

## **DIVERSIDAD EN SALUD**

### **Dificultades y Oportunidades**

**Dr Jose Maria Ali-Brouchoud**  
**Medico General**  
**Centro de Salud San Francisco III.**  
**Bariloche. Río Negro**  
**Mail: [jose\\_ali@hotmail.com](mailto:jose_ali@hotmail.com)**

**Resumen:** en el presente se trabaja la relación que existe entre el concepto de diversidad y las ciencias de la salud. Este concepto -desde su aparición en las ciencias naturales- ha sido incorporado en numerosas disciplinas. Por el contrario en las ciencias de la salud -medicina y epidemiología- este concepto ha tenido dificultades para ser incorporado tanto conceptualmente como en la práctica (tanto a nivel individual como poblacional). Esta dificultad esta relacionada con la construcción del objeto de este estudio de estas disciplinas, que ha privilegiado las variables biológicas para explicar el proceso salud enfermedad. Las potencialidades de incorporar este concepto podría permitir dar cuenta de esta parte de la realidad que se presenta a diario en el trabajo en salud y se relaciona intensamente con el derecho a la salud y con la equidad.

### **Introducción**

Cuando se habla de diversidad, se hace referencia a la diferencia, la variedad, la abundancia de cosas distintas o la desemejanza, siendo un concepto utilizado por diferentes ciencias y disciplinas.

Tuvo su origen principal en las ciencias biológicas desde la teoría de la evolución y luego se hizo extensivo hacia otras áreas como las ciencia sociales.

De allí que así como en las ciencias biológicas la diversidad puede ser de especies, genética o de ecosistemas , la diversidad cultural puede ser de idioma, nacionalidad, alimentación, sexualidad, lenguaje, religión, etc. Cuando hablamos de diversidad en salud, hacemos alusión principalmente a que lugar ocupa este concepto en dos disciplinas centrales: la medicina y la epidemiología. La primera en tanto praxis del trabajo en salud y la segunda como ciencia que estudia las causales del proceso salud- enfermedad.

Sostendremos mas adelante que el concepto de diversidad ha encontrado obstáculos a la hora de incorporarse al conocimiento y practica en salud y que esto se origina en el devenir propio de la historia de la medicina. La misma da cuenta de dos aspectos centrales: la construcción del objeto de estudio de la medicina y del producto final o finalidad del trabajo en salud. Pero, así como existen dificultades

también existen oportunidades y experiencias que nos permiten ver que incorporar esta noción enriquecerá el trabajo en salud desde múltiples aspectos.

### La diversidad como dificultad

Entender porque existen obstáculos para la incorporación del concepto de diversidad en salud nos remite en primer lugar a la construcción histórica del concepto de salud y enfermedad. Desde un primer momento el “cuerpo enfermo” fue el objeto central de estudio de la medicina, asistiendo a un pasaje gradual de “curar individuos enfermos a una disciplina de las enfermedades”(1). Este pasaje arranca desde el Renacimiento a partir de los trabajos de anatomía de Vesalio y Da Vinci a través de los cuales el “cuerpo muerto” surge como fuente segura de conocimiento (Patología):

*“ durante veinte años, noche y día, se tomaran notas, en la cama de los enfermos, sobre las afecciones del corazón, de los pulmones, y de la víscera gástrica y el resultado será tan solo confusión en los síntomas que, vinculándolo a nada, ofrecerán una serie de fenómenos incoherentes. Abran algunos cadáveres: luego verán desaparecer la oscuridad que tan solo la observación no podría disipar ”.*

X Bichat. Anatomie Generale (1) Prefacio

Casi un siglo después, Harvey describe el funcionamiento del cuerpo como ingeniería dinámica a través de la descripción de la circulación sanguínea, completando de esta forma la visión del cuerpo como una máquina compuesta de partes que se articulan de forma ordenada para cumplir una función. Este cuerpo, es la “sede” o escenario donde las enfermedades se despliegan alterando el funcionamiento normal. Gradualmente se pasa del concepto de cuerpo enfermo a la descripción detallada de las manifestaciones patológicas ( síntomas y signos), que agrupadas en grupos lógicos ( síndromes) constituyen entidades reconocibles con nombre propio ( enfermedades). Queda claro entonces que las bases de la medicina quedan establecidas a partir de la anatomía y la patología.

Hasta el siglo XVIII la salud , la vida y la cura son consideradas metafísicas, por lo que este carácter impide que puedan ser estudiadas y aprehendidas. Teniendo en cuenta esto puede verse que los conceptos que dan cuenta de la salud sean consideradas conceptos “vacíos”; en tanto que se reconoce a la salud como “ ausencia de enfermedad” o como normalidad y a la cura como el cese de los síntomas ( el cuerpo silencioso). Este discurso disciplinario es la base de la Racionalidad Médica Moderna.(1)

De esta forma al dar predominancia a lo biológico, se destaca la dimensión humana como especie, concepto que tiende a homogeneizar a las personas en un conjunto único de variables. La epidemiología –como ciencia que estudia las causas, frecuencia, y distribución de las enfermedades—siguiendo este enfoque privilegia de esta forma el estudio e investigación de variables eminentemente biológicas.

En el ámbito de la formación y práctica médica, el modelo seguido –estudiado por el antropólogo argentino Eduardo Menéndez y denominado por él “Modelo Médico Hegemónico”(2)-- le da a la práctica medica un carácter ahistórico, mecanicista, biologicista, individualizado, mercantilista y de eficacia pragmática y respecto de la causalidad y desarrollo de los padecimientos excluye los procesos históricos y condicionantes socioeconómicos, culturales e ideológicos.

De ahí que en el pregrado se note la falta del estudio de la ciencias sociales en la formación de los futuros médicos y en el posgrado (residencias médicas) la propuesta se basa en la elección de una determinada especialidad, enfoque que representa la subdivisión de la persona en partes y sistemas (cuerpo como máquina).

En cuanto a la organización de los sistemas de salud siguiendo el pensamiento dominante el perfil es hospitalocéntrico, tecnificado y ultraespecializado y los programas de salud se conforman con propuestas estereotipadas, que apuntan eminentemente a la reducción de daño. Al considerar a la persona humana desde el punto de vista biológico y dejado de lado características diferenciales de tipo social y cultural, esto ha generado sesgos de información y práctica: ej, los programas de salud reproductiva históricamente han privilegiado el enfoque reproductivo centrado en la mujer, con escasa participación del hombre y sin abordar la sexualidad humana y los programas para enfermedades crónicas no tienen en cuenta que el seguimiento de estas patologías está ampliamente determinado por las diferencias culturales en relación a alimentación, actividad física, uso del tiempo libre, etc

Desde el punto de vista poblacional, ya sea que la unidad territorial elegida sea un barrio o una ciudad se considera a esta como homogénea (ya que se privilegia la variable biológica) sin considerar la heterogeneidad que existe hacia dentro de las poblaciones en cuanto a la existencia de grupos o sectores, que por afinidades culturales o sociales funcionan como unidades diferentes. Ej: grupos determinados por diferentes ingresos, migrantes, minorías sexuales, religiosas, etc.

Concluyendo: este modelo que tiende a homogenizar la persona humana desde el punto de vista biológico, basando el estudio y la investigación sobre el cuerpo enfermo no reúne las mejores condiciones para permear las prácticas al concepto de diversidad.

### **La diversidad como oportunidad**

Antes de explorar las posibilidades que el enfoque de diversidad podría aportar al trabajo en salud, es necesario aclarar que si bien el pensamiento dominante en la medicina y la epidemiología es el descrito más arriba, han surgido con el tiempo otras propuestas que han intentado dar cuenta de la complejidad del objeto de estudio. Se han hecho intentos de conceptualizar a la salud y en general hay acuerdo en considerar a la salud y a la enfermedad como partes de un proceso y la salud ha sido conceptualizada como calidad de vida o bienestar. Este enfoque más antropológico, que si bien considera la universalidad de los fenómenos de la salud le da un carácter más subjetivo y necesita de la incorporación de las ciencias sociales para dar cuenta de la complejidad de los fenómenos tanto individuales como poblacionales. Las personas presentan sensaciones de disconfort que alcanzando cierta intensidad pasan a ser consideradas problemas y obligan a buscar una explicación y una solución al mismo. En ese proceso se buscan respuestas ya sea en el medio familiar, medicinas alternativas u medicina oficial, pero siempre estas respuestas son contextualizadas, es decir se enmarcan en la cultura de cada individuo o grupo. En suma se busca algún traductor que permita procesar lo que se vive y tomar medidas para superarlo, recuperar funcionalidad y bienestar.

También se ha ampliado la visión de la salud a nivel de poblaciones, ya no solo a nivel individual. En ese caso se trata de indagar sobre el porqué de la distribución de un determinado problema de salud, así como sus causales. Al considerar a la salud y la enfermedad como un proceso este adquiere carácter histórico y toma relevancia la organización social.

Para alcanzar la salud - entendida como bienestar – son necesarias condiciones individuales y colectivas de vida que solo pueden ser alcanzadas a través de la justicia social, basada en principios morales y éticos que permitan el logro de la equidad, eliminando las diferencias injustas que restringen las oportunidades de acceso a las mismas; esta relación conecta directamente esta problemática con los Derechos Humanos Fundamentales, es decir a la concepción de la Salud como Derecho

Considerar la diversidad como un dato de la realidad, que se nos presenta en múltiples formas toda vez que alguna persona, familia o grupo toma contacto con los servicios de salud, podría permitirnos ampliar la comprensión de los fenómenos de la salud así como enriquecer el plan terapéutico

Para ello podríamos situarnos en dos momentos clásicos del trabajo en salud: la consulta médica y el abordaje en equipos de salud.

La consulta médica es fundamentalmente un espacio relacional donde se da una relación asimétrica de transacciones: por un lado la persona que busca una respuesta a lo que vive y que muchas veces –siendo alguna manifestación del sufrimiento- esta en una situación de vulnerabilidad y por el otro el médico (aunque podríamos hacer extensiva esta descripción a cualquier espacio de encuentro con otros trabajadores de la salud) con su saber profesional y rol social que ocupa. El proceso clásico de la consulta puede ser ejemplificado claramente a través de la confección de la historia clínica (registro escrito de la dolencia), en la misma se parte del motivo de consulta ( generalmente un síntoma o signo y mas recientemente un problema de salud) y desde allí se realiza una “historia” del mismo donde los datos contextuales ocupan un lugar subordinado. El plan terapéutico en todos sus aspectos tales como el diagnóstico ( los estudios que lo componen) el tratamiento con todas sus variantes: fármacos, cambios de conducta, alimentación reposo, etc y el seguimiento no consideran en general la diversidad de situaciones que rodean la vida de una persona y su historia personal así como el contexto poblacional donde se desarrolla su vida.

La diversidad presente en la consulta podría manifestarse de múltiples formas:

-Diversidad de edades (en referencia a etapas de la vida)

-Diversidad de historias (familiares, laborales, de vida, etc)

-Diversidad de fenómenos (signos o síntomas, padecimientos, molestias, físicos o psicológicos, controles de salud, etc)

-Diversidad de tiempos (controles periódicos, urgentes ,etc)

-Diversidad de lenguajes (técnico, lego, idiomas, vocablos de uso local)

-Diversidad de comprensión (según calidad de la comunicación, capacidad individual, etc)

- Diversidad de motivaciones (según necesidades y emociones)
- Diversidad de saberes (profesional, popular, etc)
- Diversidad de poderes (en tanto posición social, educación, etc)
- Diversidad de pertenencias e identidades (grupos sociales, etc)

**En tanto trabajo en equipos de salud:** asumiendo a las personas en su dimensión individual y colectiva, la multicausalidad de los problemas de salud (condicionantes religiosos, culturales, económicos, y tecnológicos) y a las diversidades posibles es que existe la necesidad de la interdisciplina para poder dar cuenta de esta complejidad. Desde la perspectiva poblacional el reconocimiento de la heterogeneidad de las comunidades, permite apreciar los diferentes grupos que constituyendo –muchas veces- minorías, presentan necesidades diversas; se establece de este modo una relación intensa ente el concepto de diversidad y el derecho a la salud. No es posible considerar el trabajo en salud con equidad sin abordar la diversidad.

Así también que el derecho a la salud considera la participación de las propias personas en lo que atañe a sus condiciones de vida y por ende a su salud , de ahí que”...la necesidad de incluir las necesidades/objetivos/decisiones de los actores para que estos asuman como suyos los proyectos sobre problemas específicos, participen en ellos y no ser consideren como meros reproductores o consumidores, por ejemplo de los objetivos diseñados por los servicios de salud respecto al abatimiento de la mortalidad materna, el mejoramiento de la nutrición o la disminución de las consecuencias generadas por el consumo de alcohol...Documentar el punto de vista de la mujer, de loco, del homosexual o del indio americano, supone un objetivo no solo metodológico sino político e ideológico....”(3)

## **Conclusiones**

Las ciencias de la salud han priorizado un modelo de conocimiento centrado en el cuerpo enfermo y en la noción del cuerpo como maquina. Se homogeniza a las personas en un conjunto limitado de variables biológicas al dar preeminencia a la dimensión humana como especie y como consecuencia esto limita la capacidad de dar cuenta de la diversidad en sus múltiples aspectos.

Podríamos concluir diciendo que son necesarias algunas condiciones para poder integrar el concepto de diversidad a la práctica médica: considerar a la diversidad en salud como un aspecto de la realidad que puede enriquecer nuestra propuesta terapéutica; pensarla como una habilidad a ser aprehendida y ejercitada ; y tener en cuenta que la diversidad no siempre esta “ a la vista” como dato objetivo a ser “recolectado”, solo a través de relaciones de confianza establecidas en los espacios de trabajo podremos asomarnos -sin duda con asombro- a una parte de la historia de una persona, una familia o una comunidad .

### **Referencias bibliográficas**

- 1. Luz M. Natural, Racional, Social. Buenos Aires. Lugar Editorial; 1997.**
- 2. Menéndez E. El Modelo Medico y la Salud de los Trabajadores. Salud Colectiva. 2005; 1 (1): 9-32.**
- 3. Menéndez E. El Punto de Vista del Actor. Homogeneidad, Diferencia e Historicidad. Relaciones.1997; 18(69): 237-270**

### **Bibliografía de Consulta**

Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural. 2001. Disponible en: [www.unesco.org](http://www.unesco.org). Consultado Septiembre 2, 2010.

**Arribas V, Boivin M, Rosato A. Constructores de Otredad. Una introducción a la Antropología Social y Cultural. Buenos Aires: Eudeba.1998.**

**Menéndez E. Estilos de Vida, Riesgos y Construcción Social. Conceptos similares y significados diferentes. Estudios Sociológicos.1998; 16(46)37-67.**

**Ayres J, Junior I, Calazans G, Filho H. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. Promoción de la Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial. 2006.**