

LA CONTROVERSIA ENTRE LA PERSPECTIVA BIOMÉDICA Y PSICOSOCIAL EN EL CAMPO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

GEORG UNGER VERGARA*

RESUMEN

El presente trabajo plantea que existe asimetría en el tratamiento brindado a la perspectiva psicosocial y biomédica en el campo de la atención primaria de la salud. Dicha asimetría carece de fundamentación científica y se sostiene en una lucha por la hegemonía.

Metodológicamente, el problema se explorará con la aplicación de un modelo emergente de análisis de discurso y de sociología del conocimiento científico, el de la sociología simétrica.

Palabras Clave

Atención Primaria de Salud, Análisis de discurso, Psicología Social y Biomédica

Introducción

En 1976, David Bloor publica “Knowledge and Social Imagery”. Esta obra marca un giro radical en el campo de la Sociología del Conocimiento Científico y, por extensión, en el dominio de la Sociología del Conocimiento, incluyendo la perspectiva construccionista (Doménech & Tirado, 1998). Refutando la perspectiva mertoniana (1957), de la ciencia como institución social, Bloor cuestiona el modo en que las teorías representacionistas de la realidad –que subyacen a la teoría clásica de la Sociología del Conocimiento Científico (SCC)– clausuran el desarrollo de una “sociología de la (producción de la) verdad”, al pretender que ésta “surge directamente de los hechos” (Ibid., p. 16).

Esta pretensión se produce según Domenech y Tirado (1998) al separar acríticamente el “contexto de justificación” (hegemonizado por la epistemología y la metodología) del “contexto de descubrimiento”. Este contexto aparece reservado a una “sociología del error”, lo que equivale a la afirmación de que la ciencia “...no puede conocerse de un modo científico” (Ibid., p. 16). Sobre esta base, Bloor (1976), propone su “programa fuerte” para el desarrollo de una SCC. Mediante este “programa”, Bloor defiende que una sociología del conocimiento en el campo de la ciencia y la tecnología, precisa explicar “...tanto el éxito como el fracaso, racionalidad como irracionalidad, verdad como falsedad” (Ibid., p. 16).

El efecto “desnaturalizador” de estos argumentos abre la posibilidad de examinar cómo se han construido las “verdades” o “hechos” que se enarbolan como los soportes que confirman una teoría por oposición a otra, es decir, la “pretensión de verdad” que está en juego en una “controversia científica”. De este principio, el “principio de imparcialidad”, Bloor arriba a un segundo principio, el de “simetría”.

* Licenciado en Psicología. Universidad de Chile. Magister © en Psicología Social. Universidad Arcis / Universitat Autònoma de Barcelona.

Según Domenech M. y Tirado J.F. (1998), este principio o herramienta crítica de la SCC deriva del trabajo de Wittgenstein en las “Investigaciones Filosóficas”, específicamente de cómo se construye la relación entre proposiciones acerca de la realidad y la “realidad”. Tanto “lo aceptado” como lo “rechazado”, convocan a un entramado previo de creencias y prácticas dadas como incuestionables, producidas y reproducidas a través de “juegos de lenguaje” y prácticas sociales. Es decir, las afirmaciones de verdad que reclaman un estatus ontológico o gnoseológico, son en realidad, “distinciones situadas”.

El impacto de la obra de Bloor, condujo a nuevos desarrollos en el campo de la SCC. En 1986, Callon afirma que no sólo la ciencia, sino también la “naturaleza” y la “sociedad”, pueden ser “observadas y descritas” a partir del principio de simetría. Para distinguir esta perspectiva de la de Bloor, Callon (1986), desarrolla la noción de “simetría generalizada”. Según Callon, este desarrollo del “programa fuerte” de la SCC defendida por Bloor, es requerido, porque él soslaya el hecho de que los “ingredientes” de una “controversia científica o tecnológica –los “puntos de vista”, “argumentos” y “hechos experimentales o empíricos” que se enfrentan en un campo, demandando ser los “verdaderos”– comprometen al mismo tiempo consideraciones sobre la naturaleza y la sociedad y no solamente sobre la naturaleza o la sociedad (Callon, 1986; citado en Doménech & Tirado, 1998, p. 19). También Latour (1991) adhiere a esta revisión del “programa fuerte” de Latour, criticando el efecto de “disimetría” en Bloor, que, por extensión, produce una perspectiva “constructivista” de la naturaleza y “realista” de la sociedad (Doménech & Tirado, 1998). En síntesis, los desarrollos de la noción de simetría conducen, desde el punto de vista de una Sociología Simétrica, a que “...dualismos como naturaleza/sociedad y humano/no humano deben ser también puestos entre paréntesis” (Ibíd.: 19).

La controversia entre el enfoque biomédico y el psicosocial en el campo de la atención de salud

La atención de salud es un tema central para el bienestar humano, ya que, es “la actividad que se cumple sobre el paciente” (Sonis, 1978). En 1933, Lee y James definían la atención médica de calidad como “...la clase de medicina practicada y enseñada por los líderes reconocidos de la profesión médica, en un momento dado y en un determinado nivel de desarrollo social, cultural y profesional de una comunidad o grupo poblacional...” (Citados en Sonis, 1978, p. 104). Donabedian (1970), en cambio, ha dicho que “...la definición de calidad podría ser la que cada uno quiere que sea...” (Citado en Sonis, 1978, p. 105). De entre todos los criterios de calidad de una atención de salud, Sonis (1978), afirma que el más relevante es que ésta esté “científicamente fundada”. Es decir, la “ciencia”, sería un elemento básico que zanjaría la disputa. La ciencia moderna aparece con un estatus de verdad incuestionable.

En efecto todo el mundo asume que la Medicina es una ciencia aplicada, ciencia que se sirve de un saber acreditado que en gran medida gira en torno a la tecnología médica. En la actualidad, los exámenes de laboratorio, radiológicos y fármacos constituyen los mediadores sociales y culturales de la atención, unidos a las cirugías, respiradores, transfusiones de sangre, jeringas, catéteres, máquinas de monitoreo electrónicas y computarizadas. En cada uno de esos enlaces, el mediador humano aparece como otra pieza experta, cuestión que aparece más crítica, cuando el paciente está sufriendo síntomas incapacitantes o debe recibir una intervención física mayor.

En el siglo XIX, asociada a la Medicina General, se desarrolló la Medicina Social y la Salud Pública. Producen un discurso contrahegemónico, que insiste en afirmar que las condiciones de salud y enfermedad varían en estrecha relación a las condiciones de vida de cada población. Cuestionan

radicalmente el “modelo del germen” como base de las enfermedades. Sus fundadores llegan a reclamar el estatus de Ciencia Social para la Medicina. Para ellos, la miseria es madre de las enfermedades y la Política, es la Medicina a gran escala.

Ambos puntos de vista, reclaman el estatus de verdad zanjada para el concepto y los hechos positivos de lo que conocen como indicadores de salud y como intervenciones de salud.

El retorno a la democracia (1989) reabrió la polémica sobre el desarrollo de las políticas y la atención de salud. El Estado asumió la tarea de retomar la perspectiva de que las políticas sociales, particularmente las de salud, son un factor crítico del desarrollo y que no se circunscriben a la atención médica de urgencia. El documento público del gobierno de Chile (1993) “De consultorio a Centro de Salud”, afirma que el modelo de Salud Pública mediado por las tecnologías médicas modernas, fue cuestionado “radicalmente” por el enfoque de Atención Primaria de Salud, construido en la Conferencia Mundial de Alma Ata (1978). Asimismo declara el valor del Modelo de APS para ofrecer una efectiva “atención integral de salud”.

En la actualidad se ha desarrollado en Chile una controversia pública –alcanzando los medios de masas– en torno a las políticas de salud y la atención de salud. Mientras muchos profesionales de salud, sectores amplios de la ciudadanía y los medios evalúan que la coalición política gobernante ha fracasado en este campo, otros consideran que ha mejorado sostenidamente si se lo compara con el Gobierno Militar. Los primeros argumentan que ha habido un aumento sostenido del gasto social y que el problema central del período ha sido el de la eficiencia y en general, la administración (política) de los servicios. Los segundos, que se está pagando una deuda histórica. Esta polémica se asocia al del papel del Estado y de los propios usuarios en el pago del costo de la atención requerida.

Parte importante de la controversia ha sido el de las dimensiones psicosociales de los problemas de salud y de su atención. Esta controversia ha figurado en el terreno público entre los defensores de la “prevención” y las mejoras de la calidad de vida y quienes centran su atención en los recursos financieros para subvencionar el costo de la atención de enfermedades. Dentro del sistema de atención de la salud, particularmente en el nivel primario y en el área de la educación en salud o promoción, se ha desarrollado como controversia entre los equipos de orientación biomédica y los psicosociales.

Argumento / motivo

La controversia sobre el valor de las teorías y tecnologías psicosociales en el campo de la atención primaria de la salud, reúne los criterios que definen una controversia en el área de la ciencia y la tecnología. En este campo, las perspectivas llamadas “biomédica” y “psicosocial” se relacionan y enfrentan como “distintos puntos de vista” que por medio de distintos “argumentos” y “hechos empíricos”, reclaman ser los verdaderos.

El análisis simétrico de las concepciones opuestas en este campo ofrece la posibilidad de identificar los elementos que producen los efectos de verdad. Además, el área donde se juega la controversia es especialmente indicada para un análisis simétrico, ya que en el debate tienen particular relevancia los mediadores humanos y no humanos y la discusión sobre el estatus de la tecnología, la ciencia, la naturaleza, la sociedad y la cultura y el papel que cumplen en la salud y la enfermedad. Juegan un papel central también, la discusión sobre lo público y lo privado, la libertad y los valores, la

inclusión y la exclusión social e incluso, la concepción del ser humano y los estilos de desarrollo. Todo ello no es normalmente visible hasta que se aplica la noción de simetría a la concepción estandarizada de una atención de salud.

Al deconstruir y describir los elementos que cada versión pone en juego y al distinguir el estatus que reclaman en el terreno de la ciencia, la tecnología, la naturaleza y la sociedad, se descubre que las relaciones interdisciplinarias esconden cuestiones valorativas, normativas y políticas más amplias, decisivas para el desarrollo de los sistemas de salud y su rol dentro del desarrollo.

Análisis simétrico de la controversia acerca del valor de la teoría y la tecnología psicosocial y comunitaria en el campo de la atención de salud

G. Bibeau y D. Pedersen, al analizar las relaciones entre Medicina y Tecnología afirman que debe atenderse a la necesidad de desarrollar una “ingeniería médico-social”. Sostienen que no se pueden analizar tecnologías de salud “sin cuestionar los problemas de su aceptabilidad por parte de las diversas categorías de consumidores, su accesibilidad y las maneras en que son ofrecidas por los proveedores de Atención de Salud” (Bibeau & Pedersen, 1985, p. 3).

Según esta perspectiva, la tecnología médica se ve trabada, por aspectos extra tecnológicos., particularmente sociales, políticos y económicos. La propuesta de fondo es la de “erradicar las barreras socioculturales en la utilización de las tecnologías médica” (Ibid., p. 3)

En el campo político y económico, los autores resaltan como dimensiones de calidad, una apropiada cobertura tecnológica, que hace referencia a la extensión y accesibilidad de tecnología en un área geográfica delimitada; capacidad tecnológica y científica, que hace referencia al número de científicos altamente capacitados en un país y a la producción endógena de conocimiento y tecnología y además, un proceso efectivo de incorporación de tecnología. En el campo que denominan “cultural”, los autores consideran relevante encarar **la relación entre tecnologías y los valores que les dan forma**. En el plano individual, destacan como dimensión crítica de la atención, el comportamiento de búsqueda de salud (Bibeau & Pedersen, 1985).

En dirección opuesta, Sonis afirma que, a mediados de los 70, la atención de salud colapsó por cuatro procesos interdependientes que se relacionan con la prioridad concedida a la tecnología médica en el campo de la atención de salud:

- ◆ Superespecialización, una relación médico paciente despersonalizada, burocratización en la atención y centralización tecnológica del sistema en enormes hospitales, “saturados de tecnología”.

Según Sonis (1978), este es un problema técnico y político, pero además están en juego en él, los conceptos de “ser humano”, “salud” y de “ciencia”. Para Sonis (1978), la crisis de la Medicina refleja una crisis global de valores, agregando que, en general, la mayor parte de la población, no accede a una atención de calidad. Desde el punto de vista valórico, la “racionalización” y la “tecnologización”, como soportes ideológicos de la “superespecialización”, tornaron el cuerpo en cosa material y al organismo en máquina y desencadenaron una obsesión por la taxonomía, totalmente orientada a la enfermedad.

Según Sonis (1978) el médico y su formación soslayan el razonamiento clínico a favor de los tests de laboratorio y una indiferencia frente al sufrimiento. Sostiene que la medicina se debatirá en un mar de irrelevancia, a menos que aprenda a integrar el conocimiento del cuerpo con los factores que afectan la calidad de vida (Sonis, 1978).

La crisis de la atención de salud fue efectivamente, la base evaluativa de la política de la OMS, llamada “Salud para todos el año 2000”, referida a la organización de sistemas que brindarían al año 2000, una asistencia sanitaria básica para la población mundial. La meta no se cumplió. Esta estrategia se definió en 1978 (Hevia, 1986) como:

- ◆ Una asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y **tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, a un coste que la comunidad y el país pueda soportar**, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Apropiadas son las tecnologías que tienen “una base científica sólida” y que deben ser “aceptables para las comunidades participantes” (Hevia, 1986, p. 29).

Baquedano M. (1989), las define como tecnologías que se inscriben en un estilo de desarrollo diseñado para satisfacer las necesidades básicas de una población; que no están movidas por el lucro; utilizan recursos renovables y descentralizados; utilizan gran mano de obra; revalorizan la creatividad local y promueven la participación de la comunidad en todas sus etapas. Su perspectiva es solidaria, ecológica y perdurable (Baquedano, 1989).

En el campo de la salud, los cambios epidemiológicos se observan a partir de los “indicadores” de morbimortalidad de las poblaciones, entendidos como los hechos que dan cuenta de otros hechos, no observables directamente. Síntoma y semiología son desde la antigüedad elementos básicos de una atención “clínica”. Con el desarrollo tecnológico se agregaron las especialidades y para cada una de ellas, estudios correlacionales, indicadores fisiológicos, estudios paramétricos y otros, como datos que permiten tomar decisiones fundadas acerca de la organización de la atención o intervención. Los datos se comprenden como el resultado de incontables mediadores y mediaciones que abarcan una discusión sobre la ciencia, la tecnología y la sociedad.

Por lo tanto, la idea de que una atención de salud, en primer lugar, “debe estar científicamente fundada” es altamente imprecisa. La atención es un sistema organizado al interior de otros. Los mediadores humanos, entrenados para prestar ciertas atenciones y no otras, dependen de otros tantos mediadores, para prestar una atención de calidad. Todas las versiones sobre la calidad de la atención de salud concluyen en la tecnología o en las técnicas apropiadas. “Las técnicas tienen significado mediante un tipo especial de articulación que cruza los límites que el sentido común establece entre los signos y las cosas” (Latour B., 1998, p. 261).

En general, en el terreno de la salud, el trabajo potencial del psicólogo es considerado como un trabajo de menor complejidad. El psicólogo fue incorporado al equipo de salud en el nivel primario de atención de la salud, recién en el año 1993. Según los lineamientos administrativos que regulan su accionar, desarrolla actividades clínicas y educativas, al igual que todos los profesionales, guiadas por las normativas de los servicios de salud.

La controversia entre una atención médica concebida como un problema financiero y tecnológico y, un enfoque biosociosocial que subraya la pertinencia sociocultural de los servicios, se refleja en las acciones donde a ambas redes les toca interactuar. A modo de ejemplo se describen las opiniones de dos grupos que interactuaron con un programa de formación para una atención y educación en el área de los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. El programa tenía una orientación marcadamente educativa, favorable a las intervenciones y organizaciones de carácter comunitario.

(Opinión de una matrona, encargada comunal del programa del adolescente)

“ustedes son diferentes, **los asistentes sociales, los psicólogos, los sociólogos. Son todos más volátiles; en realidad su propuesta es siempre más volada y nosotros, al revés, pues, todo tiene que ser para allá vamos y esto y todo con acciones, con objetivos, estrategias, indicadores y todo con una meta final. Estamos acostumbrados a trabajar de esa manera y preferiría más seriedad en el equipo de trabajo**”.

(Opinión de una matrona, académica de la Universidad de Chile)

“... nos dimos cuenta que estábamos adoleciendo en nuestra formación de una mirada más social de trabajo comunitario que se había dejado de hacer en este país. por muchos años Empezar a escuchar un nuevo lenguaje términos como ciudadanía, que ni siquiera los tomábamos en cuenta Al principio, nos dimos cuenta que este lenguaje y visión de mundo, desconocido para nosotros, se nos acercaba y teníamos la posibilidad de que nos pudiéramos integrar. Éramos necesarios el uno para el otro habían muchos gananciales... en este engranaje hubo muchas dificultades hasta el momento aún las hay... **son dos miradas son dos formas de trabajar distintas hay toda una estructura mental distinta**”.

Sánchez (1993) señala que la intervención comunitaria comprende técnicas mucho más variadas y complejas que las intervenciones clínico-individuales, pudiendo implicar tecnologías o técnicas psicosociales, políticas, urbanísticas, económicas o culturales. Define la intervención como la articulación de un conjunto de recursos y redes para el cambio social.

El cambio no se busca directamente con relación a los problemas o enfermedades prevalentes, sino a los recursos y potencialidades para el desarrollo comunitario y su fortalecimiento.

Costa y López (1986) describen varias limitaciones centrales del modelo clínico tradicional. Según ellos, el modelo clínico tradicional, está centrado en el tratamiento de individuos con problemas; ofrece un formato individualizado que hace colapsar los servicios; sigue una lógica de espera de usuarios; consecuentemente, fracasa en la prevención; fomenta una concepción individualista en la etiopatogenia de los problemas de salud y soslaya la dimensión ambiental y social, fomentando una ideología de la no participación. Adicionalmente, fracasa en el manejo de los trastornos emocionales crecientes en la población (Costa & López, 1986).

Uno de los argumentos más recurrentes para validar las intervenciones psicosociales en el campo de la salud, es el de las relaciones entre redes sociales primarias y desarrollo individual y, entre apoyo social y capacidades de afrontamiento de problemas y enfermedades, así como en su génesis y mantenimiento (Martín González, 1988).

El valor del conocimiento psicosocial en el campo de la salud representa el potencial de una permanente controversia, porque los presupuestos acerca de la salud y la enfermedad, su génesis, mantenimiento y superación, entre otras consideraciones, son diferentes a los que han venido sosteniendo tradicionalmente los profesionales de la salud. El proceso de salud-enfermedad convoca este nivel de disputa, porque comprende un entramado de factores humanos y tecnológicos que reflejan concepciones distintas de cuestiones que pueden determinar la diferencia entre la vida y la muerte.

Discusión y conclusiones

Etimológicamente, intervención es sinónimo de mediación y cooperación, tanto como de intromisión e intrusión. Intrusión que puede llegar a la coerción o represión (Carballeda, 2002). Los mediadores humanos y los actantes producen acciones, “mediaciones técnicas”. Ellas son el entramado donde las redes actúan para producir lo que logran y desean producir.

Los materiales aportados son representativos de una controversia al interior del campo de la atención de salud y de su calidad. Mientras una centra los factores tecnológicos, la otra centra dimensiones económicas, socioculturales y sociopolíticas. En los equipos de atención de salud, la controversia, muchas veces, se ha desarrollado como un enfrentamiento de los defensores de una perspectiva clínica y una psicosocial-comunitaria, para el abordaje de los problemas de salud.

En un caso, la atención de salud es concebida como un dominio donde sobresalen los mediadores no humanos, tecnológicos; la construcción de indicadores es fundamentalmente un efecto del manejo de registros o normas estadísticas y tecnologías médicas de distinta complejidad. Los usuarios enfermos son los que calzan con los criterios de accesibilidad y los de cobertura tecnológica del centro donde se presta la atención. Se confunde normalmente la complejidad tecnológica de la oferta requerida, con la complejidad de la atención requerida.

En otro caso, la atención de salud es concebida como un proceso de concertación social para definir las necesidades y las acciones prioritarias en salud y crear condiciones de desarrollo comunitario. Para éstos, la demanda de servicios, es sólo “la punta de un iceberg”, representa sólo la morbilidad declarada.

En general, las intervenciones psicosociales son consideradas menos costosas y menos complejas, menos válidas y confiables, más políticas, más eficientes en el campo de la salud primaria.

El análisis simétrico muestra que esta controversia está sustentada en conocimientos e intereses distintos y por lo tanto en visiones contrapuestas sobre una atención de salud de calidad. La controversia entre el punto de vista psicosocial y el biomédico abarca distintos conceptos de salud, distintos indicadores y principios de causalidad; desde el punto de vista interventivo la visión psicosocial defiende la relevancia de implementar de manera permanente acciones de atención de salud comunitarias, el uso limitado de tecnologías intrusivas y dispositivos de atención que sean en general, humanamente pertinentes.

La teoría de Latour (1998) atiende al conjunto de problemas que representan los elementos mediadores de un acto social. En un programa científico o tecnológico, precisamente el personal “técnico” muestra sólo el funcionamiento de distintos engranajes que se articulan tras una intervención exitosa. Lo que parece ser un problema “gremial” o de la relación entre saberes hegemónicos y minoritarios, muestra, desde el punto de vista del principio de simetría, distinciones conceptuales que guían distintas praxis en este campo.

La atención de salud, comprende la definición de prioridades, la organización de servicios articulados y eficaces. Esto que parece evidente, a la luz de un análisis simétrico, deviene en un conjunto amplio de problemas interdependientes que de otro modo, se abordan por separado, irreflexivamente, en el diagnóstico como “multicausalidad etiquetada”. El análisis simétrico permite juzgar imparcialmente las pretensiones de verdad de perspectivas que se oponen en esta y otras controversias científicas.

Bibliografía

- BAQUEDANO, M. (1989): *¿Qué son las tecnologías apropiadas?* Valparaíso: Ediciones CETAL.
- BIBEAU, PEDERSEN & PUENTES (1985): Documento de trabajo: *Estilos de Vida y Sistemas Culturales*.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Fundación W.K. Kellogg.
- CARBALLEDA, A. (2002): *La intervención en lo social*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- COSTA, M. & LÓPEZ, E. (1986): *Salud Comunitaria*. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
- DOMÉNECH, M. & TIRADO, J.F. (1998): *Claves para la lectura de textos simétricos*. En: Sociología Simétrica Doménech M. y Tirado J.F. (compiladores). Barcelona: Editorial Gedisa.
- GONZÁLEZ, Martín, A. (1988): *Psicología Comunitaria*. Barcelona: Textos Visor.
- HEVIA, P. (1986): “Buscando el ABC de la Atención Primaria de Salud”. Santiago: *Revista Enfoques en Atención Primaria*, Año I. N° 1.
- LATOUR, B. (1998): “De la mediación técnica: filosofía, sociología, genealogía”. En: Doménech M. y Tirado J.F., compiladores.
- MINSAL (1993): *De consultorio a centro de salud*. Santiago.
- SONIS, A. (1978): *Medicina Sanitaria y administración de salud*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo.