

UNA MIRADA A LA RELACIÓN PROCESO SALUD-ENFERMEDAD Y TRABAJO

MARTHA C. ARBELÁEZ CARLOS MARIO URIBE S.**

RESUMEN: ARBELÁEZ MARTHA C., CARLOS M. URIBE S. Una mirada a la relación proceso Salud-Enfermedad y Trabajo, Rev Fac Odont Univ Ant, 11(1): 37-43, 1999

El siguiente artículo presenta una visión del concepto de salud y enfermedad y su relación con el proceso de producción; se relatan momentos históricos que han determinado diversos enfoques de la práctica médica aplicados en la salud pública. Se resalta el aporte teórico planteado por la escuela de la medicina social, la que con teorías de las ciencias sociales, de la comunicación basada en el lenguaje, permite un abordaje en salud coherente con la realidad.

La insuficiencia de modelos como la unicausalidad, multicausalidad, tríada ecológica; permiten construir la teoría de lo social para comprender el proceso salud-enfermedad en el hombre; la antropología aporta modelos de interpretación en la llamada causalidad cultural de las enfermedades y sugiere estrategias, para el cambio de comportamientos o estilos de vida que permitan adoptar medidas preventivas frente a dicha causalidad.

Se considera el trabajo como un proceso estructurante de la vida, no paralelo a ella. A partir de la Ley 100 se concibe la salud como servicio, como un derecho del ciudadano para ser atendido por una Institución Prestadora de Servicios de Salud IPS, ingresando al sistema de mercado regido por las leyes de la oferta, la demanda y la competencia. El aporte de los científicos sociales en el equipo de investigación interdisciplinario será definitivo para superar el enfoque funcionalismo.

Palabras Claves: Salud ocupacional, proceso de trabajo, proceso salud-enfermedad

ABSTRACT: ARBELÁEZ MARTHA C., CARLOS M. URIBE S. A look to the relationship between Wellness-Sickness and Work process. Rev Fac Odont Univ Ant, 11(1): 37-43, 1999

The following paper presents a view of the wellness-sickness concept and its relationship with the production process, it revised the historical moments who have reduced different point of views to the medical practice applied to public health. It is of interest the theoretical support from the social medicine school, that allows an approach to health in a coherent fashion, based upon theories from social sciences, all forms of languages and reality.

Previous published incomplete causative models sode as: unicausality, multicausality and ecological triade, allow us to build up a social theory morder to understand the human sick-wellness process. Antropology describe cultural causative models to interpret diseases and suggest strategies to changes in life conducts and styles that allow us to adopt preventive measures in front of such causality

It also shows that work is not a process parallel to life, it is an structural part of it. Since the appearance of the 100 law, health is concibed as a service, as a right of all citicens to look for care in an HPI. Such kind of institutions belong to the market system and ruled by laws of: offer, demand and to over come the functionalist approach, the work of the social scientists will became fundamental in the interdisciplinary research team.

Key Words: Occupational wellness, work process, Wellness-Sickness process.

ENFOQUE DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Lo Epistemológico: Para encontrar un camino expedito que permita cambios en los paradigmas de atención en salud, es necesaria una inmersión en conceptos que trasciendan lo meramente biológico y funcionalista, ello implica ampliar el conocimiento desde diferentes sectores al enfoque bio-técnico en la enseñanza y práctica tradicional de las "ciencias de la salud"; los aportes planteados por las ciencias sociales, permiten obtener una visión más amplia del hombre y su problemática en salud.

En esta línea de pensamiento, es fundamental entender el papel que desempeña el lenguaje en las relaciones intersubjetivas cotidianas del hombre como sujeto social inmerso en una cultura, representado en el orden de lo simbólico; con unas representaciones sociales que desencadenan significados, gracias a éstos se construyen conceptos que permiten el acercamiento a la realidad concreta. La lingüística busca esclarecer la arbitrariedad existente entre la palabra y la realidad, sin embargo, es necesario entender que nos movemos en el mundo gracias a conceptos e imaginarios, que se van construyendo, a través de un aval de relaciones e interpretaciones de hechos y situaciones que

* Psicóloga U. S. B. Magister Salud Colectiva U. de A. Coordinadora Programas de Prevención para el Adolescente, Secretaría de Salud Municipal Rionegro - Antioquia.

** Odontólogo U. de A, Magister en Salud Colectiva U. de A. Profesor Asociado Fac. de Odontología U. de A.

conforman el entorno (contexto de la realidad), allí se elaboran los conceptos que varían a través de la historia y en el proceso de desarrollo de la ciencia; esto no es ajeno a la elaboración de los conceptos de salud y de enfermedad.

Proceso Histórico del Concepto de Salud: cada época o momento histórico ha conceptualizado la salud y la enfermedad de alguna manera, determinando su saber y sus prácticas. En el caso del concepto salud, ésta se ha concebido históricamente en forma ambigua, porque siempre se ha considerado con referencia al fenómeno opuesto la enfermedad. Desde la aparición de la medicina en Grecia, se llegaba al diagnóstico a través de los síntomas del paciente, para así conocer la realidad de la enfermedad; en general, el proceso histórico de la medicina se ha desarrollado con énfasis en la enfermedad.

En el caso de la medicina hipocrática, la causalidad de la enfermedad se ubica tanto en la predisposición individual o constitución del sujeto como en la relación con elementos externos. Las medidas preventivas se inscriben en la misma dirección, de manera que, sin tener en cuenta lo individual, es imposible diagnosticar, curar o prevenir. Aristóteles utilizó la medicina hipocrática como referencia en la formulación de su sistema filosófico realista, planteaba claramente la relación entre la belleza, la bondad y la perfección de las formas y la salud; afirmaba que la conservación de la belleza con un comportamiento moral bueno, son expresiones de lo sano. Lo que hace que en la Grecia antigua se presente una fuerte relación entre moralidad y la prevención de la enfermedad.

Galeno, cinco siglos más tarde, reinterpreta la concepción hipocrática de la enfermedad; el esfuerzo de éste consiste en buscar las causas de la misma. En esta concepción la enfermedad existe en potencia en un lugar metafísico que se actualiza gracias a las causas y se convierte entonces en un padecimiento para el individuo; consideró la libertad y la independencia económica como elementos fundamentales para una condición saludable.

La peste medieval permite el inicio en la ruptura de la visión galénica de la enfermedad y de la prevención, ya que esta teoría no logra dar una respuesta satisfactoria a este fenómeno. Thomas Sydenham, con su teoría empirista emprende una reformulación del concepto salud - enfermedad que para muchos, es el comienzo del paradigma moderno de la medicina occidental; para ésta la enfermedad es la manera típica y repetitiva de reaccionar que tiene la naturaleza humana frente a diferentes causas, bien sean ambientales o propias del comportamiento humano. Los síntomas no son más que la expresión de la reacción misma ante

dichas causas, de tal manera que la enfermedad es el conjunto de síntomas que deben ser descritos claramente.

Las enfermedades crónicas son entendidas como el resultado de hábitos acumulados en la historia del paciente, que conducen a cambios físicos a fuerza de repetición. De esta visión resulta la división entre higiene pública e higiene privada: la primera estará dedicada (medidas adoptadas por los Estados europeos) a disminuir la presencia de factores de riesgo medioambientales; la segunda se vincula cada vez más con la idea de los buenos modales y los hábitos saludables; esta concepción de prevención aún es vigente en la cultura de occidente.

El siglo XIX con los adelantos científicos y el nacimiento de la medicina de laboratorio, permite que se origine la ruptura de la concepción hipocrática-galénica, propiciada por los avances de Pasteur y de Koch, así como por los adelantos en la física y la química moderna, que habilitan para formular la concepción de la enfermedad como alteración físico-química del organismo causada por un germen.

Al lado de esta mentalidad "etiopatológica", cabalga el concepto de erradicación, propio de la epidemiología monocausal que a finales del siglo XIX y principios del XX, consideró que era posible desaparecer las enfermedades humanas de la faz de la tierra, una vez se lograra detectar la causa. Las campañas de erradicación que se aplican en todos los países tropicales son el mejor ejemplo de esta utopía¹. Surge la escuela de la medicina social con el concepto de la relación estado de salud y condiciones de vida, para Virchow dichas relaciones se denominan determinantes de la enfermedad; la revolución industrial de Inglaterra, pone en evidencia las condiciones de vida del obrero. Federico Engels describe los orígenes de la enfermedad y muerte prematura de los trabajadores y su relación con el oficio.

En el siglo XX se logra la construcción de la teoría de la multicausalidad de la enfermedad, que surge gracias al cambio en los perfiles epidemiológicos de los países durante el período post-industrial. El proceso de investigación epidemiológica de las enfermedades infecciosas conduce progresivamente a la incorporación del **comportamiento** como factor importante de la causalidad. Por otra parte, la antropología aporta modelos de interpretación de la causalidad cultural de las enfermedades infecciosas, y sugiere estrategias para el cambio de comportamientos, relacionados con el rechazo a las medidas propuestas de los programas preventivos². Desde ese momento, a mediados de los cuarenta, se empieza a hablar de **estilos de vida** en la causalidad de algunas enfermedades, especialmente las crónicas.

Los componentes centrales en el ámbito conceptual de esta nueva epidemiología son por lo menos dos: el concepto de historia natural de la enfermedad y el de multicausalidad, ambos fundamentales para el desarrollo del concepto de prevención. El elemento de la multicausalidad permite la definición probabilística de las relaciones entre factores de riesgo y una enfermedad específica, este es el eje de la prevención, dirigida hacia esos factores de riesgo.

Henry Sigerist en sus escritos plantea cuatro funciones de la medicina a saber: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación; con el aporte de este salubrista, aparece por primera vez el concepto de promoción de la salud, que permite una concepción más integral de la salud más allá de su contrapuesto la enfermedad.

En los años setenta, con Blumm y Lalonde, la teoría general de sistemas afianza la teoría multicausal, evoluciona la tríada ecológica a cuatro grandes grupos: biológicos, ambientales, estilos de vida y servicios de salud^{3,4}. Por otra parte en la década de los setenta se constituye en Latinoamérica la llamada perspectiva de la medicina social, con la argumentación de la insuficiencia del modelo multicausal y la necesidad de construir una teoría de lo social desde la cual sea posible comprender el proceso salud-enfermedad en el hombre. En este enfoque *lo social no es otro factor de riesgo más*, sino que se constituye en el receptáculo en el cual está inmerso el hombre como ser social, quien merece especificidad teórica y metodológica para su comprensión, en ésta se toman en cuenta las teorías de Virchow.

Estudios antropológicos demuestran que la respuesta de los individuos ante un mismo proceso no es siempre la misma; existen elementos culturales que influyen en la percepción de los síntomas, así como en el comportamiento frente a ellos⁵; es decir, que el contexto socio-cultural no sólo determina las formas de representación que el hombre se hace de dichos procesos, sino que, además, la enfermedad en sí, es una realidad conceptual que sólo existe dentro de un contexto social y cultural amplio, en el cual adquiere determinadas formas y como tal se la explica y trata.

A partir de estos conocimientos, se ha comenzado a replantear la concepción de la salud y la enfermedad como estados y se propone interpretar estos conceptos como procesos resultantes de la interacción de múltiples determinantes, articulados a procesos sociales.

La mayoría de los estudios epidemiológicos entienden lo social como un conjunto de factores de riesgo, que participan entre otros para que aparezca determinada enfermedad; estos estudios

suponen lo social como cualquier otro factor biológico, partiendo de una conceptualización tradicional tanto de la enfermedad como de sus causas. "La sociedad y la cultura y por lo tanto la historicidad no son simples factores estadísticos componentes del ambiente que actúan como factores causales; son el receptáculo en el cual se da la vida humana y al mismo tiempo, la atraviesan permanentemente"⁵. Así lo social no es algo "objetivo" y externo a la enfermedad, sino que hace parte de ella.

A pesar de los nuevos elementos aportados por diferentes disciplinas que han constituido puntos de fisura para el paradigma moderno de salud, estos no logran penetrar definitivamente la práctica de los profesionales de la salud; aún persiste un conjunto de obstáculos epistemológicos que determinan riesgos fisiológicos importantes en la representación de la realidad del proceso salud-enfermedad y que obviamente influyen sobre los modelos de acción que aplicamos para promover la salud y enfrentar la enfermedad⁶.

Lombardi afirma que el concepto de salud y enfermedad no puede desligarse de la concepción general del mundo. Estos conceptos interpretativos van a conformar modelos de comprensión y acción articulados de manera diferente en cada grupo, teniendo en cuenta un orden integrador generado por la cultura, la religión, la cosmología y la naturaleza⁷.

El abordaje del concepto salud - enfermedad va a estar siempre inserto en un contexto de valores, creencias, conocimientos y prácticas de los grupos, las cuales a su vez se enmarcan en el entorno socio-cultural y político de cada época y lugar.

El Proceso de Producción y la Salud: El movimiento de la Medicina Social, conceptúa que el proceso salud-enfermedad debe ser mirado como momento de un mismo proceso y como expresión de procesos sociales, por lo tanto se ha de analizar en el contexto de lo económico, lo político y lo ideológico⁸. En el acontecer económico y social, se establecen relaciones que determinan procesos de producción y tipologías de trabajo para los seres humanos, que van perfilando así sus maneras de vivir y de enfermar. La inserción en el sistema productivo define estilos de vida y riesgos a los que se encuentran expuestos los trabajadores.

Saul Franco conceptúa acerca del trabajo: que éste no es sólo lo que hacemos en una jornada específica sino que debe ser visto como un proceso, un conjunto de elementos, de momentos, de actividades y de relaciones que desarrollamos como individuos y como colectividad; en ningún momento ha de verse como un proceso paralelo a la vida misma, debe considerarse como estructurante de ella misma⁹.

Por lo tanto la salud y el trabajo mantienen una estrecha relación entre sí, expresada en aspectos tales como la ocurrencia de accidentes y enfermedades ocupacionales, por la presencia de factores de riesgo en los lugares de trabajo, el agravamiento de enfermedades consideradas comunes por la influencia del trabajo, la contribución de condiciones ocupacionales en la aparición de enfermedades como la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la drogadicción, la fatiga (strés), y otras patologías multifactoriales ya planteadas por Edwin Chadwick, Louis Villarme, Federico Engels y otros en el siglo XIX. Situación esta que se presenta por falta de aplicación de técnicas adecuadas de salud ocupacional, con cuyo concurso el trabajo debe ser un factor de **promoción de la salud integral** del trabajador y de la comunidad.

La salud ocupacional no debe limitarse a la prevención y al control de accidentes y enfermedades ocupacionales, es importante planear otras actividades que permitan atender en forma global la salud de los trabajadores, convirtiendo el trabajo en un espacio para el desarrollo humano. Se ha venido dando énfasis en el reconocimiento y control de agentes de riesgo en el medio ambiente laboral, esfuerzos por registrar los accidentes de trabajo y el interés por hacer un diagnóstico de las enfermedades laborales. Sin embargo, es preciso reconocer que la salud de los trabajadores no depende exclusivamente de las alteraciones ocasionadas por los factores de riesgo en el ámbito laboral, dentro del mismo es necesario considerar los factores de organización del trabajo y más aún, es preciso tener en cuenta al trabajador como ser integral, dentro y fuera de sus labores, con sus determinantes económicos y sociales, derivados de características que a la vez han determinado su incorporación en el proceso productivo.¹⁰

Es de importancia tener en cuenta que en un país como el nuestro donde la naturaleza del trabajo tiene simultáneamente las más diversas formas y variaciones, un mapa de riesgo y oportunidades del trabajo, debe reflejar esa diversidad cambiante; ya no posee un predominio agrícola, pero existen agricultores y mineros trabajando unos en formas primitivas y otros con técnicas más modernas. En Colombia se habla de un proceso de industrialización, sin embargo, el desarrollo económico y la dependencia no lo han permitido, el sector informal es el de mayor crecimiento y cinco de cada nueve trabajadores laboran en empresas de menos de diez empleados, lo que no es indicativo de un país industrializado.

El avance de la tecnología implica nuevos riesgos, nuevas oportunidades y nuevas maneras de enfermar y morir, en o por causa del trabajo. La tecnificación de cultivos, el transporte, la informática, la atención médica, la producción y la

circulación de mercancías resuelve algunos problemas pero plantea otros, disminuye unos riesgos e introduce otros; unas formas de accidentes se hacen menos frecuentes. Según el estudio nacional de salud, a finales de la década de los 80, unos 420.000 colombianos sufrieron accidentes, de los cuales el 40% estaba relacionado con su trabajo, es decir, 460 accidentes laborales por día, produciendo una incapacidad promedio de 1.5 días/persona/año, que sumada al riesgo de desempleo, amenaza la estabilidad emocional y laboral.

El desarrollo de la industrialización, permite la aparición de nuevos desempeños relacionados con la transformación de ese proceso productivo; aparecen nuevos tipos de cáncer, problemas oculares, tendinitis y formas de stress, mientras unas intoxicaciones dan paso a otras. Este carácter cambiante en el proceso del trabajo en general, acelerado en buena medida por las transformaciones tecnológicas, plantea a los propios trabajadores y a quienes se dedican a estudiar y a actuar sobre el tema múltiples retos y una intensa demanda de trabajo, flexibilidad temática y metodológica para el abordaje de las nuevas situaciones¹¹.

Como se dijo anteriormente, la salud ocupacional debe propender por la prevención y promoción de la salud y no sólo por los aspectos reparadores o compensatorios; sin embargo este enfoque parece hoy cada vez más difícil debido a las actuales propuestas macroeconómicas que obviamente afectan al sector salud. La propuesta con énfasis en la promoción de la salud establecida en Alma Ata no se ha desarrollado suficientemente; vemos cómo la inversión mayor en salud se dirige al aspecto curativo y la orientación actual de los sistemas de salud responde más al concepto que asimila la salud a la ausencia de enfermedad, por lo tanto sus esfuerzos se centran en el tratamiento de la enfermedad desde el aspecto biológico y médico, con escasas acciones en promoción y prevención. Al respecto Breilh, se refiere a la influencia de la propuesta neoliberal de desarrollo considerando que bajo este esquema "la prevención se debilita y las labores de salud pública quedan focalizadas en la franja de extrema pobreza, en manos de un escuálido y deprimido Ministerio de Salud"¹².

En salud, las estrategias implementadas son coherentes con la política neoliberal impulsada por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, con su directriz de disminución del gasto en salud, focalización del gasto en sectores de pobreza extrema, pseudodescentralización mediante la desconcentración y delegación de funciones menores del aparato central del Ministerio de Salud hacia los gobiernos seccionales, sin la correspondiente transferencia de autonomía de gestión, ni

autonomía presupuestaria, ni participación en el poder local. Lo anterior se manifiesta en las grandes dificultades presentadas en el sector salud para entrar en el esquema de oferta y demanda, reflejado en la crisis actual del sector.

Amparada en la Constitución Política de 1991, en Colombia se da la reforma a la seguridad social en salud la cual, en síntesis, asume los principios de la seguridad social clásica: solidaridad, integralidad y universalidad; de otra parte, recoge principios de la propuesta neoliberal de modernización del Estado con la búsqueda de eficiencia, calidad y libertad de elección que tiene el usuario para su atención, el sistema incorpora, además, los principios de la reforma administrativa enmarcada en los últimos años por la descentralización, la autonomía territorial e institucional y la participación ciudadana¹³.

El gran aporte del pensamiento neoliberal al nuevo diseño de seguridad social en salud, ha sido propiciar la libre elección del usuario de las diferentes entidades de salud, las instituciones prestadoras de servicios (IPS) y los propios profesionales de la salud. La elección que hace el usuario se basa exclusivamente en el prestigio, la calidad, la oportunidad, o la accesibilidad geográfica que le ofrece a cada usuario la entidad promotora de salud (EPS). Vemos cómo lo planteado en la ley se ha quedado en el papel, si corroboramos las múltiples trabas que encuentra el usuario para su afiliación y atención oportuna en las diferentes entidades a las cuales se encuentra adscrito.

En este marco de ideas las entidades promotoras de salud deben buscar las herramientas necesarias para mantener protegida la salud de sus afiliados y beneficiarios, pero al menor costo posible, por lo tanto se ha pensado en acciones preventivas que promuevan hábitos favorables para la conservación de la salud, acciones que prevengan la enfermedad, servicios de atención oportuna y detección precoz de enfermedades en gestación, las cuales aparecen en los primeros balances de gestión como un sobrecosto¹⁴; esa dimensión educativa no se ha trabajado con la profundidad adecuada, convirtiéndose en muchas ocasiones en actividades puntuales y aisladas de su contexto.

En la práctica odontológica, por una desafortunada interpretación del concepto de promoción de la salud, este se ha manejado con un enfoque preventivista donde la enfermedad es el punto de partida para la planificación y ejecución de programas, en éstos priman las acciones de lo individual enfocadas a la enfermedad bucal, sin un contexto que las enmarque en una realidad concreta, como está expresado en la carta de Ottawa; quizás esto obedece a la formación impartida desde las universidades como también

a que dichos programas se enmarcan en un contexto político donde las cifras son el quehacer cotidiano para buscar aceptación y aprobación, no son de buen recibo las acciones a largo plazo que obliga un adecuado programa de promoción en salud. Por todo esto la práctica odontológica no ha trascendido lo individual para actuar en lo colectivo.

En Colombia, a partir de la Ley 100, se concibe *la salud como un servicio*, como un derecho del ciudadano para ser atendido por alguna de las instituciones prestadoras de servicios de salud, las cuales a su vez ingresan al sistema de mercado y se rigen por las leyes de la oferta, la demanda y la competencia. Ante la responsabilidad del usuario al ser educado para no enfermarse, el Estado debe asumir un papel regulador para evitar los reclamos por mala calidad en los servicios, de igual manera para velar porque no primen los intereses particulares de las empresas sobre los intereses colectivos de los afiliados.

Es necesario entender los procesos de cambio en los cuales estamos inmersos, identificar sus tendencias, para de esta manera poder estructurar y proyectar políticas que permitan tomar decisiones y establecer procesos estructurales orientados al beneficio de las mayorías, que hagan posible una sociedad más equitativa y democrática.

OTROS PARADIGMAS DE ATENCIÓN EN SALUD

Históricamente la medicina ha actuado con un poder autoritario, dentro del cual las funciones normalizadoras van más allá de la existencia de la enfermedad y de la demanda del enfermo o no enfermo, imponiendo dicha autoridad¹⁵. Las tendencias actuales están encaminadas a eliminar esta actitud, de allí surge la propuesta planteada por la medicina social con el aporte multidisciplinario en el abordaje de la salud¹⁶; propone considerar la cultura en el concepto de salud y en la interpretación profesional de éste; es algo que trasciende el campo meramente profesional de la medicina, abre nuevas perspectivas para las ciencias sociales; sin embargo, no es nada fácil renunciar a diseños estratégicos o construcciones teóricas e ideológicas en las que se han cimentado por largo tiempo las ciencias, las representaciones y el desempeño en las acciones cotidianas.

Por otra parte como lo afirma Lincoln, no se puede olvidar que algunos aspectos de la salud o la mayoría de ellos, son de naturaleza social o de comportamiento y por lo tanto, merecen un modelo de indagación que tenga en consideración los múltiples significados que los individuos adjudican a su propio cuidado, conductas y prácticas¹⁷. El comportamiento complejo y los patrones sociales

deben investigarse usando modelos de búsqueda, que permitan la exposición y consideración de las complejas interacciones en las que se construyen. En este sentido, la investigación cualitativa aplicada al campo de la salud pública y la salud ocupacional, se constituyen en una valiosa herramienta, considerando que sus planteamientos epistemológicos y metodológicos facilitan la comprensión de los hechos humanos.

Al igual que en la teoría del conocimiento, en las ciencias sociales prevalecen dos posiciones epistemológicas, tradicionales, la positivista y la fenomenológica; la una se basa en la metodología cuantitativa y la otra en la cualitativa¹⁸. Los positivistas, consideran investigador y objeto de investigación (generalmente un ser humano) como dos entidades independientes; el positivista es filosóficamente hablando un dualista, se preocupa por la relación sujeto-objeto en el conocimiento y es objetivista en el sentido de investigar el objeto sin influirlo o ser influido por él; por lo tanto, se piensa que los valores y el sesgo del investigador dejan automáticamente de influir en los resultados del proceso de investigación y se asevera que sus hallazgos son "verdad".

El fenomenólogo o constructivista toma una posición muy diferente en la pregunta epistemológica, no es dualista, más bien monoísta y mantiene una epistemología subjetivista; el investigador y el objeto a investigar se mezclan en una sola e interactiva entidad, los hallazgos resultantes de la indagación son literalmente construidos por la interacción entre el investigador y lo investigado. La distinción tradicional ontológica y epistemológica no sólo se cuestiona, sino que efectivamente desaparece¹⁹.

Según Taylor y Bogdan la perspectiva fenomenológica tiene una larga historia en la filosofía y la sociología²⁰. El fenomenólogo quiere entender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del actor, haciendo un rescate del sujeto y de su importancia, ya que cree en la conveniencia de captar los eventos con el significado que tienen para quienes están en ese medio, en un marco interpretativo; examina el modo en que los sujetos experimentan el mundo; lo que a él le importa es lo que las personas perciben como importante; es decir, las ideas, los sentimientos y los motivos internos²¹. En este sentido los métodos cualitativos resultan más útiles para el fenomenólogo ya que le permiten tener acceso al mundo de las otras personas; es decir, tener acceso a los motivos, significados, emociones; comprender sus actos diarios y su comportamiento en escenarios y situaciones ordinarias, así como comprender la estructura de esas acciones y las condiciones objetivas que los acompañan e influyen en ellos²².

Métodos cualitativos como la observación

participante, la entrevista "en profundidad" y otros que generan datos descriptivos le sirven al fenomenólogo para comprender los hechos humanos, porque hacen énfasis en la importancia del enfoque holístico; es decir, estudia el fenómeno "desde dentro", en su contexto y con el significado adscrito por el individuo o grupo al fenómeno mismo.

La investigación entonces, debe permitir una mayor comprensión de lo que significa el problema de la salud y de la enfermedad para los distintos grupos o comunidades, de esta manera las políticas y programas educativos de atención en salud estarían más ceñidos a una realidad concreta. En este sentido el aporte de los científicos sociales en el equipo de investigación interdisciplinario será definitivo para superar las parcialidades del enfoque funcionalista²³. Siempre que se logre superar el paradigma positivista en la prestación de los servicios.

EL PROCESO EDUCATIVO

El sector educativo se ha caracterizado por impartir una educación convencional de carácter eminentemente conductista, repetitiva y rígida, en la cual el docente asume la posesión del saber, lo que le da una jerarquía diferente a la de su alumno. En la actualidad surgen nuevos paradigmas que implican rupturas con las formas rígidas tradicionalmente arraigadas y perpetuadas en los espacios académicos; esto demanda cambios actitudinales en los cuales el profesor deja de ser el dueño de la verdad absoluta e irrefutable, el centro de la información para, con la ayuda de la tecnología, fortalecer y reivindicar su papel como formador y facilitador en la apropiación del conocimiento; esto implica un cambio de actitud, una gran flexibilidad y creatividad para modificar los esquemas existentes y desarrollar otros.

Es necesario Implementar modelos educativos que propendan por el aprendizaje significativo, en el cual los estudiantes se involucren en actividades funcionales auténticas, es decir, aquellas que permitan la internalización de conocimientos que resulten útiles, aplicables, con una alta relación teoría-práctica; que no exista separación entre medios y fines en el aprendizaje; lo que aprendemos hoy es el medio para aprender más mañana: no hay productos, no hay objetivos finales dominantes, más bien cada objetivo es parte del medio para un nuevo objetivo, un nuevo plan, un nuevo concepto, una nueva visión del mundo; se debe integrar el lenguaje, el pensamiento y el contenido en la resolución temática de los problemas cotidianos; las experiencias son auténticas para los educandos porque aprenden haciendo²⁴.

En este sentido la formación académica de los

estudiantes debe ir acompañada de la práctica, que se puede desarrollar tanto en los escenarios comunitarios como en los servicios de salud. Esta experiencia le facilitará al estudiante integrar lo biológico y lo social, lo teórico con lo práctico, le facilitará además los procesos de salud-enfermedad dentro de la realidad socio-cultural, puesto que su práctica corresponde a las necesidades detectadas por la comunidad o por los servicios de salud. Mediante esta metodología de enseñanza - aprendizaje o más bien de orientación-aprendizaje, el estudiante podrá fortalecer su formación integral ya que se verá enfrentado desde el inicio de su carrera a la realidad social, de suyo delicada y compleja, al trabajo ínter y multidisciplinario y a los contenidos curriculares que contribuirán en la lectura de dicha realidad.

CORRESPONDENCIA

Carlos Mario Uribe Soto
Facultad de Odontología Universidad de Antioquia
Email: camus@epm.net.co

BIBLIOGRAFÍA

1. Quevedo, E. (1992). La cultura desde lo social. En C. PINZÓN, R. Suárez & A. Garay (eds). *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas*. (pág. 233-254). Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura.
2. Foster G.M. (1985). En: HERNÁNDEZ, Mario. *Historia y conceptualización en prevención*. En: *Memorias del Congreso Internacional sobre Prevención en Salud*, Medellín: Editorial Presencia, 1,2 y 3 de Junio de 1994.
3. Blumm, H. L. *Planing of health*, Berkeley: Universidad de California, 1971: Citado por: Bersh, D. *El Fenómeno de la Salud*. Bogotá: ICFES/ ASCOFAME.
4. Blumm, H. L. *Planning for health-Development and Application of Social Change Theory* (New York; Human Sciences Press, 1974), pp 2-4
5. Lalonde, M. A. 1974. *Memorias del Congreso Internacional sobre Prevención en Salud*. Medellín - Colombia: Editorial Presencia Ltda. junio de 1994 Tomado de: *New Perspective on the health of Canadians Ottawa Office of the Canadian Minister of National Health and welfare April 1974*), pp 31-34
6. Quevedo, E. (1992). La cultura desde lo social. En C. Pinzón, R. Suárez & A. Garay (eds). *Cultura y Salud en la Construcción de las Américas*. (pág. 233-254). Bogotá: Instituto Colombiano de Cultura.
7. Quevedo et al, (1990). En: Hernández, Mario. *Historia y conceptualización en prevención*. Congreso Internacional sobre Prevención en Salud. Medellín. Editorial Presencia Ltda, 1,2 y 3 de junio de 1994.
8. Lombardi. Satriani, L.M. *Apropiación y Destrucción de las Clases Subalternas*. 1a Ed. en español. México: Editorial Nueva Imagen, 1978.
9. Laurell, A.C. *El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina*. Cuadernos Médicos Sociales, 37, pags. 3-18. 1986.
10. Franco, Saúl. *El Proceso Vital Humano y el Proceso de Trabajo*. En: *Memorias II curso y congreso colombiano de medicina general y social, "La Salud y el Trabajo"*. Medellín, diciembre de 1991.
11. Álvarez, Ricardo. *Plan Nacional de Salud Ocupacional 1990-1995* En: I Congreso Nacional de Entidades Gubernamentales de Salud Ocupacional, julio de 1990. Publicado por el fondo de salud industrial del ISS.
12. Franco, Saúl. *El Proceso Vital Humano y el Proceso de Trabajo*. En: *Memorias II curso y congreso colombiano de medicina general y social, "La Salud y el Trabajo"*. Medellín, diciembre de 1991.
13. Breilh, Jaime. "Hacia una propuesta de salud integral, democrática y de alta calidad". Centro de Estudios y Asesoría en Salud, Cuenca - Ecuador - Abril de 1995.
14. Jaramillo, Iván. "El futuro de la salud en Colombia". Ley 100 de 1993. FESCOL / FES. Santafé de Bogotá. 1994.
15. Foucault, M. *Medicina y Sociedad*. Sto. Domingo: Ed. Alfa y Omega., 1977.
16. Freidson, E. *La Profesión Médica*. Barcelona: Península, 1978.
17. Lincoln I, A. *Conexiones "simpáticas" entre los métodos cualitativos y la investigación en salud*. *Qualitative Health Research* 2 (4) pág. 375-391, 1992. Traducción: C. De La Cuesta.
18. Schwartz H. y Jacobs J. "Sociología Cualitativa, Método para la Reconstrucción de la realidad". México: Editorial Trillas, 1984.
19. Lincoln, I. A. y Guba, E. G. 1985. En: De la Cuesta, C. *Mujeres y Salud*. Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Medellín: Editorial Uryco, Abril de 1995.
20. Taylor, S.J. y Bogdan, R. *Introducción a los Métodos cualitativos de Investigación*. Barcelona; editorial Paidós, 1992.
21. Martínez, P. *La Atención Médica Integral Al Adolescente*. En *Memorias: II Congreso Colombiano de Salud Familiar*. Medellín, nov. 9, 10 y 11 de 1991. Corporación Social para el Desarrollo Integral Familiar.
22. Schwartz H. Jacobs J. "Sociología Cualitativa, Método para la Reconstrucción de la Realidad". México Editorial Trillas, 1984.
23. Yepes, Francisco; et al. *La Salud en Colombia, Análisis Socio-histórico*. Ministerio de Salud, Departamento de Planeación; Bogotá D.F, 1990.
24. Dewey, John (1902). En: VYGOTSKY, L. "Pensamiento y lenguaje". Editorial La Pléyade - Argentina, mayo 1987.