salvador Díaz es muy interesante por cuanto, a pesar de no haber participado en estas experiencias docentes, sus investigaciones en el campo del gasto médico en salud le daban una comprensión poco habitual del campo de las ciencias sociales y salud.

<sup>3</sup> Una muestra de la importancia de esta tendencia en las ciencias sociales y salud en Norteamérica puede apreciarse en la extensa bibliografía que comenta George Rosen en su artículo “A Bookshelf on the Social Sciences and Public Health” publicado en *Journal of Public Health* (Rosen, 1959). No deja de ser curioso que sea Rosen el que celebra estos desarrollos.

generación de sociólogos formados en la Universidad de Chile, y ese es el marco teórico que predominaba sin ningún contrapeso en nuestros estudios. De modo que si estos médicos, adalides de la incorporación de las ciencias sociales a los estudios de medicina, piensan así, es por que en ese momento pareciera no haber alternativa.

Por último, la perspectiva médico clínica dominante. Montoya dice: "Las ciencias sociales son básicas en medicina y atención médica, pero hechas medicina y atención médica." (Montoya, 1966). Según estos médicos, todo es social en la Medicina: el diagnóstico, el tratamiento, el acto médico mismo ("si la medicina es ciencia social, biológica y psicológica, la atención médica es enteramente un hecho social", dirá Carlos Montoya), pero sigue siendo medicina. Todo arranca en cierto modo de esa medicina integral, de esa consideración del hombre como ser bio-psico-social. También arranca de esa importancia que tiene en ese tiempo el Servicio Nacional de Salud como estructura definidora de una acción de salud llevada a cabo por un equipo multidisciplinario. Mirada desde esa perspectiva, las ciencias sociales ayudan a la puesta en práctica de una medicina integral, pero que sigue siendo la medicina de siempre. No se pone en cuestión el modelo o la perspectiva biomédica. Así las cosas, son los médicos los que definen lo que van a buscar y tomar de las ciencias sociales; no son estas las que proponen desde su perspectiva lo que pueden ofrecer a la medicina. Y la importancia de esta diferencia es doble: por una parte, los médicos están pensando en las ciencias sociales como una disciplina ya hecha, de la cual pueden tomar sus conceptos, sus metodologías y técnicas, sus análisis básicos, y aplicarlos en este nuevo ámbito<sup>4</sup>. Y la verdad es que esa ciencia social ya hecha no existía entonces como tampoco existe ahora. Y esto no es una deficiencia de las ciencias sociales: el punto está en que ellas se hacen haciéndose; el camino, se hace

camino al andar. Por otra parte, la función o el perfil del médico como profesional es inmutable; permanece tal cual ha sido siempre. Y eso hasta el día de hoy, por lo menos.

Robert Merton, Talcott Parsons, Elliot Freidson, Robin Badgley y otros aparecen como lo que había entonces en sociología médica. Esto es interesante, porque también existía una corriente generosa de medicina social que reconocía como antecesores a Edwin Chadwick y Rudolf Virchow pero que tenía igualmente contemporáneos como George Rosen, Henry Sigerist o Edgar Sydenstricker. Aun cuando tal vez valiera la pena detallarlo más, puede sostenerse de un modo general que las condiciones sociales de entonces explican el predominio de la sociología funcionalista, así como el cambio de esas condiciones a finales de los sesenta y principios de los setenta explica también que comiencen a aparecer textos con diferentes acentos<sup>5</sup>. Es indudable que las condiciones sociales son las que hacen que los paradigmas cambien.

Hoy en día, en pleno siglo XXI, creo que es posible que la reflexión, independiente de las ciencias sociales, muestre otras cosas a la perspectiva médica, que permita un análisis más rico y productivo acerca de la salud y la atención médica. Además, hoy como ayer, es posible que tales análisis contribuyan a formar a un médico más consciente de su modo de insertarse profesionalmente en su sociedad, de comprender cómo sociedad y cultura condicionan su ejercicio profesional. A eso se dedican las páginas siguientes.

## 2. Naturaleza y sociedad

"El más pequeño virus del sida hace que uno pase del sexo, al inconsciente, al África, a los cultivos de células, al ADN, a San Francisco; pero los analistas, los pensadores, los periodistas y los que toman decisiones van a recortar la fina red que dibuja el virus en pequeños compartimientos limpios donde solo se encontrará ciencia, economía, representaciones sociales,

<sup>4</sup> Roberto Belmar (R. Belmar, 1966) es tal vez quien más insiste en esta postura al reiterar los modos en que se pueden "poner en práctica" los conocimientos de las ciencias sociales, de las técnicas sociológicas, el "uso de las ciencias sociales para..." Por ejemplo, señala "Introducir las técnicas sociológicas en la práctica clínica (ej. Entrevista, dinámica de grupos, etc.), como elementos de rutina de la actividad clínica." (pág. 19).

<sup>5</sup> En el caso de Chile, me refiero a análisis como los de María Angélica Illanes (Illanes, 1993) o Carlos Muñoz Bustos (Muñoz, 2010) o María Soledad Zárate (Zárate, 2008). También se puede considerar lo hecho por María Eliana Labra (Labra, 2000) o por mi mismo (Gaete, 2010).

policiales, piedad, sexo” dice Bruno Latour (B. Latour, 2007).

Ante el alegato de Latour en pro de lo que él entiende por redes, la humanidad convencional insiste: no mezclamos el cielo y la tierra, lo global y lo local, lo humano, lo inhumano y lo no humano. Lo que lleva a Latour a concluir: “El timón se ha roto: a la izquierda el conocimiento de las cosas; a la derecha el interés, el poder y la política de los hombres”. A la izquierda la naturaleza, a la derecha la sociedad; a la izquierda las ciencias; a la derecha las creencias, las opiniones.

En verdad, esta distinción es muy propia de la época actual, y congruente con el cientificismo y tecnocracia dominante. Distinción tan clara y tajante como la de cuerpos y almas, sujeto y objeto, normal y patológico, observador y observado. La ciencia, en su concepción más habitual y pedestre, trata de la naturaleza y del mundo de las cosas y no del mundo de los intereses y del poder, de las interpretaciones y de los sentidos. En una palabra, no trata del mundo de la cultura y de la sociedad. De vez en cuando aparecerá ciertamente algún sociólogo despistado insistiendo en sus créditos para estar allí también. Sin necesariamente adscribirse a un materialismo de carbonero, casi todo el mundo parece pensar que el mundo está ahí afuera y que la tarea es reflejarlo apropiadamente. Hay que aprehender la realidad, hay que lograr una correspondencia entre las cosas y las teorías, hay que ver con claridad el mundo... La ciencia es un asunto de los científicos, es un asunto de cantidades: medir, correlacionar, extrapolar; nada que ver con el mundo de significados sociales<sup>6</sup>.

Junto con esta distinción teórica suele hacerse otra, en que estos dos mundos son puestos a jugar entre los humanos. Didier Fassin, médico y antropólogo francés, ha aludido a esta distinción en el campo de la antropología. En ese terreno es corriente esta especial asignación entre las personas: “de nosotros, el saber; de ellos, las creencias” (Fassin, 2008). Es decir, de nosotros,

los profesionales (y sobre todo de algunos), son las ciencias; de ellos -el común de la población, el pueblo- son las creencias. Y esta distinción está instalada también en el modelo biomédico a todo nivel: en la relación médico-paciente uno es el experto y el otro, el que consulta, está derrechamente en la ignorancia o en el error. En su relación con las poblaciones, es evidente el tono civilizador y disciplinador que puede tener el encuentro con la medicina: desde hervir el agua hasta el uso del condón.

Entiendo que las relaciones conceptuales entre naturaleza y cultura son tremendamente complejas, significativas en múltiples sentidos, y además variables en el curso de la historia. Para buena parte de nuestro universo cultural, las relaciones entre naturaleza y cultura se han caracterizado por la diferencia e, incluso, por la oposición de estos términos, lo que ha dado origen al naturalismo: los seres vivos, humanos y no humanos, compartimos la vida y sus fortunas o infortunios y nos distinguimos porque algunos tenemos algo adentro y otros nada<sup>7</sup>. Sin embargo, hay muchas otras posibilidades de relación. Aquí solo quiero destacar como ella puede ser entendida al menos en dos sentidos: la naturaleza como algo cuyas alteraciones deben ser corregidas y la naturaleza como estado ideal del mundo y, por ende, como algo que no necesita de correcciones...

Esta visión naturalista tiene una primera y gran implicación con respecto al enfoque de las ciencias sociales en medicina: el gran tema de la medicina contemporánea es obviamente la enfermedad y esta se vincula siempre a una naturaleza alterada. Dice George Canguilhem: “La medicina de hoy se asentó, con la eficacia que es preciso reconocerle, en la gradual disociación de la enfermedad y el enfermo” (Canguilhem, 2004). Esto equivale exactamente a disociar la naturaleza de la cultura. Este desplazamiento básico condujo a otros traslados: el eje de atención varió desde el organismo al órgano, al tejido, la célula, el gen y la enzima; así también variaron los lugares en que ello era

<sup>6</sup> En los recientes debates en torno a la educación pública, un estudiante planteó la alternativa a esa forma de entender la ciencia de manera muy precisa: “no vemos las cosas como son; vemos las cosas como somos”. ¡Y se trataba de un estudiante de ingeniería!

<sup>7</sup> Philippe Descola es un antropólogo francés que se ha dedicado en buena parte a su análisis. Detenta una cátedra en el Collège de France titulada Antropología de la naturaleza, cuya lección inaugural (marzo del 2001) puede revisarse en internet (Descola, 2001). Su libro *Par-delà nature et culture* parece orientarse a cuestionar y superar la universalidad de aquella relación.

estudiado, siempre en dirección al laboratorio cada vez más sofisticado. Esta es la visión fundamental del modelo biomédico o naturalista: la enfermedad es un tema de la biología, un tema del cuerpo, de su estructura, de su funcionamiento. Anatomía, fisiología, química, bioquímica y todo esto en sus versiones normales y patológicas, determinados por los científicos validados del momento. El cuerpo es el punto primordial de atención y siempre será apreciado como objeto: será observado a ojo o por intermedio de distintos equipos, desde rayos X hasta el escáner más sofisticado; será medido en diversos parámetros desde el más sencillo conteo del pulso hasta la medición del flujo carotídeo a través de la ecografía doppler color; el cuerpo será palpado o auscultado, el cuerpo será escuchado con atención. Y ahí estará la naturaleza: fluidos, gases, sólidos... Es efectivo, como dice Annemarie Mol, que tenemos un cuerpo, somos un cuerpo, y hacemos un cuerpo ("we have our body, we are our body, we do our body"), pero la medicina rara vez va más allá de la primera distinción. El cuerpo que tenemos es el cuerpo que objetivamente los demás, entre ellos los médicos, pueden ver, examinar (lo que implica auscultar, palpar, medir); el cuerpo que somos incluye nuestra subjetividad, lo que es más difícil de aprehender (Mol, 2003).

Y en todas estas operaciones, la persona humana situada social e históricamente está al margen. Aquí hay un punto crucial difícil de analizar: no se trata simplemente de escuchar lo que la persona pueda decir acerca de su condición, que es la vía por la cual la medicina pretende garantizar su condición de medicina humana. No se debe hablar del caso de la cama 6 o de la sala 223, sino de la Sra. Juanita, quien tiene una pancreatitis aguda, dirán los maestros de la medicina. Y agregarán, contradiciendo a Canguilhem: además de la enfermedad hay en-

fermos. Piensan que al referirse al caso por su nombre están incorporando toda la particularidad que trae y que representa la Sra. Juanita (singularidad, historia, experiencia vital, educación, cultura, etc.). Pero, en verdad, eso no es más que de una mínima exigencia ética, o más simplemente una mínima exigencia de humanidad en el trato. El humanismo de los maestros de la medicina (y el de muchos buenos médicos de hoy) es un humanismo mal entendido. El paciente que enfrentan es un ser humano, pero la consideración de su humanidad no puede reducirse al trato deferente, al afecto simulado o real de un saludo cordial. La vida del paciente nunca podrá ser reducida a las circunstancias de su actual padecimiento, que es lo que generalmente registra una anamnesis<sup>8</sup>.

El punto más crítico está en que en la atención médica convencional es muy difícil manejar la subjetividad del paciente; todo está orientado a valorar otros elementos por encima de lo que el ser humano pueda decir: la jerarquía que ocupa el laboratorio y la tecnología, la estructura hospitalaria, el tipo de entrenamiento médico, los protocolos de atención<sup>9</sup>.

Y esta importancia de la naturaleza del cuerpo que tenemos, de sus variables y la comprensión de su operación es evidente donde quiera que uno mire. Por ejemplo, los artículos de una revista médica, los manuales incluidos en una página web de una escuela de medicina o las noticias destacadas ahí mismo: todo es biología. En el caso de los artículos de una revista médica, la referencia a los seres humanos vivos se limita a una pequeña sección en el mismo (material y método) y a unos pocos hechos (su número, sexo y edad y los datos básicos de sus registros clínicos, imagenológicos y de laboratorio). Como noticia, vale la pena traer a colación aquella en que se informaba de la próxima inauguración del Centro de Formación y Evalua-

<sup>8</sup> Parte de esta situación la discutí en mi artículo *La historia y los grandes médicos del pasado en Chile. Sentido de una indagación* (Gaete, 2010).

<sup>9</sup> La referencia a la estructura hospitalaria alude, por ejemplo, a la separación de los pacientes en sectores o pisos según órganos o sistemas afectados: en el ala oeste 'cardiología', en el 2º piso los enfermos del corazón u oncológicos. En el caso de los protocolos de atención, considerar por ejemplo lo que pasa con el cáncer de próstata: cualquier urólogo puede atender cualquier caso, porque el cáncer de próstata 'ya está protocolizado'. Es interesante considerar aquí el análisis de Michel Foucault en *El nacimiento de la clínica* (Foucault, 1966). Su análisis precisa el surgimiento de la mirada clínica: el interés por el cuerpo, la objetividad, Bichat... Enfrentamos ahora un escenario similar: cómo pasar de la biología a la consideración de la subjetividad de la persona. En este sentido son interesantes los trabajos de AM Mol y John Law.

ción de Habilidades Clínicas, de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile: allí habrá simuladores de baja y alta fidelidad. "...desde una parte del cuerpo, como un brazo, hasta maniqués integrados con sofisticados controles computacionales que son capaces de simular una respuesta ante las acciones que se realicen sobre él", como dirá la doctora Kunakov, del Departamento de Educación de la mencionada Facultad (Facultad de Medicina, 2011). Es interesante considerar también los trabajos producidos por alumnos de 2º año de Medicina en un curso de sociología médica. Ellos, que están iniciando su formación médica, son una especie de rey Midas: todo lo que tocan se transforma en biología. Por tratarse de un curso de sociología médica, los temas seleccionados están ubicados en áreas limítrofes: los trastornos de la alimentación, el VIH/Sida, la reproducción asistida y otros similares. Pareciera existir en el espacio, más allá de las escuelas de medicina, un criterio médico o algo que se supone tiene la mirada de un médico, o de un prospecto de médico, como sería en este caso. Inevitablemente, estos estudiantes definen al tema como enfermedad o no (el VIH positivo es igual a un diabético: crónicos ambos), poco sensibles a las diferencias, tienden a unificar mucho por vía de la biología o la fisiología (la prostituta es igual a una dueña de casa: ambas mujeres con úteros, ovarios, trompas y otros; aún cuando a una se le habla de las ETS y a la otra no), clasifican la variedad de manifestaciones de ese problema (los tipos de infertilidad o de trastornos de la alimentación, por ejemplo), señalan la etiopatogenia, las alternativas de tratamiento, y terminan construyendo un breve e incipiente informe médico.

A pesar de que el aspecto básico de este modelo biomédico es la separación de naturaleza y cultura, la verdad es que, afortunada o desafortunadamente, somos seres humanos; no podemos generar nada sin estilo, sin formas. Por consiguiente, la cultura no está ajena a estos desarrollos: tras ellos está una vez más la

cultura bajo la creencia en la superioridad del tipo de ciencia que está a la base del artículo científico, de los sofisticados controles computacionales... La gracia está en que esa cultura logra disfrazarse de "no cultura", esta cultura logra desconocerse como tal. Así, ese tipo de ciencia no se presenta como una ciencia condicionada por coordenadas temporales y espaciales dadas; no se presenta como una ciencia propia de esta época; es la ciencia por excelencia<sup>10</sup>.

Este enfoque naturalista o biomédico, en la medida que privilegia la enfermedad como centro del análisis, hace también que la práctica médica quede fuera de foco y permanezca únicamente como un campo de reflexión sobre la gestión y apto entonces para el análisis desde el punto de vista administrativo: el gobierno de las cosas. Es decir, la enfermedad es un resultado alterado de la naturaleza; los sistemas de atención médica son naturaleza al natural, por así decirlo. La enfermedad es una alteración que se puede corregir; los sistemas de atención forman parte de la naturaleza, pero de una que es como el paisaje que apreciamos en un viaje a la costa. No sólo es una naturaleza que no requiere corrección; es la parte familiar del mundo, la parte obvia de un mundo dado. Son dadas las formas de financiamiento, las estructuras institucionales, las relaciones con otros ámbitos vinculados a la salud, etc. Fonasa, Isapres, clínicas privadas, industria farmacéutica, atención primaria municipalizada, becas de especialización, etapa de formación y destino, y otras similares, son sólo elementos de la ecuación.

Como sociólogos, nuestra presencia en una escuela de medicina guarda relación con la manera en que tratemos esta distinción entre naturaleza y sociedad/cultura. Una posibilidad es que aceptemos tal distinción y que entremos también a pujar incorporando a ese análisis 'naturalista' nuestros particulares 'hechos': los aspectos sociales. Y entremos a pujar con la misma pretensión: esto también es ciencia; nuestro recetario del método científico es el mis-

<sup>10</sup> La cultura mapuche cree en lo sobrenatural: espíritus malignos que toman forma de remolinos de aire, de serpiente con alas. Nuestra medicina se precia de ser objetiva: la realidad es lo que ella identifica como realidad. Sin embargo, aquí también hay una cultura que no se aprecia como tal. Por ejemplo, el mercado -cuyas manos siempre están ocultas- actúa e incide en todo, pero no se le ve ni se le reconoce. Es otro piwichefi...

mo. Es lo que ocurre con la consideración de los “determinantes sociales en salud”, como se verá más adelante.

Procediendo así, las ciencias sociales vendrían a reforzar la idea dominante del médico como el prototipo del científico, con el agravante que ahora su saber abarcaría todo: el hombre como organismo biológico, psicológico y social. Además de reforzar la idea misma preestablecida de ciencia. Pero, en verdad, estas no son las ciencias sociales... y, más importante aún, estas ciencias sociales se incorporan de un modo subordinado; definen el campo a partir de una identidad asignada desde la perspectiva de los médicos, identifican topográficamente el campo a partir del reconocimiento que el enfoque biomédico y naturalista ha hecho de estas tierras. Pero, además, tendemos a centrarnos demasiado en la enfermedad y dejamos abandonado el terreno del análisis de la práctica médica.

Si, por el contrario, se anula tal separación entre naturaleza y cultura es posible pensar los temas de la salud y de la atención médica desde la perspectiva de las ciencias sociales. En efecto, reincorporado a la sociedad y a la cultura al análisis de la salud y la atención médica, el panorama que se abre ante nuestros ojos recupera una cantidad de aristas que la consideración exclusivamente biomédica había excluido o sesgado. Es posible una visión holista del escenario y, al estilo de una observación etnográfica de la medicina actual, decir que el virus del sida tiene que ver con la economía, con la segregación de poblaciones, con las percepciones y posibles perversiones de la sexualidad, con los derechos de las personas, etc., etc...

La referencia a la etnografía merece precisarse. Hoy en día, tendemos a ver las situaciones compartimentadas: las ciencias separadas de la economía; la literatura separada de la política; el arte separado del dinero, etc. Y esto parece ser, en parte, fruto de las complejidades del desarrollo y, en parte, fruto de una mala costumbre (a falta, por ahora, de otro nombre). El etnógrafo, por el contrario, por centrarse primordialmente en pueblos ‘primitivos’ y por no tener

esa mala costumbre, tiene la gracia de ver todo relacionado...

### 3. Los determinantes sociales de la salud

El tema de los determinantes sociales de la salud es un caso ‘paradigmático’, en el sentido de mostrar con claridad las posibilidades y limitaciones de los análisis al uso. Es, al parecer, el punto más alto de reconocimiento al que podemos aspirar los sociólogos interesados en el análisis de la salud y la atención médica, pero a la vez es una fuente inagotable de malos entendidos en cuanto a lo que nuestro análisis puede llegar a ser.

Convendría una pequeña digresión histórica. En 1970, cuando trabajábamos en la Facultad de Medicina tratando de incorporar las ciencias sociales a los estudios médicos, hablar de ‘determinantes sociales’ era una osadía. Lo hacíamos porque éramos sociólogos izquierdistas, porque los tiempos estaban para las osadías, porque todos éramos jóvenes. Una vez elegido Salvador Allende en la Presidencia de Chile, el ambiente parecía respaldarnos y así nos sentíamos. Y luego, cuando ese mundo se vino abajo, fuimos expulsados, entre otras cosas, para “garantizar una armónica convivencia universitaria” y “lograr una docencia objetiva y pluralista y evitar el uso de la función universitaria con fines proselitistas y sectarios”, cuando posiblemente solo habíamos hablado de los ‘determinantes sociales en salud’<sup>11</sup>. Por eso, muchos años después, cuando me entero que la Organización Mundial de la Salud tiene una comisión especial para tratar ese mismo tema, y está presidida por un prestigioso académico que ostenta un título de “Sir”, mi sorpresa es mayúscula. En Chile, nuestro Ministerio de Salud tuvo hasta el gobierno pasado una Subsecretaría de Determinantes Sociales de la Salud; hoy, ya aparece como una Unidad dentro de un Departamento de una División de la Subsecretaría de Salud Pública. Curioso, por decir lo menos. Los hechos que autorizan a hablar de los ‘determinantes sociales en salud’ no han cambiado para

<sup>11</sup> Cito textualmente el decreto de exoneración firmado por el Rector de entonces, General del Aire César Ruiz Danyau, por el cual fuimos expulsados muchos académicos del Departamento de Salud Pública.

nada; sí, lo ha hecho el marco político que rige nuestra administración pública. ¿Qué es más concluyente, las 'realidades' en sí mismas con su peso decidido sobre la razón o la razón de los que se imponen, como diría Brecht?

¿Cómo se trata este tema en la agenda oficial, chilena o internacional? Veamos una publicación del Reino Unido: "Social Determinants of Health, The Solid Facts" second edition, 2003, resumen del libro de 366 páginas del mismo título (Marmot y Wilkinson, 1999). En su prólogo, los editores Richard Wilkinson y Sir Michael Marmot destacan la notable sensibilidad de la salud con respecto al medio ambiente social, lo que implica que el desarrollo de los países trae aparejado mejoras en salud. Las diferencias de salud entre diversos grupos se han ampliado o reducido tanto como han cambiado las condiciones económicas y sociales. En esta dependencia de la salud con respecto al medio ambiente social, ellos distinguen entre factores comportamentales (paternidad, nutrición, drogas) y aspectos estructurales (desempleo, pobreza). Enfatizan, sin embargo, que el comportamiento depende del medio ambiente y recomiendan, por lo tanto, cambios medio ambientales que conduzcan a comportamientos más saludables. Finalmente, entienden que el modo en que el ambiente social y económico incide sobre la salud "depende mucho de la comprensión de la interacción entre las desventajas materiales y sus significados sociales", ya que esos significados también pesan como estigmas. Por eso, y para comprender cabalmente el tema, proponen combinar economía, sociología y psicología con neurobiología y medicina (Marmot, Wilkinson, 1999, p. 9).

¿Cómo se analiza la relación entre ambiente social y salud-enfermedad? Tomemos por ejemplo el proyecto Whitehall Study del University College London iniciado en 1967 y cuya segunda etapa (Whitehall II) comenzó en 1985. En este proyecto participó de manera relevante Sir Michael Marmot, editor del libro ya citado y quien dirigiera después la Comisión de Determinantes Sociales en Salud de la OMS. El principal objetivo de este proyecto era poner de relieve las diferencias de clase social en salud

e investigar los efectos de estas desigualdades en la enfermedad durante la vida laboral. En esta segunda etapa, la población estudiada ha tenido un seguimiento de 25 años y, este hecho combinado con las nuevas medidas clínicas de la función cognitiva, los trastornos mentales y el funcionamiento físico, parecen transformar a este estudio en un estudio de clase mundial del envejecimiento. Con una política innovadora de compartir la información recopilada, con el curso de los años Whitehall Study ha dado lugar a más de 500 publicaciones.

La envergadura de un proyecto como este obliga a ser muy precavido y destacar, entonces, mi intención de solo levantar algunos temas a la discusión. Por ejemplo, me interesa especialmente cómo se analiza la relación entre ambiente económico-social y salud. Para ello, consideraré algunos de estos estudios: por ejemplo "Work stress and coronary heart disease: what are the mechanisms?" de diversos autores vinculados al Departamento de Epidemiología y Salud Pública del University College London, entre ellos Michael Marmot y Eric Brunner, y publicado en *European Heart Journal* del año 2008 (Chandola et al, 2008). El objetivo principal de este estudio es determinar los factores biológicos y comportamentales que vinculan el estrés en el trabajo con la enfermedad coronaria. Como parte del proyecto Whitehall II, llegaron a la conclusión de que el estrés laboral puede ser un importante determinante de cardiopatía coronaria en la población activa, mediado a través de efectos indirectos sobre los comportamientos poco saludables (exceso de peso, hábito de fumar, sedentarismo, etc.) y de efectos directos sobre las vías neuroendocrinas del estrés.

El proyecto Whitehall II es conocido también como Stress & health study, y por ese motivo, a la hora de interpretar los resultados, todos acuden a la noción de estrés y sus efectos. Otro estudio de este mismo tipo es Socioeconomic determinants of health: Stress and the biology of inequality. Publicado por Eric Brunner en el *British Medical Journal* (Brunner et al. 1997)<sup>12</sup>, es un claro ejemplo de su línea de investigación y de este tipo de análisis. En el abstract de este

<sup>12</sup> Nótese su título: El estrés y la biología de la desigualdad. Es un intento claro de subsumir condiciones eminentemente sociales al enfoque biomédico. Otro artículo muy similar a este en su intención, y también en su forma de titularlo, aun cuando publicado 10 años después, es *Unfairness and health: evidence from the Whitehall II Study*, publicado en *J Epidemiol Community Health* 2007;61:513-518.



artículo, Brunner señala que “Está bien establecido que la salud depende de las circunstancias socioeconómicas, pero la biología de esta relación no se ha descrito apropiadamente. Factores psicosociales, que operan en todo el curso de la vida, influyen en diversas variables biológicas. Investigación con primates no humanos muestra los efectos biológicos de una jerarquía de dominio. Diferencias metabólicas similares son evidentes en funcionarios públicos organizados jerárquicamente. La respuesta neuroendocrina de “lucha o huye” (fight or flight) produce alteraciones fisiológicas y metabólicas que son similares a las observadas en sectores de menor nivel socioeconómico. Los efectos biológicos del medio ambiente psicosocial podrían explicar las desigualdades en salud entre grupos sociales con diferentes grados de prosperidad”.

Veamos otro ejemplo con el tema de estrés. En un texto de divulgación de la OMS se lee lo siguiente en relación al maltrato infantil: “El maltrato infantil causa estrés y se asocia a trastornos del desarrollo cerebral temprano. Los casos extremos de estrés pueden alterar el desarrollo de los sistemas nervioso e inmunitario. En consecuencia, los adultos que han sufrido maltrato en la infancia corren mayor riesgo de sufrir problemas conductuales, físicos y mentales, tales como: actos de violencia (como víctimas o perpetradores); depresión; consumo de tabaco; obesidad; comportamientos sexuales de alto riesgo; embarazos no deseados; consumo indebido de alcohol y drogas. A través de estas consecuencias en la conducta y la salud mental, el maltrato puede contribuir a las enfermedades del corazón, al cáncer, al suicidio y a las infecciones de transmisión sexual”. A pesar de que en el texto pululan las referencias a aspectos sociales, todo parece arrancar de los trastornos del desarrollo cerebral temprano. Por otra parte, claramente es la naturaleza la que manda y que conduce esta serie de cambios desde el maltrato infantil a las infecciones de transmisión sexual: maltrato infantil; trastornos del desarrollo cerebral temprano; alteraciones de sistemas nerviosos e inmunitario; problemas conductuales, físicos y mentales; conductas de riesgo y enfermedades de transmisión sexual. Además, da la impresión que todas estas ocurrencias sucesivas y ‘secuenciales’ le ocurren al ser humano

sin explicación plausible, aparte de un recurso a la biología; es decir, ocurren simplemente.

Cierto que es un texto de divulgación, pero el enfoque y el esquema de análisis no es diferente del que se encuentra en los artículos académicos de otra factura revisados más arriba. Y en este sentido, parece haber una larga tendencia en epidemiología social.

Los análisis se repetirán al infinito. Apoyándose en el Whitehall Study, las investigaciones construirán un modelo causal que arrancando de la posición social seguirá a través de la vía psicosocial y de comportamiento hasta los cambios fisiopatológicos del cortisol y el eje hipotálamo-pituitario, para terminar en la enfermedad clínica. Y esto es bastante uniforme. Cuando en el año 2008 se entrega el informe final de la Comisión de los Determinantes Sociales en Salud, es la propia Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan, quien señala: “Esto pone fin al debate de forma contundente. La atención sanitaria es un determinante importante de la salud. Los distintos modos de vida son también determinantes importantes de la salud. Sin embargo... son factores del entorno social los que determinan el acceso a los servicios de salud e influyen en la elección del modo de vida” (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - 2005-2008). Entonces, el estrés y los modos de vida poco saludables son las piedras de toque de este análisis que se propone como sociológico.

El propio Marmot intentará marcar una diferencia con “Status Syndrome, how social standing affects our health and longevity”, publicado en 2004. Allí tratará de expresar un poco más la noción de estatus, para concluir que es la participación plena y la autonomía individual (el mayor grado de control sobre nuestro ambiente y nuestro trabajo) lo que en definitiva incide en nuestra salud. Un comentarista calificado señalará: “La razón es que la participación social -las relaciones gratificantes, el acceso a una comunidad, y el respeto de los demás- y la autonomía individual son determinantes cruciales de la salud y la felicidad. Alto estatus, ofrece más oportunidades para la participación social y el control de las condiciones en que uno vive. Bajo estatus significa que fuerzas externas -un jefe mezquino, una empresa que arroja desechos tóxicos

cerca de su barrio- están más propensas a determinar su destino, el apoyo social es menos fiable, y la inseguridad es una característica de la vida cotidiana. Aunque el significado de la plena participación varía de un lugar a otro, afirma Marmot que los efectos beneficiosos de estar conectado son constantes” (Klinenberg, 2004)<sup>13</sup>.

El síndrome del estatus no tiene que ver con el dinero constante y sonante. “... tiene mucho más que ver con dos necesidades humanas fundamentales: la autonomía y la participación social plena. Si se carece de un vecindario limpio y seguro, de un trabajo significativo, de oportunidades de educación de calidad para los niños, si no se siente libre del asedio policial y de la violencia y agresión, es difícil tener control sobre la propia vida y llegar a ser un participante social pleno” (Marmot, 2006). Y todo esto incide en la desigualdad en salud. “Hay una plausibilidad biológica en esta proposición. La baja posición social está vinculada a la actividad de las dos vías principales del estrés biológico: el eje simpático-adrenomedular y el eje hipotalámico-pituitario adrenal”.

No quiero dejar de mencionar la referencia de Marmot a estas hipótesis causales a partir de los estudios en animales, similar a la de Brunner al efecto biológico de las jerarquías en los “primates no humanos”, y que también concluyen en la identificación del estrés. A mi juicio, estas referencias son posibles porque, contrariamente a sus intenciones declaradas, ambos autores se sitúan decididamente en un ámbito en que los primates no humanos y nosotros los humanos somos iguales: en la biología; distante por consiguiente de nuestras condiciones humanas de vida. El significado social de esta referencia a los animales es uno solo: pone en evidencia que no están reflexionando en torno a nuestro costado más humano (el de los sentidos y significados sociales de nuestra experiencia), y a la vez que están reflexionando con nuestro costado menos humano (la biología) donde se les facilita la aplicación de esquemas de causalidad. Mien-

tras más nos situamos en nuestro costado más humano, más indeterminados nos hacemos y más inapropiado es reflexionar en términos de causalidad; mientras menos humano es nuestro ámbito de reflexión, más duro y apropiado se hace este para reflexionar en términos de causalidad.

## REFERENCIAS

1. Arendt, H. La condición humana. España. Ed. Paidós. 1993.
2. Arendt H. Sobre la revolución. Alianza Editorial Buenos Aires. 2009.
3. Arendt H. Entre el Pasado y el Futuro: Ocho ejercicios sobre la reflexión política. Barcelona. Península. 2003.
4. Behm Rosas H. Mortalidad infantil y nivel de vida. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. 2010.
5. Belmar, R. Planificación de la enseñanza de las ciencias sociales en la escuela de medicina. Cuadernos Médico-Sociales, Vol. 7, N°4. 1966.
6. Canguilhem, G. Escritos sobre la medicina. Editorial Amorrortu. Madrid. 2004.
7. Carta pública por la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago (9 de agosto de 2010). Publicada el 17 de agosto del 2010 en el Diario La Nación.
8. Chandola, T., Britton, A., Brunner, E. et al. Editor's choice: Work stress and coronary heart disease: What are the mechanisms? *European Heart Journal* 2008;29(5): 640-648. (en internet <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2008/01/23/eurheartj.ehm584>, accesado en julio 2011)
9. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud 2005-2008. [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/es/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/es/), accesado en julio 2011.
10. Descola P. Antropología de la naturaleza (lección inaugural College de France marzo del 2001) puede revisarse en internet ([http://www.college-de-france.fr/default/EN/all/anthrop/lecon\\_inaugurale.htm](http://www.college-de-france.fr/default/EN/all/anthrop/lecon_inaugurale.htm)).
11. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Centro potenciará habilidades clínicas. *El Mercurio*, domingo 7 de agosto de 2011, Cuerpo D, p. 14.
12. Fassin D. Entre politiques du vivant et politiques de la vie. *Anthropologie et Sociétés*, 24, 1, pp. 95-116. 2000.
13. Fassin D. La biopolitique n'est pas une politique de la

<sup>13</sup> Klinenberg es autor de “Heat wave, a social autopsy of disaster in Chicago”, sobre los efectos devastadores de la ola de calor que azotó Chicago en julio de 1995: más de 700 víctimas fatales.

- vie. *Sociologie et Sociétés*. 2006;38(2): 35-48.
14. Fassin, D. *Faire de la santé publique*. Editado por École des Hautes Etudes en Santé Publique, 2ª ed. Paris. 2008.
  15. Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*. (1ª ed. en español). México D F Siglo XXI Editores. 1966.
  16. Gaete, J. y Tapia, I. *Ciencias Sociales: Una discusión acerca de su enfoque en medicina*, Cuadernos Médicos Sociales, 1970;Vol. 11, N°2, 32-37.
  17. Gaete, J., Yocelevsky, R. y Tapia, I. *Bases para una redefinición de la medicina en la ciencia social*. *Revista Médica de Chile*, 1971;Vol. 99, N°7.
  18. Gaete, J. *La historia y los grandes médicos del pasado en Chile. Sentido de una indagación*. *Cuadernos Médico Sociales*, 2010; Vol. 50 No. 3, 208-219.
  19. Goic, A. *Introducción a las V Jornadas de Historia de la Medicina en Academia Chilena de Medicina*. V Jornadas de Historia de la Medicina. Santiago de Chile: Lom Editores. 2003.
  20. Gunning-Shepers, L.J. 'That which we call Social Medicine ...' *Journal of Epidemiology and Community Health* 1997; 51: 224-226.
  21. Hamlin, C. *Public Health and Social Justice in the Age of Chadwick: Britain, 1800-1854*. Cambridge University Press. 1998.
  22. Hunneus, C. y Lanás, M.P. *Ciencia política e historia. Eduardo Cruz-Coke y el estado de bienestar en Chile, 1937-1938*, 2002. *Historia* 35 pp. 151-186. Disponible en [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-71942002003500007&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-71942002003500007&lng=es&nrm=iso). accedido en 26 octubre 2010.
  23. Illanes, M.A. *En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia. Historia social de la Salud Pública, Chile 1880-1973*. Colectivo de Atención Primaria, (2ª ed). Santiago de Chile: Ministerio de Salud. 2010.
  24. Jiménez de la Jara, J. *Angelitos salvados, un recuento de las políticas de salud infantil en Chile en el siglo XX*. Santiago de Chile: Uqbar Editores. 2009.
  25. Klinenberg, E. *To have and have not*. *The Washington Post Sunday*, August 1, 2004.
  26. Krieger, N. *The Making of Public Health Data: Paradigms, Politics and Policy*. *Journal of public Health Policy* 1992; 13, 412-427.
  27. Krieger, N. *Epidemiology and Social Sciences . Towards Critical Reengagement in the 21st Century*. *Epidemiology Reviews*. 2000; Vol 22 N°1, 155-163.
  28. Labra, M.E. *Política y Medicina Social en Chile. Narrações sobre una relación difícil*. *História Ciências Saúde- Manguinhos*. 2000 Mar-Jun; 7(1):23-46.
  29. Latour, B. *Nunca fuimos modernos. Ensayo de antropología simétrica*. (1ª edición en español) Buenos Aires: Siglo XXI editores. 2007.
  30. Marmot, M & Wilkinson, R.G. (eds) *Social Determinants of Health*. Oxford University Press. 1999.
  31. Marmot, M. *Status Syndrome, a Challenge to Medicine*. *Journal of American Medical Association*, 2006;Vol 295, N°11,1304-1307.
  32. Mol, A.M. & Law J. *Embodied Action, Enacted Bodies. The example of Hypoglycaemia*. Centre for Science Studies. Lancaster University: Lancaster. 2003. En Internet en <http://www.comp.lans.ac.uk/sociology/papers/Mol-Law-Embodied-Action.pdf>
  33. Mönkeberg, F. *Prevención de la desnutrición en Chile. Experiencia vivida por un actor y espectador*. *Revista Chilena de Nutrición*, 2003;Vol. 30 Suplemento 1.
  34. Montoya, C. *Algunas ideas que deben esclarecerse como asunto previo a la introducción de la enseñanza de las Ciencias Sociales en la Escuela de Medicina*. *Cuadernos Médico-Sociales*, 1966; Vol. 7, N°4.
  35. Montoya, C., Molina, G., Díaz, S., Belmar, R. y Jimeno, C. *Aporte de las ciencias sociales a la formación médica en el nivel pre-graduado*. *Cuadernos Médico-Sociales*, 1966;Vol. 7, N°4.
  36. Muñoz Bustos, C. *La institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989*. Santiago de Chile: Lom Editores. 2010.
  37. Ortega, F. *The Biopolitics of Health: Reflections en Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt*. *Interface Comunicação, Saúde, Educação*. 2003;v8, n.14, 9-20.
  38. Pieper-Mooney, J. *Salvar vidas y gestar la modernidad: médicos, mujeres y programas de Planificación Familiar en Chile*, en *Por la salud del cuerpo*, M. Soledad Zárata, compiladora. Ediciones Universidad Alberto Hurtado, Santiago de Chile, 2008, 207.
  39. Rosen, G. *A Bookshelf on the Social Sciences and Public Health*. *Journal of Public Health*, 1959; Vol 49 N°4.
  40. Schramm, F.R. *O uso problemático do conceito 'vida. en Bioética e suas interfaces com a praxis biopolítica e os dispositivos de biopoder*. *Revista Bioética*, 2009;17(3): 377-389.
  41. Zárata, M.S. (compiladora). *Por la salud del cuerpo. Historia y políticas sanitarias en Chile*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Alberto Hurtado. 2008.

### Nota del Editor

Por razones de espacio este artículo se dividió en dos partes. La segunda, será publicada en la próxima edición.