

**EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: HACIA UNA CLÍNICA Y UNA
EPIDEMIOLOGÍA NO POSITIVISTAS¹**

Reflexiones críticas históricas - epistemológicas en torno a las conceptualizaciones modernas de la realidad de la salud y del enfermar humano: propuesta – modelo para una investigación futura

Emilio Quevedo²

Reproducido con fines docentes

INTRODUCCIÓN

Con Thomas Sydenham, en el siglo XVII, se inicia en medicina la ruptura definitiva con la estructura conceptual y metodológica que sobre la enfermedad se había elaborado desde los marcos de referencia característicos del paradigma (³) gnoseológico de la Antigüedad Clásica y que había dominado en el pensamiento médico durante veintidós siglos aproximadamente. A partir de ese momento comienza en medicina la adopción del paradigma gnoseológico moderno (de Bacon, Locke, Galileo y Descartes) con las obvias consecuencias para la conceptualización del fenómeno de enfermar.

Y aunque los médicos modernos no han entendido siempre de manera igual la realidad misma del proceso morbozo," existe cierta unidad metodológica y conceptual en todos ellos, derivada de esta posición gnoseológica que nos permite hablar de un Paradigma Moderno de la representación de la salud y la enfermedad y de la práctica médica.

En este trabajo no proponemos hacer un análisis crítico de los conceptos contemporáneos que sobre la salud y la enfermedad han manejado las ciencias y la práctica médica y de sus relaciones histórico-epistemológicas con las estructuras metodológicas y conceptuales adoptadas por la medicina desde los comienzos de la modernidad. En nuestra opinión, dichas estructuras metodológico-conceptuales

¹ Ponencia presentada en el seminario permanente "Salud y administración". Facultad de Estudios Interdisciplinarios, Postgrado en Administración en Salud, Universidad Javeriana, Bogotá. 19 de junio de 1990

² Médico, Colegio Mayor del Rosario, Pediatra Universidad de Antioquia Medellín. Coordinador del Seminario de Filosofía e Historia de las Ciencias y de las Profesiones de Salud, Escuela Colombiana de Medicina; Presidente de la Sección de Historia de la Medicina de la Sociedad Latinoamericana de Historia de las Ciencias y la Tecnología, Bogotá, Colombia.

³ El concepto de "paradigma" fue introducido por Thomas S. Kuhn, en 1962, como categoría teórico-metodológica de análisis en la Historia de las Ciencias. Aunque la utilización de dicha noción no dejo de presentar problema teóricos y prácticos, en ausencia de una categoría mejor hasta el momento, seguiremos a Pedro Laín Entralgo en la utilización que de ella hace para el análisis del decurso histórico de los saberes médicos. Partimos de la utilización del término que hace Laín Entralgo porque creemos con Juan Cesar García. que la contribución del neokantismo en el análisis de los climas intelectuales de ciertas épocas históricas puede ser recuperada si se la articula con las bases sociales que generan las Ideas evaluativas dominantes de un período de determinado histórico (García, Juan Cesar, "Medicina y Sociedad: Las corrientes de pensamiento en el Campo de la salud". Educación Médica y Salud, Vol 17, N° 4, 1983:368). Entendemos así por "paradigma", el "modelo o patrón intelectual que regula toda una etapa en el desarrollo de una ciencia determinada, y respecto del cual todo lo que durante ese etapa se hace en esa ciencia parece ser "obligado" o "normal".

continúan perviviendo en el trasfondo de las concepciones actuales y se constituyen en los obstáculos epistemológicos ⁽⁴⁾ por excelencia que impiden la superación del biologismo y el funcionalismo, para la elaboración de una teoría del proceso salud-enfermedad como verdadera realidad social.

Digámoslo, de una vez para plantear el debate: a las ciencias de la salud les hace falta construir una teoría de "lo social" que, desde una teoría del conocimiento no positivista, permita, por una parte, reelaborar la conceptualización del proceso-salud enfermedad y, por otra, como consecuencia, rediseñar su capacidad operativa para identificar, evaluar y manejar los problemas relacionados con, la enfermedad y la salud de las comunidades. El primer paso que hay que dar para esta reelaboración es la superación de los obstáculos epistemológicos conformados por el positivismo del paradigma gnoseológico moderno hacia la concreción de una teoría del conocimiento de la salud y la enfermedad y el segundo es abrir el camino hacia la construcción de esta teoría de lo social.

Intentaremos aquí, desde un trabajo de corte internalista, dar ese primer paso para dejar enunciado el camino hacia el segundo, ya que este último sólo es posible alcanzarlo por medio de un arduo proceso de Investigación futura en el terreno de las ciencias sociales (Historia, Sociología, Antropología, Psicoanálisis y Psicología Social, Lingüística y Semiótica, Epidemiología Social, etc.) y estarnos proponiendo, con este trabajo, esa investigación. Entendemos y estamos de acuerdo con Juan Cesar García y otros más en que las conceptualizaciones que el hombre elabora sobre la realidad son el resultado de un proceso de producción que hay que comprender como haciendo parte del proceso de producción general y que, por tanto, están enmarcadas en el contexto de reproducción socio-cultural de las cuales son productos En otros de nuestros trabajos históricos anteriores hemos Intentado impulsar y desarrollar este tipo de análisis, pero para efectos de este trabajo, por razones de espacio y de interés de enfoque, nos mantendremos en el ámbito del enfoque internalista para mirar el proceso que va de unas formas de conceptualización a otras en vista de que este análisis no ha sido hecho aún de la manera como aquí lo proponemos y de que lo consideramos necesario como paso previo al otro. Esperamos tener tiempo para, en un trabajo posterior y desde la metodología de los estudios sociales sobre la ciencia y la tecnología, poder elaborar una reconstrucción de las interacciones entre historia, sociedad, cultura y representaciones sobre la salud y la enfermedad.

Dividiremos el trabajo en tres partes: en la primera, intentaremos definir, por medio del análisis histórico - epistemológico, el proceso de surgimiento de los conceptos modernos de enfermedad y de los diversos obstáculos epistemológicos que los acompañan; en la segunda, intentaremos mostrar las diferentes vías por las cuales se ha iniciado la ruptura de estos conceptos en la actualidad y, en la tercera, intentaremos abrir posibilidades para una superación futura de este conflicto en la constitución de una Epidemiología y una clínica no positivistas.

⁴ Según Gaston Bachelard, obstáculos epistemológicos son entorpecimientos y confusiones que aparecen íntimamente, por una especie de necesidad funcional, en el acto mismo de conocer, fenómenos estos que se constituyen en causas de estancamiento, inercia y hasta de retroceso para el proceso de conocimiento, es decir obstáculos epistemológicos. Véase, Gaston Bachelard, La formación del espíritu científico.

1. EL PROCESO DE CONSTITUCIÓN DE LOS CONCEPTOS ACTUALES DE SALUD Y ENFERMEDAD

1.1. El Concepto de Salud y Enfermedad en el Paradigma Gnoscológico Antiguo

En la Grecia de los Presocráticos, durante el siglo VI antes de Cristo, se conforma una teoría naturalista (fisiológica) del cuerpo humano y de la enfermedad que, al enfrentarse a las representaciones mágicas, permite la elaboración, por primera vez, de una medicina técnica (τέκhnē iatrikê). La enfermedad es entendida como "una alteración morbosa del buen orden de la naturaleza (physis) y se establece con claridad y precisión una clasificación racional de sus distintos modos, según su causa y según el lugar del organismo en que tal desorden se localice" Esta teoría sólo es posible después del surgimiento de la Polis griega. "la naturaleza, concebida como formada por elementos en equilibrio (agua, aire, fuego y tierra) recuerda la estructura de la Polis. En efecto, las clases sociales que la componen han de estar equilibradas para que sea posible mantener y reproducir la forma social y política"

Versión Hipocrática del Paradigma Antiguo

Esta teoría presocrática de la enfermedad será la base de la Medicina Hipocrática. Para Hipócrates, el cuerpo humano está compuesto de cuatro humores, resultado de la mezcla de los cuatro elementos. Estos cuatro humores, "sangre, pituita, bilis amarilla y bilis negra: son los elementos constitutivos de la naturaleza humana, y ellos (son) la causa de las enfermedades y de la salud. (El hombre) goza de buena salud cuando los elementos están debidamente equilibrados en lo que respecta a su mezcla, fuerza, cantidad y cuando su proporción está ajustada. Por el contrario, se siente dolor cuando alguno de los elementos se halla en exceso o en defecto, o bien Cuando alguno de ellos se separa y no esta en proporcionada mezcla con respecto a los demás." Todo esto se producirá por acción de una causa común: cuando la physis del hombre no triunfa sobre la physis general." Es decir, cuando hay desequilibrio entre la naturaleza general y la naturaleza humana. Esta "violencia" entre las physis general y particular, enfermedad, es el resultado de la acción conjunta de las causas externas (alimentación, acción del medio, clima, temperatura, estaciones, venenos y miasmas) y las causas internas o dispositivos (condición típica e individual de la physis del paciente).

Esta teoría potencia el enfrentamiento a las concepciones mágicas dominantes hasta ese momento. El texto hipocrático sobre la epilepsia o enfermedad sagrada es muy disiente en ese sentido: "A propósito de la llamada enfermedad sagrada, ... me parece que no es en modo alguno más divina ni más sagrada que las demás enfermedades sino que tiene causa natural ... los primeros en considerar sagrada esta enfermedad fueron hombres del tipo de los magos, purificadores, charlatanes y embusteros ... estos hombres, amparándose en lo divino, utilizándolo como pretexto de su incapacidad...y para no ser tachados de ignorantes, consideraron sagrada esta afección."

El punto de partida gnoseológico para la elaboración de esta concepción de la salud y la enfermedad fue la consideración de que conocer una cosa es descubrir su naturaleza (aquello que la hace ser lo que es, es decir su *physis*). Dicha naturaleza está siempre oculta, no es visible. Pero entonces, ¿cómo se puede llegar desde lo que se ve (*tà phainómena*) hasta lo que no se ve, a lo oculto (*tà ádêla*)?. Se parte de la idea de que la vista (*opsis*) es el sentido más idóneo para el conocimiento del mundo pues "Lo que nos es manifiesto nos hace ver -esto es, conocer- aquello que nos está oculto", "Lo que se ve abre la visión de lo invisible". Después de la observación, nos elevamos por medio de la razón (*katà lógon*) hasta el descubrimiento de lo oculto.

Para los hipocráticos esto significa que es posible combinar metódicamente la recta visión de lo que en el enfermo puede verse con una razonable figuración imaginativa (léase especulativa) de lo que en él podría verse y no se ve (la *physis* de la enfermedad, es decir, el desequilibrio humoral).

Versiones Galénica y Medieval del Paradigma Antiguo

Estas ideas serán la base de la concepción de la enfermedad y, por tanto, del actuar médico en las versiones galénica, arábica y medieval del paradigma antiguo. Galeno hace una relectura de Hipócrates desde la sistematización de la gnoseología griega que elaboran Aristóteles y los Estoicos, la cual se prolongará, con las variaciones y adiciones del caso, a las medicinas árabe y escolástica. El conocimiento será también para Aristóteles, como para los presocráticos, la comprensión de lo que hace a una cosa ser lo que es, es decir de los principios primeros de las cosas, entendidos estos como las causas primeras: "... podemos señalar cuatro causas: la primera es la *esencia*, la forma propia de cada cosa, por que lo que hace que una cosa sea ella está todo entero en la noción de lo que ella es..." A grandes rasgos, siguiendo esta línea, para Galeno, los árabes y los medievales, la naturaleza de la enfermedad, su *esencia*, consistirá en ser desequilibrante, alteración que aparta al organismo individual de la ordenación regular de su propia naturaleza,¹⁹ y que podrá ser conocida por medio de la especulación racional, a partir de los datos de la observación.

Si bien durante el Renacimiento y el Barroco se dan algunos intentos de romper con las concepciones galénicas y escolástico-arabizadas de la enfermedad y de la práctica médica, como es el caso de los Paracelsistas, los latrofísicos, los latroquímicos y los Vitalistas, esta ruptura se da más en los contenidos que en la estructura misma del paradigma gnoseológico que los sustenta y, por eso, consideramos que continúan formando parte del Paradigma Antiguo.

1.2. El Concepto de Salud y enfermedad en el Paradigma Gnoseológico Moderno

Con el surgimiento de la sociedad y la ideología burguesa, a partir del renacimiento, se estructurará el paradigma gnoseológico moderno. El conocimiento ya no será entendido como actitud contemplativa sino como capacidad transformadora. "Saber es poder", dirá Francis Bacon: "la ciencia del hombre es la medida de su potencia, porqué ignorar la causa es no poder producir el efecto...El hombre servidor e intérprete de la naturaleza, ni obra ni comprende más que en proporción de sus descubrimientos

experimentales y racionales sobre las leyes de esta naturaleza; fuera de ahí, nada sabe ni nada puede...lo que en la especulación lleva el hombre de causa conviértase en regla en la práctica”.

La inducción baconiana parte de los datos recogidos por la observación sensorial y, apoyada en ellos, aspira a inferir las formas de la naturalezas. Experiencia y razón, obviamente, pero experiencia es lo que los ojos ven, y razón, no-actitud contemplativa y especulativa, sino actividad mental con la cual es posible combinar y ordenar aquello que los ojos ven. Esta posición será reforzada, sistematizado y extremada por el empirismo de John Locke, quien afirma que la mente es cual *tabula rasa* y que los conocimientos penetran por los sentidos: "Inicialmente, los sentidos dan entrada a las ideas particulares y llenan un receptáculo hasta entonces vacío y la mente, familiarizándose poco a poco con alguna de esas ideas, las aloja en la memoria y les da nombre. Más adelante, la mente las abstrae y paulatinamente aprende el uso de los nombre generales. De este modo, llega a surtirse la mente de ideas y de lenguaje, materiales adecuados para ejercitar su facultad discursiva."

Versión Sydenhamiana del Paradigma Moderno

En el caso de la Medicina, la incapacidad y el desgaste de la medicina galénica ante el fenómeno de las grandes pestes europeas será el punto de partida para la ruptura definitiva con el paradigma antiguo. Como ya dijimos, será con Sydenham que esta ruptura se inicie en forma concreta. Este se apoya en las obras de Francis Bacon y de John Locke, este último también médico y su amigo personal, para desesencializar y desustancializar la enfermedad por la vía del empirismo sistemático, derrumbando todo el andamiaje escolástico-galénico de la nosología. Dos elementos importantes surgen de aquí: El primero,

El **empirismo clínico**, que se apoya en la observación clínica y prescinde de la esencia de la enfermedad: "la perfección de nuestro arte consiste en tener: 1º, una historia o descripción de todas las enfermedades tan gráfica y natural como sea posible; 2º, una práctica o método curativo estable y acabado con relación a aquellas ... Conviene, en primer lugar, reducir todas las enfermedades a especies ciertas y determinadas, enteramente con el mismo cuidado con que vemos que lo hacen los escritores de Botánica en sus Fitologías ... Conviene, asimismo, al escribir la historia de las enfermedades prescindir por completo de cualquiera hipótesis fisiológica que pudiera preocupar la inteligencia del escritor, solamente después de lo cual se anotarán diligentísimamente los fenómenos claros y naturales de las enfermedades, por pequeños que sean, imitando el fino proceder de los pintores, que retratan en la imagen hasta los lunares y las manchas menos perceptibles ... Es preciso, en tercer lugar, que en la descripción de cada enfermedad se expongan separadamente los fenómenos peculiares y constantes y los accidentales y adventicios..."

El segundo, **una nueva clasificación de las enfermedades** que, surgida de una relectura empirista de la obra descriptiva de Hipócrates, va a dar un nuevo sentido al papel del ambiente y al comportamiento del individuo, potenciando así un nuevo concepto de higiene. Esta clasificación divide

las enfermedades en dos grandes grupos: por una parte, **las enfermedades agudas**, producidas algunas de ellas por "una alteración secreta e inexplicable de la atmósfera que inficiona el cuerpo humano" (epidémicas) y otras por especial alteración de los individuos (intercurrentes); por otra parte, **las enfermedades crónicas**, que dependen en gran medida del régimen de vida que el enfermo quiso adoptar." Como consecuencia surgirá más tarde la práctica de la higiene pública, encargada del control de las primeras, y la de la higiene privada, preocupada por el control de las segundas. Estos dos conceptos son fundamentales y los discutiremos más adelante.

Nos hemos detenido un poco en este momento del nacimiento del paradigma moderno médico ya que surgen aquí tres problemas, que en su momento son grandes adelantos en la medida en que permiten superar la visión metafísica medieval de la enfermedad, pero cuya persistencia acrítica en el trasfondo de las concepciones actuales, constituye tres importantes obstáculos epistemológicos en el inconsciente intelectual de nuestros científicos.

En primer lugar, el obstáculo epistemológico que Jean Piaget ha llamado el **"Mito del Origen Sensorial de los Conocimientos Científicos"**: la confianza en la capacidad de la observación como fuente fundamental del conocimiento y en la razón como simple capacidad clasificatoria de los datos observados. El Empirismo parte de la idea de que la verdad está en el exterior y nosotros simplemente tenemos que "verla" con nuestros sentidos. La imagen o la idea que el sujeto se forma del objeto en su mente es simplemente un reflejo de la realidad y cuando este reflejo corresponde exactamente con esa realidad la imagen o la idea son verdaderas. En realidad, como bien lo plantea Piaget, las sensaciones y las percepciones actúan siempre como punto de partida en los estadios elementales de formación del conocimiento pero nunca operan solas y lo que la acción del sujeto cognoscente añade resulta por lo menos tan importante como ellas en la elaboración del conocimiento. Indiscutiblemente el conocimiento es un proceso en el cual sujeto y objeto actúan y reaccionan continuamente uno sobre el otro, están en perpetua interacción dialéctica, proceso que es social e histórico. El conocimiento es pues un proceso de producción en el cual hay que distinguir entre el objeto real, el del mundo externo, y el objeto de conocimiento, lo concretamente pensado, que es una construcción teórica. Es decir una reconstrucción de lo real desde el lenguaje y no un reflejo pasivo de la realidad. Es algo más que la imagen sensorial, es una reelaboración de la realidad a partir de elementos que el sujeto tiene en su mente y que están mediados por la cultura y que es relativa al punto de vista y a los métodos que se utilicen. Como ya dijimos, en su momento esta posición permitió enfrentar la especulación escolástica, pero su persistencia ha conducido a que sea hoy "un lugar común en la mayoría de los círculos científicos el sostener que todo conocimiento procede de los sentidos y es resultado de una abstracción a partir de los datos sensoriales." El segundo obstáculo epistemológico, que pudiéramos llamar el **"Mito Ecológico"**, será resultado de una persistencia y perpetuación de elementos del paradigma antiguo a través de la revalidación del papel del ambiente en la etiología de la enfermedad, al releer desde el empirismo la causa externa hipocrática, la cual tenía como fundamento dos aspectos básicos: los alimentos, tema desarrollado en el tratado hipocrático *Régimen de las Enfermedades Agudas*, y la

metereología o influencia de la estación, el clima, los vientos, las temperaturas, el ambiente, la localización geográfica, etc., aspecto desarrollado en *Los Aires, los Lugares y las Aguas*. Este último elemento fue el más destacado por Sydenham y en su momento permitió una valiosa reclasificación de la enfermedad, pero su persistencia, a través de todo el proceso histórico de la epidemiología, como patrón general para interpretar todo lo que esté de la piel para afuera, impide en la actualidad la diferenciación clara entre lo ambiental y lo social como realidades de características distintas y cuyo abordaje requiere métodos distintos, conduciendo a una visión ecologista de la enfermedad. El tercer obstáculo epistemológico, el "**Mito del Estilo de Vida**", será también una prolongación de la idea hipocrática del régimen que iba más allá de los alimentos e incluía el régimen de vida en general. Es la redefinición, desde el empirismo, del papel del comportamiento del individuo en la etiología de la enfermedad. También esta idea aportó a la reclasificación de la enfermedad y a su manejo pero su persistencia acrítica en la actualidad centra el problema en el comportamiento individual sin comprender las relaciones de éste con la cultura como receptáculo social general de dicho comportamiento. Baste por ahora enunciar su origen, discutiremos estos tres obstáculos epistemológicos en profundidad cuando hablemos de las concepciones actuales.

Seguiremos a grandes rasgos el proceso de las dos líneas inauguradas por Sydenham, el empirismo clínico y la perspectiva epidemiológica, para analizar las otras versiones del paradigma moderno. Desarrollaremos, en primer lugar, la evolución de la línea clínica a través de las versiones anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica, para luego retomar la segunda línea cuando hablemos de la epidemiología.

Versión Anatomoclínica del Paradigma Moderno

La tradición de empirismo anatomopatológica, que se inició con la "observatio"⁵ de los siglos XVI y XVII,³⁴ comenzará su integración con la finca del empirismo clínico durante el siglo XVIII, con la obra desarrollada por Hermann Boerhaave en Leyden.

La enseñanza a la cabecera de] paciente y el estudio anatomopatológico posterior serán la regla en la Escuela de leyden.

Sin embargo, la integración definitiva entre la anatomía y la orientación clínica se producirá en la obra de Juan Bautista Morgagni. Su obra magna, *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis*, en la cual revisa críticamente, por medio de la investigación y la observación sistemática, los conocimientos existentes hasta ese momento acerca de las lesiones anatómicas y su relación con la sintomatología clínica ofrece una plataforma nueva al saber patológico. La lesión anatómica pasará a ser no la simple descripción del hallazgo anatomopatológico casual, sino un elemento constitutivo de la especie morbosa misma, la cual, por lo demás, sigue siendo una realidad puramente clínica.³⁸ Su obra fue, por ello muy importante como base objetiva del nuevo planteamiento que desarrollará la escuela anatomoclínica de París.

⁵ Historia clínica basada en la observación, Seguida generalmente de sin protocolo de autopsia y opuesta a los "consilla" medievales apoyados en la razón especulativa.

La reforma hospitalaria de la Revolución Francesa va a conducir, en las postrimerías del siglo XVIII, a una nueva experiencia en el campo de la clínica. Reunirá la forma general de una pedagogía médica, pero a diferencia de la clínica del XVII y comienzos del XVIII, que Michel Foucault ha llamado "Protoclínica" no se trata del "encuentro de una experiencia ya formada y de una ignorancia por formar; se trata, en ausencia de toda estructura anterior, de un dominio en el cual la verdad se enseña por sí misma y de la misma manera a la mirada del observador experimentado y a la del aprendiz todavía ingenuo; para el uno y para el otro, no hay sino un solo lenguaje: el hospital, en el cual la serie de los enfermos examinados es para ella misma una escuela".

Será en este terreno en el cual, por medio de un proceso que aquí no tenemos espacio para describir, al iniciarse el siglo XIX se posibilite la formulación del programa anatomoclínico de Xavier Bichat, que fue desarrollado posteriormente por Jean Nicolas Corvisart, Gaspard Laurent Bayle y René Théophile Hyacinthe Laennec y que consistió principalmente, teniendo como referencia la obra de Morgagni y sus discípulos, en proponer la lesión anatómica como fundamento de la patología y de la clínica, hecho que Laín Entralgo ha llamado "el giro copernicano de la lesión anatomopatológica": la especie morbosa dejaba de ser una realidad clínica con una lesión adherida para convertirse en una realidad anatómica. Es decir, especie lesional, centro del sistema solar de la enfermedad, en torno a la cual giraba el conjunto de las manifestaciones clínicas, signos físicos de la lesión, que ya no definían por sí solas la enfermedad si no estaban unidas al examen de las alteraciones que presentaban los órganos." Como consecuencia se desarrollará toda una semiología física (palpación, auscultación y percusión que, siguiendo la propuesta de Laennec de convertir en transparente el cuerpo del paciente por medio de los signos físicos, intentará descubrir las lesiones de los órganos sin tener que esperar a la autopsia postmortem.

Un nuevo avance y **un cuarto obstáculo** futuro: la anatomía será ahora el punto de referencia para reclasificar la enfermedad. Para el empirismo clínico clasificatorio anterior, la enfermedad, realidad que podía definirse por el lugar que ocupase un conjunto de síntomas típicos en el cuadro de una clasificación, se hacía aparente de forma circunstancial en el cuerpo del paciente el espacio de la enfermedad, espacio plano de las dos dimensiones de la clasificación, se correspondía circunstancialmente con el espacio geométrico del cuerpo, es decir la relación entre los dos espacios está determinada momentáneamente por unas circunstancias concretas. "Hay por consiguiente, entre la enfermedad y el organismo, puntos de contacto bien establecidos, y de acuerdo con un principio regional; pero se trata solamente de los sectores en los cuales la enfermedad secretamente transpone sus cualidades específicas. El conjunto calificativo que caracteriza la enfermedad se deposita en un órgano que sirve entonces de apoyo a los síntomas. la enfermedad y el cuerpo no se comunican sino por el elemento no espacial de la cualidad. Esto conduce necesariamente a una semiología observadora de las cualidades: "para comprender la enfermedad, es preciso mirar allá donde hay sequedad, ardor, excitación, allá donde hay humedad, entorpecimiento, debilidad."

Pero ahora, para la mentalidad anatomoclínica, que implica la utilización de la anatomía y la introducción inconsciente de la visión newtoniana del mundo en la explicación de la enfermedad, el espacio del cuerpo y el de la enfermedad se corresponderán término a término: "Una matematización verdadera de la enfermedad implicaría un espacio homogéneo y común a las figuras orgánicas y a la disposición nosológica".

Esta actitud metodológica que se consolida como gran avance, permitirá superar la abstracción nominal de la especie morbosa sydenhamiana para concretar la enfermedad en una realidad visible, palpable y medible: la lesión. la observación, recomendada por el empirismo, sistematizado ahora por una semiología del signo físico que prolonga y especializa los sentidos desde el sensualismo condillacquiano, seguirá siendo el punto de partida del conocimiento de la enfermedad. la razón, como un segundo paso del proceso cognitivo, ya no servirá simplemente para ordenar y ubicar en una clasificación nominal los síntomas y signos observados, se convertirá en el instrumento que, por medio del análisis y la medición estadística de los signos físicos, permitirá la representación anticipativa de la existencia de la lesión y la definición del momento del proceso en que ella se encuentra. la razón ya no especula, es el medio que nos vincula con la realidad misma del mundo físico, el mundo tridimensional construido por la física de Newton. El fenómeno observado, el signo, es decir el efecto, es correlacionado con su causa material, la lesión, hacia la cual este nos conduce. Nuestro primer obstáculo epistemológico, el "Mito del Origen Sensorial de los Conocimientos", continúa presente subterráneamente, solo que ahora está mediado, definitivamente, por la causalidad física propuesta por Bacon y formulada matemáticamente por Galileo y Newton.

Esta nueva visión de la enfermedad, al persistir en el trasfondo de nuestras conceptualizaciones actuales, se consolida como nuestro cuarto obstáculo epistemológico: **la permanencia de una clasificación anatómica de la enfermedad**, basada en las lesiones, la encasilla, obligándonos a pensarla como realidad que existe sólo desde el momento en que aparece la lesión y en que ésta se manifiesta por medio de los signos. la salud tendrá que ser entendida, entonces, como la ausencia de lesiones y, por tanto, la ausencia de signos.

Esta concepción focaliza la existencia de la enfermedad al estrecho marco del cuerpo, convirtiendo al paciente en un saco de órganos susceptibles de alteraciones estructurales, alteraciones que pueden ser conocidas por la observación. Así, nuestro primer obstáculo se amalgama con el cuarto para producir una unidad epistemológica problemática. Es lógico: la anatomía moderna, la que se inaugura con la *Humani Corporis Fabrica* de Vesalio, la que será la base del método anatomoclínico, se constituyó sobre el concepto de estructura y sobre el método de la observación directa del cadáver, por oposición al método de la analogía utilizado por la anatomía aristotélicogalénica. la confianza en la observación como método de conocimiento de la estructura y sus alteraciones será la base de toda la medicina organicista, que se inicia con la mentalidad anatomoclínica y que se prolonga en las otras dos nuevas versiones del paradigma moderno, la fisiopatológica y la etiopatológica, que discutiremos en seguida.

Versión Fisiopatológica del Paradigma Moderno

Los avances de la física moderna, inaugurada por Galileo Galilei y desarrollada por Isaac Newton, van a concretar una visión mecánica del mundo físico y la formulación del método experimental como el método por excelencia para el conocimiento de las leyes de funcionamiento de dicho mundo. Dicho método propuesto por Galileo y sistematizado por Newton exige la observación experimental de los fenómenos y su formulación en leyes matemáticas universalmente válidas según las cuatro reglas para Filosofar de Newton, enunciadas en su Sistema del Mundo, "no debemos para las cosas naturales admitir más causas que las verdaderas y suficientes para explicar sus fenómenos" (Primera Regla), por consiguiente, debemos asignar tanto como sea posible a los mismos efectos las mismas causas (Segunda Regla), "esto significa que las cualidades de los cuerpos que no admiten intensificaciones ni reducción, y que resultan pertenecer a todos los cuerpos dentro del campo de nuestros experimentos, deben considerarse cualidades, universales de cualesquiera tipos de cuerpos" (Tercera, Regla)., Como conclusión, "en filosofía experimental debemos recoger posiciones verdaderas o muy aproximadas inferidas por, inducción general a partir de fenómenos, prescindiendo de cualesquiera hipótesis, contrarias, hasta que se produzcan otros fenómenos capaces de hacer más precisas esas proposiciones o sujetas a excepciones" (Cuarta Regla).

En ese contexto teórico-metodológico, dos elementos básicos van a servir de apoyo para la constitución de la fisiología como ciencia moderna: en primer lugar, la elaboración, desde la física y la química, del concepto de función, como realidad diferente e independiente de la estructura, y su consolidación como objeto de estudio de dicha ciencia; en segundo lugar la utilización del método experimental para desarrollar el estudio. Veamos un poco más en detalle el proceso:

La adopción de los principio! teórico-metodológicos galileanos por parte de la filosofía cartesiano condujo al desarrollo del mecanicismo fisiológico que será el punto de partida teórico de la reconformación, en los siglos XVII y XVIII, de la fisiología europea⁵⁶ que se había iniciado con Jean Fernel a comienzos del siglo XVI. Esta asimilación metafórica del organismo animal a una máquina, aceptación de que la fisiología no es otra cosa que la anatomía en movimiento, implicará una doble convicción: todos los órganos tienen una finalidad instrumental y dicha finalidad o función se puede deducir del solo examen de su estructura.

Sin embargo, al final del siglo XVIII, Haller va a acreditar la creencia en la existencia de propiedades fisiológicas no relacionadas en forma evidente con las estructuras anatómicas manifiestas los descubrimientos de Lavoisier concernientes a la respiración y las fuentes de calor animal vendrán a aportar una esplendoroso confirmación a esta nueva orientación fisiológica: la función respiratoria se pudo explicar sin que fuese invocada la estructura anatómica del pulmón o del corazón. Con los trabajos de Claude Bernard sobre la función glicogénica del hígado, en el siglo XIX, quedará definitivamente claro que la deducción anatómica será insuficiente para la fisiología.-" Se requería del

análisis físico-químico. El concepto de función, como realidad independiente de la estructura, había nacidos

Por otra parte, la elaboración de la filosofía Positivista, por Augusto Comte, será una de las consecuencias filosóficas más importantes de la influencia de Newton y del desarrollo del método experimental en Europa, por la vía del pensamiento ilustrado y el movimiento de la Enciclopedia. El propio Comte lo plantea así: " Hay sin duda demasiada analogía entre mi filosofía positiva y lo que los sabios ingleses entienden, sobre todo desde Newton, por filosofía natural" Indiscutiblemente la analogía con las Reglas para Filosofar de Newton es notoria, definiendo muy claramente las diferencias con el empirismo vulgar: "el espíritu humano circunscribe sus esfuerzos al dominio de la verdadera observación, única base posible de los conocimientos accesibles en verdad", sin embargo, "una vez reconocida la subordinación de la imaginación a la observación como primera condición fundamental de todo sano trabajo científico, cierta viciosa tendencia (se refiere al empirismo) ha conducido con frecuencia a exagerar mucho este gran principio lógico, haciendo degenerar la ciencia real en una especie de estéril acumulación de hechos incoherentes, que no ofrece otro mérito que el de la exactitud parcial", por tanto, "el carácter fundamental de la filosofía positiva consiste en captar todos los fenómenos como sujetos a *leyes* naturales invariables, cuyo descubrimiento preciso y reducción al menor número posible son la meta de todos nuestros esfuerzos ... no tenemos en modo alguno la pretensión de exponer las *causas* generadores de ni, fenómenos, ... queremos, por el contrario, examinar con exactitud las circunstancias que los han producido, y enlazar las unas con las otras mediante relaciones normales de sucesión y similitud."

Dos líneas importantes se van a dar en fisiología para la adopción del concepto de función y del método experimental, vía la filosofía positivista: la fisiopatología alemana y la fisiopatología francesa. En la segunda mitad del siglo XIX, en Francia la investigación experimental va a ser confiada a unas pocas instituciones como el Collège de France y al Muséum d'Histoire Naturelle y separándola de la actividad clínica. En Alemania, en cambio, se desarrolla ampliamente la patología científico-natural superándose los sistemas médicos que en ese país habían florecido durante la época romántica, sobre la base de la Nuturphilosophie de Schelling y Goethe. Allí se dió continuidad al programa iniciado por la escuela anatomoclínica de París. los avances de la física y la química, producto de la Revolución Industrial, fueron incorporados a la medicina permitiendo la superación de la postura teórica de los anatomoclínicos que había llevado a reducir la patología a una mera elaboración de observaciones clínicas y lesiones completamente desconectadas de la investigación experimental desarrollada por estas ciencias básicas.

La aplicación de los nuevos principios de la fisiología al análisis de la enfermedad va a dar como resultado el nacimiento de la fisiopatología y de la mentalidad fisiopatológica, que va a elaborar la concepción de que la enfermedad es un proceso. Aun que esta idea no es nueva, pues existía desde los hipocráticos, la novedad consiste, según Lain Entralgo, en tres aspectos: en primer lugar, el proceso afecta ahora a la realidad energético-material que los físicos y los químicos han enseñado a conocer y

se muestra en medidas de tipo experimental; en segundo lugar, el clínico sabe que las regularidades procesales por él descubiertas en la enfermedad realizan de algún modo las grandes leyes físicas y los grandes mecanismos de acción de la naturaleza leyes mecánicas, termodinámicas, químicas, eléctricas, etc.- e intenta descubrir la estructura de tal realización; y, en tercer lugar, *el curso* de la enfermedad es tácita o expresamente referido al proceso energético-material general de el cosmos, concebido éste también como proceso. En este sentido, el síntoma, que para el anatomoclínico era un signo equívoco, será revitalizado por los fisiopatólogos como la expresión de secuencias procesales del proceso morboso."

El parentesco teórico-metodológico con el Positivismo es diáfano: en relación con los fenómenos biológicos, Comte afirma a identidad real de los fenómenos patológicos y de los respectivos Fenómenos fisiológicos." Siguiendo esta línea teórica, Claude Bernard, quien puede ser considerado como el iniciador de la patología experimental; moderna," expone en sus *Leçons de Pathologie Experimentale* (1872) su tesis fundamental, según la cual "el estudio de la patología y el de la fisiología son inseparables y no es necesario ir a buscar la explicación de las enfermedades en fuerzas o leyes de la naturaleza diferentes a las que rigen los fenómenos vitales ordinarios." "La visión organicista de la enfermedad continuará reinando pero más ampliada ahora: el proceso de la enfermedad se inicia antes de que se produzca la lesión, es decir cuando se inicia la alteración funcional, la cual es previa a la lesional y coincide con la aparición de los síntomas. Por tanto, la salud será entendida como la ausencia de síntomas: para decirlo con la metáfora de Rene Leriche, "la salud es la vida en el silencio de los órganos".

Versión Etiopatológica del Paradigma Moderno

El día 30 de abril de 1878, dos meses después de la muerte de Claude Bernard, Louis Pasteur, que no era médico sino químico, presenta una comunicación de 23 páginas en la Academia de Medicina de París sobre *La Teoría de los Gérmenes y sus aplicaciones en Medicina y Cirugía.*" la teoría microbiana del Origen de las enfermedades apoyada sobre los trabajos de Koch, Pasteur y otros más, abrirá una nueva época en la conceptualización de la enfermedad. Va a recuperar la vieja discusión hipocrático-galénica sobre las causas, que había sido abandonada por el influjo del empirismo y del positivismo en la patología y va a impulsar la investigación en este sentido." También colaborará a este proceso el desarrollo de la Toxicología, la cual mostrará que las causas morbosas externas pueden ser no sólo microbiológicas sino también químicas y físicas.

Aproximación ecléctica y biológica a la enfermedad, cima del Paradigma Moderno

A pesar de que las tres mentalidades -anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica- se enfrentaron unas a otras durante el siglo XIX, a comienzos del siglo XX se fueron integrando sus ideas en una versión ecléctica de la enfermedad en la cual lesiones, alteraciones funcionales y etiologías externas e internas podían coexistir. Según Laín Entralgo, por los primeros altos anteriores a la Primera Guerra

Mundial, 'pocos médicos cultos dejaban de pensar que en lo tocante al conocimiento científico de la enfermedad la medicina había alcanzado una situación en cierto sentido metahistórica: el progreso de ese conocimiento continuaría, por supuesto, indefinidamente; pero su novedad no consistiría sino en perfeccionar con más finas técnicas lo que por la triple vía de constitución como ciencia -la anatomía patológica, la fisiopatología y las varias disciplinas resultantes de la investigación etiopatológica: toxicología, microbiología, inmunología-, ya había sido conquistado." Cabe anotar que la mayoría de los médicos clínicos, al menos en lo tocante a nuestro país, siguen pensando igual; se aferran con un optimismo total y ciego a la versión ecléctica biológica del paradigma moderno. Pero éste no es un problema voluntarista. Es una consecuencia de la forma como funcionan, en su inconsciente intelectual, los que hemos llamado y enumerado como obstáculos epistemológicos inherentes a la estructura teórico-metodológica misma que sustenta dicho paradigma. Enseguida discutiremos este problema.

Hemos llegado al máximo de la concepción biológica de la enfermedad y de la salud. Hemos avanzado y seguramente seguiremos avanzando mucho más en las posibilidades tecnológicas del diagnóstico y de la terapéutica con relación a las enfermedades puramente orgánicas. Sin embargo, asistimos a un estancamiento de la concepción misma de la salud y de la enfermedad. Vamos hoy desde la semiología física clásica de la palpación, la percusión y la auscultación hasta la tomografía axial computarizada, pasando por toda clase de laparotomías exploratorias, biopsias por congelación, radiografías más y más precisas, isótopos radiactivos, diagnósticos por ultrasonido y resonancia nuclear magnética; pero, todo esto para buscar lesiones anatómicas y estructurales de los órganos. Desde los simples análisis bioquímicos y registros gráficos cada vez más numerosos y sutiles hasta la cine-radiografía, pasando por toda clase de pruebas funcionales; pero, 'todo esto para encontrar alteraciones funcionales. Desde los frotis teñidos con gram hasta las más sutiles pruebas inmunofluorescencia, pasando por toda clase de cultivos de colonias bacterianas, dosificación de sustancias tóxicas en el cuerpo del paciente y toda clase de pruebas inmunológicas; pero, todo esto para identificar una etiología externa tóxica o microbiológico. Todo este andamiaje semiológico y terapéutico para tener todas las posibilidades de identificación y solución de un realmente reducido número de enfermedades que aquejan al hombre: las de sus órganos, las que lo enferman como animal biológico. Sin embargo, para el innumerable cúmulo de enfermedades que lo aquejan como hombre que siente, que piensa, en una cultura y en una sociedad apenas si comienzo a vislumbrarse una salida.

¿Por qué si la enfermedad humana, como todos los demás fenómenos que le ocurren al hombre, es una realidad que le ocurre siempre en una sociedad y en una cultura determinadas, el médico clínico se aferra a la visión meramente biológica y organicista de ésta?

Dos elementos importantes vale la pena destacar de esta situación relacionada con la conceptualización ecléctica y biológica de la enfermedad. El primero, la persistencia de nuestro primer obstáculo epistemológico, aunque ahora bastante matizado y por tanto cada vez más difícil de hacer consciente y de combatir debido al desarrollo metodológico de la física, de su aplicación a los

fenómenos vitales y de las posibilidades reales de producción de resultados concretos que éste brinda a la medicina y al enfrentamiento a la enfermedad corporal, pero no por ello menos peligroso desde el punto "de vista epistemológico." Indiscutiblemente, el método experimental se ha conformado como el método por excelencia para estudiar el mundo físico y, en la medida en que las realidades biológicas atañen a fenómenos físico-químicos, lo es también para el estudio del funcionamiento de los cuerpos vivos. Esto hace que los médicos se aferren a él como tabla de salvación ante la imprecisión de los otros métodos actuales para el estudio de otras realidades del existir humano distintas de las puramente orgánico-animales. Pero, el reduccionismo físico de los fenómenos humanos mantiene la idea biológica de que el hombre es un saco de órganos, aunque ahora estos aparezcan como dispuestos por sistemas funcionales, y que la enfermedad es solamente una alteración de la estructura y de la función, debido a una causa externa o interna, las cuales - alteración y causa- deben modificarse solamente con métodos mecánicos o químicos. El "giro copernicano de la lesión", gran adelanto en su momento, enriquecido con el "giro copernicano de la alteración del proceso funciona", nos sigue manteniendo aferrados a una clasificación de la enfermedad centrada en la perspectiva estructural funcional. Nada que se salga de estos marcos tiene sentido.

El segundo problema que surge del desarrollo de una concepción orgánico-funcional del hombre sano y enfermo es el de la confusión entre normalidad y salud, anormalidad y patología." La idea positivista de que existe una continuidad entre los fenómenos fisiológicos y los patológicos ha conducido a la noción de que la enfermedad es un problema de variación cuantitativa de las funciones normales por exceso y por defecto, por hiper o por hipo función, realidad que puede ser medida en el laboratorio y expresada estadísticamente. Ya desde 1851 escribía Claude Bernard: "La salud y la enfermedad no son dos modos que difieren esencialmente ... no hay que hacer de ellas principios distintos, entidades que se disputan el organismo vivo y que lo utilizan como teatro de sus luchas. En la realidad, no hay entre esas dos maneras de ser más que diferencias de grado: la exageración, la desproporción, la discordancia de los fenómenos normales constituyen el estado de enfermedad".

De esta forma, las salidas de la normalidad (término cuantitativo y estadístico comenzaron a ser identificadas como patología y, por analogía, el mantenerse dentro de un patrón de comportamiento biológico cercano a la norma de una mayoría estadística comenzó a entenderse como salud. Valdría la pena preguntar si no es normal tener fiebre cuando se sufre de amigdalitis y si lo anormal es no tenerla en ese caso? Se justificaría preguntar si es patología sentir excesivo calor en las tierras ecuatoriales cuando se está acostumbrado a las temperaturas "normales" del norte del Canadá? Se nos olvida que la enfermedad tiene sus propias normas diferentes de las de la salud y que pueden existir comportamientos anormales o no esperados para una enfermedad determinada. Se nos olvida también que pueden existir comportamientos adaptativos que se salen de la norma a la cual el individuo está acostumbrado sin que se pueda decir que el individuo esté enfermo. la enfermedad y la salud son términos cualitativos que definen formas determinadas de vida, la normalidad y la anormalidad son términos estadísticos que definen sólo patrones de comportamiento comunes a grupos determinados y

marcan a aquellos que se salen de esa norma, sin explicar las razones cualitativas de dicho comportamiento alejado del patrón común."

Por qué persisten estos dos obstáculos epistemológicos que impiden otras visiones de la enfermedad?. El "Mito del Origen Sensorial de los Conocimientos Científicos" persiste en su acción soterrada sobre la cabeza de los médicos. la idea de que el conocimiento viene de afuera y que lo importante es precisar cada vez más los métodos para hacer más rigurosa la observación y no caer en la tentación del empirismo simple ha llevado a una confianza absoluta en el llamado "Método Experimental". Esta confianza, surgida de los buenos resultados de su uso en la física, enlaza las concepciones organicista y cuantitativa de la enfermedad y permite elaboración de un sistema teórico coherente y cerrado. Este sistema se complementa con la actitud mental positivista de rechazar toda especulación o "constructo teórico" que no sea producto de la aplicación de dicho método. Como consecuencia, todo aquello que no pueda ser explicado desde sus modelos, simplemente se considera que aún no existen suficientes conocimientos para explicarlo y que debe esperar un mayor desarrollo de los métodos o de los instrumentos hasta que pueda ser sometido a medición y cuantificación para poder expresar las leyes generales que lo expliquen. Cualquiera otra explicación fuera de este esquema se hace acreedora a la burla pública. Pero, pensar que realidades como la cultura, el lenguaje, el pensamiento, el comportamiento, la sociedad, puedan ser explicados desde los métodos y modelos de la física, la química y la biología, no suena a exageración?

Versión Epidemiológica del Paradigma Moderno

A pesar de que la idea del papel del ambiente en la producción de la enfermedad ha sido destacada desde las épocas de la medicina hipocrática, especialmente en el texto *Sobre los Aires, los Lugares y las Aguas*, y de que la idea de que la enfermedad puede ser causada por un *contagium vivum* se elaboró desde el siglo XVI en la obra *De Contagione*, 1546, de Girolamo Fracastoro, la epidemiología propiamente dicha sólo podrá elaborarse a partir de los planteamientos hechos por Sydenham.

Retornemos aquí, nuevamente, dos problemas que dejamos pendientes al hablar de la versión sydenhamiana del paradigma moderno. La idea de clasificar las enfermedades en agudas y crónicas según fueran producidas por el ambiente o por el estilo de vida del paciente condujo a dos tipos de prácticas preventivas históricamente importantes: la Higiene Pública y la Higiene Privada. La primera implicaba el control de las condiciones ambientales que podían llegar a ser fuentes de miasmas y de rarefacción de la atmósfera. La segunda, implicaba la educación personal y la urbanidad para asegurar una vida dentro de los patrones correctos de la vida urbana, evitando los excesos que pudiesen conducir a la enfermedad. Estos dos aspectos, entendidos así y no en la versión contemporánea, son realmente no anticipaciones del futuro sino resagos del paradigma antiguo Sin embargo el paradigma moderno continuó su intromisión en todo los niveles de la vida cotidiana. John Graunt, inglés por supuesto, comenzó a utilizar la estadística para la medición de la mortalidad causada por las enfermedades agudas y las crónicas desarrollando las llamadas ' *la tablas de vida*, e intento formular

una ley de mortalidad. La Revolución Francesa estimulará el interés por la higiene pública y el enfoque epidemiológico de la enfermedad. Desde la mentalidad anatomoclínica, en la primera mitad del siglo XIX, se desarrollará el uso de la estadística y Pierre Charles-Alexandre Louis será uno de sus más significativos representantes. También John Snow llevará a cabo estudios de observación y medición importantes con respecto a las condiciones ambientales y sus relaciones con la enfermedad. Pero el advenimiento de la teoría microbiana y la idea del origen microbiológico de las enfermedades produjo el cambio desde la higiene hacia la salud pública, entendida ésta como el ejercicio de campañas sanitarias orientadas a la erradicación de los microorganismos causantes de las enfermedades para evitar el esparcimiento público de éstas.

En esta versión, la estructura teórico-metodológica y los obstáculos epistemológicos del paradigma moderno y del modelo biologista estarán claramente presentes. La enfermedad es una realidad de modificación estructural y funcional de los órganos, causada por agentes externos, que ahora se intentan controlar. las condiciones ambientales no Intervienen sino como elementos predisponentes para que el agente entre en contacto con el futuro enfermo. la enfermedad sé inicia cuando se inician los síntomas y/o los signos y, por tanto, las alteraciones estructural-funcionales. Tanto las condiciones ambientales como los microorganismos, los signos y los síntomas, los cambios en el cuerpo, etc., pueden ser observados y medidos, si las técnicas son las adecuadas, sus comportamientos pueden ser interpretados en análisis estadísticos y cuantitativos y expresados finalmente en leyes universales. Es el reinado del método de la física y de la filosofía natural, en la versión de la filosofía positivista.

2. LA CRISIS DE LOS MODELOS BIOLÓGICOS ACTUALES SOBRE LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

El paradigma moderno y su modelo biologista de la salud y de la enfermedad no son sólidos ni eternos. Desde su consolidación en el Siglo XIX este modelo comenzó a sufrir fisuras y podría decirse que este paradigma está en crisis.

2.1. La "fisura" sociológica o Medicina Social.

Durante la Revolución de 1848, los médicos alemanes liberales de izquierda que participaron en el proceso comenzaron a plantear las relaciones entre la enfermedad y la sociedad, primera ruptura que se autodenominó medicina social.

Esta relación problemática ya la habla planteado antes, en torno a 1781, el austríaco Johann Peter Frank: "El hambre y la enfermedad están pintadas sobre la frente de toda la clase trabajadora. Se las reconoce a primera vista. Y quien quiera las haya observado, no llamará a ninguna de estas personas un hombre libre. Y, a partir de este planteamiento afirmarí a luego en su obra principal *"System einer voliständigen medizinischen Polizey"* (Sistema de una política médica integral): "La seguridad interna del Estado es el objetivo de la ciencia general de la política, lo más importante de esta ciencia es que, actuando en acuerdo con determinados principios, promueve la salud de los seres humanos que viven

en sociedad y de aquellos animales necesarios para colaborar en las tareas humanas y en las recreativas...la política médica, en consecuencia, como ciencia de la política en general, es un arte de la prevención, una doctrina mediante la cual los seres humanos y sus animales auxiliares pueden ser protegidos de las dañosas consecuencias del hacinamiento; es, en especial, un arte que alienta al bienestar corporal para que, sin sufrir un exceso de males físicos, los seres humanos puedan demorar lo más posible el momento en que, por fin, deben *morir*."

Pero ahora los planteamientos serán más explícitos y definidos: pocos meses antes de que fueran levantadas las barricadas de 1848, el médico berlinés Salomon Neumann, escribía: "La mayor parte de las enfermedades que perturban el pleno goce de la vida o acaban con una considerable parte de los hombres antes de su término natural, no dependen de condiciones naturales, sino de condiciones sociales; nada más evidente".

Rudolf Virchow, jefe del movimiento, en 1847, después de estudiar la epidemia de fiebre recurrente que devastaba los distritos industriales de Silesia, llegó a la conclusión que las causas de la epidemia eran sociales y económicas, tanto como físicas. El tratamiento que propuso, por tanto, era la prosperidad económica, la educación y la libertad. Estos planteamientos serán el punto de partida para la creación de un fuerte movimiento de reforma política que luchó por la completa reorganización de los servicios de la salud y que se congregó en torno a una tribuna de lucha, el nuevo periódico fundado por Virchow, *Die Medizinische Reform*, que llegó a ser el órgano del movimiento.

Sin embargo, a pesar de su importancia teórica y política, esta primera fisura, en su época, no hará mella sobre el modelo biologista de la enfermedad predominante en el paradigma gnoseológico moderno, porque la revolución de 1848 será rápidamente sofocada y sus planteamientos médicos serán neutralizados fácilmente."

Pero los planteamientos serán retomados en el siglo XX por la disciplina llamada *Sociología Médica* y luego por el actual movimiento de la Medicina Social, que ha tomado su nombre en honor a Virchow y su derrocado movimiento. Hablaremos de ellos cuando retornemos el tema más adelante al hablar de la ruptura epidemiológica y social.

2.2. La "fisura" Psicoanalítica

La segunda fisura del modelo biologista de la salud y la enfermedad se presentó a finales del siglo XIX con los trabajos iniciales de Sigmund Freud. Este médico neurólogo, formado en la escuela clínica de Viena, en la más pura tradición anatomoclínica austríaca, luego de estudiar en la Salpêtrière de París con Jean Maríe Charcot va a publicar en 1893 un "Estudio Comparativo de las Parálisis Motrices Orgánicas e Históricas" en el cual va a demostrar que las parálisis de tipo histérico no siguen la lógica de la neurología y que su sintomatología no es coherente con los trayectos de las inervaciones de los grupos musculares paralizados. Esto le va a permitir plantear uno de los conceptos más importantes para la patología del siglo XX: en las parálisis históricas, como en las anestésias, es la concepción vulgar, popular de los órganos y del cuerpo en general la que entra en juego. Esta concepción no se

funda en un conocimiento profundo de la anatomía nerviosa, sino en nuestras percepciones táctiles y, sobre todo, visuales...La lesión de la parálisis histérica será, pues, una alteración de la concepción o idea (que tenemos de nuestro cuerpo). La lesión que explicaría la parálisis de un órgano determinado sería, pues, "la abolición de la accesibilidad asociativo de la concepción (del órgano).

Esta posición implica una ruptura definitiva con la mentalidad anatomoclínica y un cambio de plano hacia la explicación en el terreno de la psicología y del lenguaje. La lesión que explica a parálisis histérica ya no será una lesión de un órgano, como pretendió siempre encontrar Pinel, sin lograrlo, desde los cánones anatomoclínicos, ni una "lesión funciona", como enseñaba Charcot. No, Freud encontraba que la lesión explicativa de la parálisis histérica era una lesión en el campo del lenguaje y de los conceptos. Una lesión en el concepto mismo que el paciente tenía de su propio cuerpo.

Esta perspectiva abría un nuevo campo de investigación y análisis no previsto antes para la patología. Era la posibilidad de interacción entre la Psicología -que hasta ese momento se había desarrollado como un campo de la filosofía preocupado por el estudio del alma y del pensamiento- y la Patología, para construir explicaciones de la enfermedad más amplías de las que se lograban con la simple perspectiva desde las ciencias de lo biológico.

No tenemos espacio para discutir todo el proceso de desarrollo de esta nueva perspectiva, pero intentaremos plantear algunos elementos que nos parecen importantes para nuestra discusión final. ⁽⁶⁾ Los consecuentes trabajos sobre la Histeria, de 1895, van a permitir plantear la relación entre los síntomas histéricos y la existencia de ciertos contenidos mentales problemáticos para el individuo (representaciones y conceptos) "el histérico padecería principalmente de reminiscencias". Este punto de vista permite la formulación de ciertos conceptos importantes para la nueva teoría como el concepto de represión o resistencia: "La histeria nace por la *represión* de una representación intolerable, realizada a impulso de los motivos de la defensa, perdurando la representación como huella anémica poco intensa y siendo utilizado el afecto que se te ha arrebatado para una inervación somática. Así, pues, la representación adquiriría carácter patógeno, convirtiéndose en causa de síntomas patológicos, a consecuencia, precisamente de su represión". Vale la pena anotar cómo el concepto de acción y reacción de la física de Newton sigue presente en esta explicación.

Dos obras importantes de este pensador van a terminar de abrir este nuevo camino para constituirse así en los dos puntales básicos de la nueva ciencia del Psicoanálisis: *La Interpretación de los Sueños* y *Tres Ensayos sobre la Sexualidad*. El análisis de los sueños permite a Freud el descubrimiento de instancias mentales inconscientes, estructuradas por medio del lenguaje, lenguaje de carácter arcaico e infantil, que explican cierta clase de comportamientos en los cuales la consciencia no parece participar. Se establece la importancia del 'deseo' como elemento fundamental del funcionamiento del inconsciente y la relación entre los mecanismos del sueño y los de los estados patológicos como la histeria. En los *Tres Ensayos* se construye la teoría de la pulsión, "trieb", y de la sexualidad infantil, como otros

⁶ Un análisis más profundo de este problema será desarrollado en un trabajo que estamos preparando bajo el título "La ruptura de Freud con el modelo anatomoclínico y la entrada de psicología en la Medicina"

elementos básicos del funcionamiento del inconsciente y del proceso de constitución de las tres instancias de la personalidad (el Yo, el Ello y el Super Yo).

A partir de estos planteamientos iniciales, la obra futura de Freud constituirá una nueva Psicología: la psicología cartesiano y la psicología de la ilustración eran "Psicologías de la Razón" o "Psicologías de la Conciencia", la Psicología inaugurada por el Psicoanálisis freudiano será una "Psicología del Inconsciente". Se presenta entonces una nueva ruptura epistemológica, la ruptura con la psicología de los filósofos, ecología de la razón y de la conciencia, y su reemplazo por una nueva psicología, psicología del inconsciente, en la cual la conciencia (el Yo) es, para usar la propia metáfora freudiano, apenas la punta que aflora de un 'iceberg' que tiene la mayoría de su cuerpo sumergido. la conducta, normal y anormal, sería el resultado de la dinámica entre los elementos sumergidos o inconscientes (el Ello y el Super-yo) y la conciencia apenas una pequeña parte de esa dinámica que entra en contacto con el mundo exterior: "El psicoanálisis no ve en la conciencia la esencia de lo psíquico, sino tan solo una cualidad de lo psíquico que puede sumarse a otras o faltar en absoluto" Freud diría, caracterizando dicha ruptura, que La diferenciación de lo psíquico en consciente e inconsciente es la premisa fundamental del psicoanálisis ... para el psicoanálisis todo es, en un principio, inconsciente, y la cualidad de la conciencia puede agregarse después o faltar en absoluto. Estas afirmaciones tropezaron con la oposición de los filósofos, para los que lo consciente y lo psíquico son una sola cosa, resultándoles inconcebible la existencia de lo psíquico inconsciente".

Esta versión del problema de la salud y la enfermedad plantea entre otros, tres elementos nuevos de gran importancia:

- La ruptura con la psicología de los filósofos y la entrada de la nueva psicología a la medicina conduce a la comprensión de la enfermedad psíquica, es decir que la enfermedad no es una realidad solamente ligada a la anatomía y a la fisiología y que el hombre tiene una dimensión psíquica, además de la biológica, dimensión ésta que es susceptible de enfermar y que tiene características propias y diferentes de las biológicas y por tanto, requiere un manejo metodológico diferente desde el punto de vista semiológico y terapéutico. Esto conduce a un nuevo elemento:

- La ruptura con la confianza absoluta en la observación, característica del positivismo, conduce a la modificación del objeto formal del diagnóstico y del concepto de signo y a la hermenéutica como instrumento semiológico: Los dobles nosológicos signo físico-lesión anatómica, secuencia procesal desorden energético-material y agente específico-reacción morbosa que constituyen respectivamente, como se recordará, el objeto formal del diagnóstico en las versiones anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica del paradigma moderno, serán repensados y ampliados en la ruptura psicoanalítico. Estos dobles estaban fundamentados en lo que antes llamamos el obstáculo epistemológico de la confianza en la observación, es decir, el "resuelto atenuamiento clínico a la visión 'real' de algo que en sí mismo es visible, esto es, a lo que directa o indirectamente 'se ve' en el organismo del enfermo". Pero, como el inconsciente no es 'visible', ya que es una instancia psíquica y no anatómica ni fisiológica,

Freud entiende el objeto formal del diagnóstico, no como 'visión' (Sicht), sino como "interpretación" (*Deutung*). Toda conducta, normal o patológica, es finalmente intencional, implica una intención; entender dicha intención es el sentido del diagnóstico freudiano para entender por qué y para qué se produce; dicha realidad intencional no puede ser tiene que ser interpretada: la hermenéutica pasa a ser el nuevo método de acercamiento a la comprensión de la dinámica de la enfermedad y el signo ya no es simplemente realidad física, efecto de la causa anatómica o funcional,(idea de causalidad lineal heredada de la física newtoniana), sino una realidad mucho más amplia que engloba todo aquello que pueda vehicular un sentido, es decir, ahora el signo es expresión, manifestación y significante de toda intención o significado, incluyendo la expresión física. Esto conduce al tercer elemento aportado por la ruptura freudiana:

- La individualización de la realidad del enfermar : Antes de Freud, la individualización de la enfermedad no pasaba de ser la definición de la peculiaridad del cuadro clínico y de las alteraciones causales. Ahora, en la medida en que la enfermedad es manifestación de un conjunto de intenciones propias del individuo, las cuales dependen de la propia historia de constitución de sus instancias inconscientes, la enfermedad es una forma de vida y, por tanto su diagnóstico y definición deben ser la elaboración de la biografía personal del enfermo, es decir, el conocimiento y la descripción de una vida humana concreta. Así, tanto la sintomatología psíquica como la somática, siempre especificaba y tipificable, "es biográfica y comprensivamente asumida -por tanto, rigurosamente individualizada- en la vida personal del enfermo".

Esta versión de la realidad de la salud y la enfermedad, en la actualidad, sirve de base a la práctica psicoanalítica, siendo utilizada además por algunos practicantes de la Psiquiatría y de la Psicología, sin embargo no se ha integrado aún a la medicina clínica ni a la medicina social. Algunos de los seguidores de Freud tuvieron la idea de entender y tratar, desde este modelo de salud-enfermedad, como trastornos neuróticos algunos de los cuadros clínicos que la medicina interna ha venido llamando "funcionales". En esta línea se movió el, por Laín Entralgo llamado, "círculo médico de Viena". Siguiendo estos planteamientos; además, trabajará el grupo de Heidelberg en la cual se destaca especialmente la figura de Viktor von Weizsäcker quien será el verdadero fundador de una medicina antropológica. Una medicina pensada para el hombre integral biopsíquico, fundamentada en el análisis biográfico del individuo, es decir en el análisis del papel que juega la vida personal y social del enfermo en la génesis, la configuración y el sentido de su enfermedad. Desafortunadamente, esta concepción de la medicina interna desaparecerá durante la segunda guerra mundial debido a la persecución hecha en la persona de Weizsäcker. los planteamientos serán retomados nuevamente por la corriente Norteamericana llamada "Medicina Psicósomática", pero su influencia no será muy marcada en nuestra medicina, en general. De todas formas hoy, la medicina general piensa en el Psicoanálisis como instrumento de la Psiquiatría y ésta es considerada como especialidad aparte dedicada al manejo de los enfermos mentales. Este no es entendido como método para comprender la dinámica psíquica de todo

ser humano sano y enfermo y, cuando se hace, la interpretación biológica de la enfermedad aparece al lado de la interpretación psíquica, pero no integradas en una sola.

Por otra parte, esta versión de la salud y la enfermedad implica dos nuevos obstáculos epistemológicos:

a- El primer obstáculo se deriva de la parcialidad del logro de la individualización de la realidad del enfermar: al centrar la comprensión de la enfermedad como realidad biográfica relacionada con la historia personal del individuo, se construye una antropología médica del individuo, aspecto que es un logro positivo pero sesgado en la medida en que desconoce, por una parte, que la historia personal del individuo está enmarcada en la historia social de su grupo y, por otra, que la psique humana es la consecuencia de las interacciones del individuo con la cultura de su grupo, es decir que el hombre es finalmente humano porque es el resultado de un entramado de relaciones sociales y culturales. Esta posición implica la culpabilización al individuo, es decir a su propia historia, del proceso del enfermar sin contextualizar dicho proceso.

b- El segundo obstáculo no es nuevo. A pesar de la ruptura con los modelos anatomoclínico y fisiopatológico de la enfermedad, persiste una noción heredada de la mentalidad fisiopatológica: la idea de la continuidad entre los fenómenos de la salud y de la enfermedad y el carácter cuantitativo de los dos estados. Esto mantiene la confusión entre salud y normalidad y entre patología y anormalidad, aspecto que ya hablamos discutido atrás. Pero en el campo del comportamiento, este obstáculo tiene mayor significación pues esta confusión permite pensar, sin reatos de conciencia, que todo aquel que tiene comportamientos anormales, es decir fuera de las normas aceptadas y comunes a un grupo determinado, está enfermo y que sano es aquél que se comporta de acuerdo con la norma. Nuevamente está presente la ausencia de una antropología más amplia que relativice la norma en el contexto de una cultura determinada, pues si aplicamos estrictamente esta antropología individualista freudiana, alguien que se comporte dentro de la norma de una cultura estaría enfermo si lo colocamos en otro grupo cultural con patrones de comportamiento distintos.

2.3. La "fisura" de la antropología

Desde los primeros estadios de organización de una teoría científica de la cultura en Europa, la antropología social, el problema de la salud y la supervivencia estuvieron ligados al concepto de cultura (término con que Malinowski designa el conjunto de las instituciones de un grupo social), pues dicha realidad es conceptualizada en la antropología estructural- funcionalista desde una perspectiva biológica: "Debemos basar nuestra teoría de la cultura en el hecho de que todos los seres humanos pertenecen a una especie animal. El hombre en cuanto organismo debe existir bajo condiciones que no sólo aseguren la supervivencia, sino que permitan un metabolismo sano y normal". Según esto, la cultura es entonces un medio que permite al hombre satisfacer determinadas necesidades, entre ellas la fundamental de la salud. La "respuesta cultural" a dicha necesidad sería la Higiene.

Más allá de esta primera correlación, en los trabajos posteriores de antropólogos culturalistas que trabajan tanto desde la perspectiva estructuralista como desde la fenomenológica, el problema de las formas específicas de representación de la enfermedad que predominan en comunidades determinadas se va volviendo objeto de interés creciente. Un ejemplo claro de este interés es el trabajo de Claude Lévi-Strauss sobre *El Hechicero y su Magia*, en el cual se plantea, recogiendo los trabajos de W. B. Cannon sobre los mecanismos psicofisiológicos de la muerte causada por el Voodoo, que desde la organización cultural de un grupo determinado se pueden crear formas de enfermedad y de muerte que sólo tienen sentido en dicho contexto cultural. Vale la pena exponer todo el párrafo para mostrar este sentido: "un individuo, consciente de ser objeto de un maleficio está" íntimamente persuadido, por las más solemnes tradiciones de su grupo de que se encuentra condenado; parientes y amigos comparten esta actitud. A partir de este momento, la comunidad se retrae, se aleja del maldito, se conduce ante él como si se tratase no sólo ya de un muerto sino también de una fuente de peligro para todo el entorno; en cada ocasión y en todas sus conductas, el cuerpo social sugiere la muerte a la desdichada víctima, que no pretende ya escapar a lo que considera su destino ineluctable. Bien pronto, por otra parte, se celebran en su honor los ritos sagrados que la conducirán al reino de las sombras. Brutalmente separado primero de todos sus lazos familiares y sociales y excluido de todas las funciones y actividades por medio de las cuales tomaba consciencia de sí mismo, el individuo vuelve a encontrar esas mismas fuerzas imperiosas nuevamente conjuradas pero sólo para borrarlo del mundo de los vivos. El hechizado cede a la acción combinada del intenso terror que experimenta, del retrainamiento súbito y total de los múltiples sistemas de referencia proporcionados por la connivencia del grupo y finalmente de la inversión decisiva de estos sistemas que, de individuo vivo, sujeto de derechos y obligaciones, lo proclaman muerto, objeto de temores, ritos y prohibiciones. La integridad física no resiste a la disolución de la personalidad social.

Más allá, y como consecuencia del interés general de los antropólogos, aparecerá la intención concreta de la aplicación de los conceptos y métodos de la Antropología a la medicina. El término Antropología Médica es relativamente nuevo y será inaugurado por Norman Scotch en el título del primer trabajo que se publica con ese nombre," en el cual se propone la aplicación de los desarrollos de la antropología a la medicina. En este nuevo campo se han dado desarrollos importantes a partir de los trabajos, tanto de algunos antropólogos generales como de médicos- antropólogos que se han preocupado por las representaciones y los conceptos de salud-enfermedad que -se manejan en algunas comunidades marginales, especialmente indígenas, demostrando la existencia de representaciones de la enfermedad, y formas de enfermar relacionadas con ellas, diferentes a las elaboradas por la medicina occidental y específicas de cada comunidad.

De esta manera, una buena parte de dichos antropólogos comienzan a considerar al conocimiento en general, y al conocimiento científico en particular, como experiencia subjetiva de una comunidad de participantes en una cultura determinada. Como hecho positivo en el proceso de conceptualización de la salud y la enfermedad, a partir de esta orientación, en el campo de la Antropología Médica se ha

comenzado a hablar de la salud y la enfermedad como realidades atravesadas por la cultura y se ha planteado que dichos conceptos y representaciones sólo pueden ser cabalmente entendidos cuando se comprende el contexto de una cultura específica. A este respecto es clara la afirmación de Myriam Jimeno: "la salud y la enfermedad son partes inseparables de la organización ideológica, del sistema de interpretación religiosa y las formas de adaptación ecológica, de la organización familiar, política, de la producción ... es preciso considerar que la enfermedad en sí no existe, sino dentro de un contexto social amplio, donde adquiere determinadas formas y como tal se explica y trata.

Sin embargo, algunos de estos antropólogos, especialmente los herederos de la tradición fenomenológica, entienden la cultura como realidad autónoma y, por tanto, deshistorizada, hecho que se consolida como nuevo obstáculo epistemológico: se desconoce que la cultura no puede ser considerada de manera autónoma sino articulada en el contexto de todo el proceso histórico de construcción social.

A pesar del importante desarrollo de esta disciplina en los Estados Unidos en donde existen varios postgrados en dicho campo, en nuestro medio estas discusiones aún no han tenido impacto en las teorías médicas sobre la enfermedad ni en la formación del profesional de la salud puesto que, por una parte, los antropólogos se han mantenido relativamente al margen de la docencia médica y, por otra, la medicina oficial está fuertemente marcada por la concepción universalista del saber médico construida desde esa historia de la medicina, hija de las tradiciones ilustrada y positivista, que no concibe que la medicina occidental es también el producto de una cultura determinada.

2.4. La "fisura" epidemiológica.

Los cambios sociales que comenzaron a producirse en América durante la década de los sesenta a consecuencia del impacto de la Revolución Cubana, exigieron una reorganización de la política y la economía interamericana que tuvo como consecuencia el comienzo de la utilización de las ciencias sociales como instrumentos de análisis para la formulación de los Planes de Desarrollo para los países americanos en el marco de la política de la Alianza para el Progreso.

En el campo de la salud, el concepto unicausal de la enfermedad, predominante en las versiones etiopatológica y epidemiológica del paradigma moderno, ya discutidas atrás, no se adecuaba a las necesidades de esta nueva orientación internacional y, por tanto, se requirió una reconstrucción de los conceptos de salud y enfermedad para que pudieran servir de apoyo teórico para la reorganización de los programas de salud, en el marco de dichos Planes de Desarrollo.

La salud se presenta ahora como un fenómeno estrechamente ligado a las condiciones generales de vida de la población, resistiéndose a ser abordada desde teorías gestadas en condiciones históricas y sociales diferentes. Esto conduce a la búsqueda de una explicación de la enfermedad desde una perspectiva mucho más amplia que permita la intervención sobre los elementos sociales que pudiesen estar comprometidos con su etiología. La epidemiología se ve abocada a modificar sus concepciones de la enfermedad por la imposibilidad de abarcar, con el reducido enfoque unicausal, la compleja trama

de problemas, cuya relación con el fenómeno de la salud y la enfermedad, fue intuyéndose en el proceso de desarrollo de las nuevas políticas. Así, los límites de la medicina unicausalista y curativa quedaron reducidos a la práctica privada y al nivel hospitalario. Pero las nuevas políticas y su intervención a nivel social exigían un nuevo modelo acerca de la enfermedad y la salud.

Cuando se hace una reflexión retrospectiva, a escala internacional, sobre los fundamentos de la planificación en esta década, durante el Seminario Avanzado sobre Políticas y Estrategias en el Proceso de Planificación de la Salud en 1971, se afirma: "la solución de los problemas de salud, dentro de este contexto, debería consecuentemente basarse en una teoría que explicara ecológicamente su génesis y realizarse a través de métodos que se fundamentaran en esta teoría.

Se elaboraron entonces las concepciones multicausales de la enfermedad, con una visión más amplia del concepto etiológico. Su máximo exponente será Brian MacMahon con su libro *Epidemiologic Methods* publicado en 1960. En él se plantea que "...la etiología de una enfermedad tiene una secuencia que consta de dos partes: la primera, eventos causales que ocurren antes de cualquier respuesta corporal; y la segunda, mecanismos intra corpóreos (biológicos) que conducen desde la respuesta inicial hasta las manifestaciones características de la enfermedad. Con relación a los eventos causales o etiológicos, son múltiples y de varios tipos (Biológicos, hereditarios, sociales, culturales, etc.) y su participación en el origen de la enfermedad debe ser estudiado a partir de la identificación de estos, considerándolos como "factores" y encontrando asociaciones estadísticas entre ellos, para elaborar cadenas de eventos asociados con el apareamiento del trastorno.

A mediados de la década en cuestión, con la nueva publicación de la obra de Hugh Rodman Leavell y E. Gurney Clark, *Preventive Medicine for the Doctor and his Community*, tomó fuerza una versión más sofisticado de esta concepción multicausal. Ya había sido esbozada con la obra anterior de Leavell y Clark, *Textbook of Preventive Medicine*. En ésta obra se expuso el modelo de la Historia Natural de la Enfermedad, los niveles de prevención y la triada ecológica, incorporando a la epidemiología los principios de la teoría de sistemas aplicada a la ecología, los cuales venían desarrollándose desde 1935, para elaborar un método epidemiológico más dinámico y amplio que sigue siendo hoy puntal de la epidemiología positivista.⁽⁷⁾

Esta concepción parte de la idea de que la enfermedad es un desequilibrio el cual es el resultado de la interacción de 3 grupos de factores: los del agente, los del huésped y los del medio ambiente. A este triple origen se le ha llamado la triada ecológica.

Los factores etiológicos propiamente dichos, que son de tipo microorgánico (bacterianos, vitales, parasitarios, etc.), alimenticio (excesos y deficiencias de sustancias nutritivas), químico (tóxicos y alérgenos) y físicos (radiaciones y efectos mecánicos); los factores del huésped (su estructura genética, edad, sexo, raza, condición fisiológica, experiencia inmunológica, enfermedad preexistente y su

⁷ Según Milton Torris, estos niveles de prevención, conocidos ampliamente en Estados Unidos, como "niveles de Leavell" fueron adaptados por este autor de las que Henry Sigerist damos las cuatro tareas de la Medicina; la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el restablecimiento de los enfermos y la rehabilitación.

comportamiento); y los del ambiente, que son los factores del entorno geológico, climático y geográfico, los del ambiente biológico (poblaciones humanas, fauna y flora) y los socio-económicos (que incluyen ocupación, vivienda, salario, vestido, desarrollo económico, urbanización, desastres, etc.).

Por otra parte, según estos autores, la historia natural de la enfermedad tiene dos períodos: un primer período llamado preclínico o subclínico, que comienza con la exposición del huésped a la acción de este conjunto de factores cuyo peso participatorio en dicho inicio puede ser medido estadísticamente. En dicho período aún no hay síntomas pues, aunque ya se dan cambios patológicos en la estructura y/o en la función de los órganos corporales, estos no son lo suficientemente grandes como para dar manifestaciones clínicas; un segundo período denominado período clínico, en el cual se hacen aparentes las alteraciones estructurales y funcionales por medio de la aparición de los síntomas y signos.

Esta perspectiva implica un nuevo aporte a la conceptualización de la salud y la enfermedad pues, aunque continúa teñida de los obstáculos epistemológicos del paradigma moderno considerando la enfermedad como un fenómeno orgánico, es decir, como modificación estructural y funcional de los órganos del paciente, ya se incluye lo social, lo cultural y el comportamiento como elementos etiológicos de la enfermedad y, por tanto, obliga a buscar apoyo en las ciencias sociales y de la conducta para manejar mejor el problema.

Desde el centro de esta conceptualización de la salud y la enfermedad tiene sentido la definición que hace la OMS. "Salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad".

Sin embargo, el fracaso de los modelos desarrollistas y el nacimiento de las propuestas neoliberales del desarrollo local y la descentralización para la apertura económica, condujo en el campo de la salud a un proceso de búsqueda de alternativas. Era claro ya que el concepto de salud promulgado por la OMS, que sirvió de base para las propuestas de salud durante tres décadas, implicaba ciertos problemas: en primer lugar, la concepción de bienestar es tautológica, ideal y utópica, en segundo lugar, el concepto de estado implica una visión estática de la salud y la enfermedad y por tanto ahistórica y finalmente el análisis sigue centrado en los individuos y no en el problema de la salud de las colectividades. Se requerían entonces ciertos ajustes: la salud no podía seguir viéndose como un estado, cuando se trata de un continuum o un proceso y había que pensarla como problema de la comunidad y no sólo como problema del individuo. Como resultado, aparece una teoría de la salud y la enfermedad en los países norteamericanos (Canadá y E.E.U.U.) que comienza a ofrecer respuestas a este problema entendiendo éstas como un proceso, de acuerdo con las concepciones de la multicausalidad, ahora indiscutibles. Se trata de los planteamientos hechos por Mark Lalonde, Ministro de Salud de Canadá, durante la reestructuración del Sistema de Salud de ese país, sustentados en la obra *Planning for Health* de H. Blurn, de la Universidad de Berkeley, acerca del llamado "campo de la

salud", y que el Dr. David Bersh, hoy Director de los Programas de Atención Primaria en Salud de la Federación Nacional de Cafeteros, explica así:

"... H. Blum ha desarrollado una teoría que explica la salud como la resultante de un gran número de fuerzas, las cuales él agrupa en cuatro 'inputs' que en realidad son categorías de factores... (éstos) son: Ambiente, comportamiento, herencia y servicios de salud".

Los factores previamente definidos por las teorías de la multicausalidad se ven ahora reorganizados en cuatro categorías sobre las cuales pueden reconocerse problemas y magnitudes de incidencia, así como soluciones directas e indirectas.

Todo esto hace pensar a los epidemiólogos que "la epidemiología es una disciplina integradora, ecléctica, que para estudiar la enfermedad en poblaciones, aprovecha conceptos y métodos de otras disciplinas, tales como la estadística, la sociología y la biología".

Toda esta conceptualización es importante porque con sus aportes pone en crisis el modelo clínico biológico de la enfermedad pues el análisis epidemiológico permite pensar que la enfermedad comienza antes de que ésta se manifieste clínicamente y, por tanto, las clasificaciones clínicas, anatomopatológicas y fisiopatológicas de la enfermedad, actualmente en boga, quedarían sin piso pues parten del concepto de que la enfermedad se inicia cuando comienzan los síntomas y las alteraciones estructurales y funcionales, hechos que permiten su clasificación. Si el comienzo de la enfermedad se produce antes de que parezcan las manifestaciones clínicas, las alteraciones anatómicas y funcionales son consecuencia de la enfermedad y no la enfermedad misma. Por tanto, estaríamos clasificando la enfermedad por sus manifestaciones secundarias y terminales y no por su propia especificidad. Esta discusión tiene sentido ya que la terapéutica está dirigida a enfrentar esas manifestaciones y no a la especificidad misma del proceso.

Sin embargo, a pesar de dicho avance, en este nuevo modelo se mantienen presentes viejos problemas. El primero es el de la predominancia de la perspectiva biológica de la salud y la enfermedad: David Bersh, explicando a Blum, dice: "el fenómeno salud ocurre en un sujeto biológico, el cual responde a influjos de los factores determinantes de su salud sobre la base de sus características genéticas ...el sujeto biológico con su potencial genético parece ser entonces el punto de partida para el fenómeno salud"

En segundo lugar, aunque se intenta la diferenciación entre la salud y la enfermedad como realidades de características diferentes, persiste el viejo obstáculo cuantitativo que conduce a la confusión entre normalidad y salud, heredado de la fisiopatología y desarrollado por la epidemiología: dice Bersh, siguiendo a Blum, "el fenómeno salud debe entenderse como el proceso continuo de variaciones ininterrumpidas, que acompañan el fenómeno vital del hombre, las cuales son producidas o influidas por factores hereditarios, de comportamiento y ambientales, así como por factores o acciones provenientes de los servicios de salud. Dichas variaciones se presentan cada vez en la forma de curva normal de distribución. los- efectos que tales variaciones producen en el fenómeno vital se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tiene en el cumplimiento de su fin".

En tercer lugar, en este modelo se incluye lo social como parte del ambiente, pues se considera como ambiente todo lo que esté de la piel para afuera, confundiendo la especificidad de lo social con los otros elementos del ambiente. En vez de entender lo ambiental como resultado de lo social, se concibe lo social como parte del ambiente global que circunda a una persona. Metodológicamente, esta perspectiva implica una deformación naturalista de la interpretación del proceso social y humano, heredado del estructural funcionalismo de la sociología Talcott Parsons y de la antropología de Redcliffe-Brown y Milinowsky, que convierte a la sociedad y a la cultura y sus instituciones en simple medio ambiente y por tanto en realidades susceptibles de ser estudiadas por métodos ecológico-naturalistas y no por métodos económicos, históricos y socio-antropológicos, supeditando, además, este estudio a la interpretación de los fenómenos sociales y culturales desde la perspectiva metodológica de la teoría general de sistemas. Por tanto, al reducir al elemento hombre (o huésped) a la simple dimensión de ser natural biológico o animal, los aspectos Psíquicos y sociales -su condición de ser productor-, que son elementos constitutivos de su humanidad ya que el animal humano es hombre por ser social, son desarticulados o desintegrados de su humanidad y son convertidos en simples factores ambientales. Esto significa que los miembros de una comunidad no tienen entre, si sino diferencias biológicas y la comunidad aparece como mera.. suma de individuos biológicos. Como conclusión, es fácil deducir que si los "factores ambientales" y los del agente sólo establecen conexiones externas con el huésped o factor humano, se puede actuar fácilmente sobre ellos con medidas de tipo ecológico sin necesidad de intervenir en la organización social. Así entendido el problema, ni la historia de la comunidad, ni sus formas de organización social, estarían comprometidos en la definición del perfil patológico de una comunidad específica y todo ajuste podrá hacerse centrado en los desequilibrios del ecosistema para devolverle la funcionalidad, de la cual depende la salud, como equilibrio entre el agente, el huésped y el medio ambiente. Se analiza así el ecosistema como realidad en equilibrio, pero sin proceso, es decir, sin historia.

Por estas razones, las cuatro categóricas en las cuales se agrupan los factores relacionados con el proceso salud enfermedad aparecen como realidades diferentes y separadas entre sí y el único tipo de relaciones que se establece entre ellos consiste en la descripción del conjunto de combinaciones de interacción entre los factores, medibles matemática y estadísticamente, pero no en el análisis de su pertenencia a una estructura que explique por qué existen y por qué se pueden combinar. Debido a que el análisis parte de la conceptualización del hombre como ser biológico y no como ser social, en el cual lo biológico está condicionado socialmente, lo social es considerado como factor y no como el receptáculo en el cual se produce la vida humana y todo lo que la afecte, Esto hace que el modelo práctico que se deduce de este planteamiento teórico se centre en el trabajo sobre la categoría del comportamiento, los llamados "estilos de vida", considerado como problema individual y desligado de la cultura y la realidad social, y se piense que la genética, los servicios de salud y el ambiente no son susceptibles de modificación en la misma intensidad en que lo es el comportamiento. En dos palabras,

lo que está faltando es precisamente una teoría de lo social que permita comprender cómo es que todo este conjunto de factores se relacionan entre sí en la medida en que son el resultado de la vida social.

3. EL FUTURO. EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD COMO PROCESO HISTÓRICO-SOCIAL.

Como respuesta a esta ausencia de una teoría específica de lo social, o mejor a la utilización inconsciente de una teoría naturalista, ecologista y funcionalista de la sociedad que no reconoce la especificidad de lo social frente a la especificidad de lo ambiental natural debido a una inconsciencia del paradigma gnoseológico que las determina y que permite su utilización política para mantener ciertas formas de organización social, han comenzado a perfilarse algunos intentos de crítica. Expondremos primero, en esta tercera parte, dichos modelos críticos para luego intentar una propuesta de trabajo futuro más integradora.

3.1. Perspectivas Críticas actuales

Durante los años transcurridos de la década de los 80 se ha venido dando un proceso de crítica a estas concepciones de salud-enfermedad desarrolladas en los últimos 30 años, tanto en espacios académicos como oficiales, tendientes a buscar una propuesta más auténtica y propia acerca del proceso salud- enfermedad. Tal actitud crítica tiene sus raíces en dos corrientes de pensamiento alternativas a nivel latinoamericano.

Más allá de Lalonde y Blum: una visión más amplia y crítica de lo social desde la teoría factorial.

Una de ellas, encabezada por Carol Buck, intenta desarrollar, a partir del modelo de Lalonde y Blum, una teoría del ambiente más centrada en los componentes sociales que, según ella, están descuidados en este modelo. Parte del planteamiento de que de los cuatro elementos del concepto de "Campo de la Salud" de Lalonde, éste (el ambiente) es el más importante. Si el medio ambiente es inadecuado, también serán inadecuados los elementos relativos a la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención de salud".

Sin embargo, en este planteamiento el concepto de factor sigue predominando: "En nuestra sociedad es posible reconocer una serie de factores que constituyen graves obstáculos para la salud". Entre ellos destaca:

- a. Los ambientes peligrosos relacionados con la violencia y la contaminación,
- b. La falta de solución de las necesidades básicas y de comodidades, incluyendo la alimentación inadecuada, la mala calidad del transporte, la ausencia de recreación, la forma como la urbanización industrializada nos ha privado de la posibilidad de disfrutar la belleza y la ausencia de estímulos,
- c. Los trabajos estresantes, ingratos y despersonalizadores,
- d. El aislamiento y la alienación de la marginalidad,
- e. La pobreza.

De todas formas, aunque se enuncian importantes elementos sociales, estos siguen siendo parte del ambiente y no se elabora una teoría de lo social para comprender la especificidad de dichos elementos sociales y sus diferencias con los ambientales. Así mismo, persiste el enfoque de "lo social" como elemento del ambiente y no como receptáculo en donde se desarrolla toda la vida humana, incluyendo el ambiente que el hombre ha organizado socialmente en su entorno, el cual ya prácticamente ha dejado de ser naturaleza para convertirse en creación humana.

La Medicina Social: desde la Sociología y el Materialismo Histórico hacia una teoría de lo social en el proceso salud-enfermedad

La segunda corriente se encuentra reunida en torno a un movimiento denominado medicina Social, comandado por el Dr. Juan César García, desde la OPS y a partir de la década de los 60. Aunque su repercusión ha sido realmente mínima a nivel de las instancias directivas oficiales, su trabajo ha sido intenso y fructífero en el campo conceptual.

Este movimiento es heredero de los desarrollos de la Sociología Médica alemana iniciada a comienzos de siglo como consecuencia de los planteamientos de Virchow y su grupo. Uno de los más destacados fundadores de la disciplina, A. Grotjahn, planteaba desde su *Soziale Pathologie* el siguiente programa: "Después de que la patología concebida desde puntos de vista anatómicos, clínicos, histológicos, bacteriológicos, y aún otros, ha conocido una elaboración minuciosa y acabada, nosotros los médicos debemos por fin someter sistemáticamente las enfermedades de los hombres, y ya no, como hasta ahora, de modo aislado y ocasional, una consideración desde puntos de vista sociales". Seis criterios rigen su propuesta de investigación: a) la importancia social de una enfermedad está determinada por la frecuencia; b) El médico debe establecer cuales son las formas "sociopatológicamente típicas" de cada especie morbosa; c) Debe ser investigado el componente social de la etiología; d) Hay que estudiar la repercusión social de las enfermedades sobre la vida del hombre; e) Debe determinarse qué papel puede jugar o no el tratamiento médico en una enfermedad sociopatológicamente importante; y f) Cómo se pueden evitar los estados morbosos mediante medidas de orden social. Esta perspectiva abre posibilidades nuevas para superar el paradigma biologista y unida a la que plantea la epidemiología actual, que adelante discutiremos, permitirán la construcción de nuevos modelos futuros.

En el siglo XX la Sociología Médica toma dos caminos fundamentales. Por una parte la vertiente funcionalista representada especialmente por los seguidores de la concepción desarrollada por Talcott Parsons en EEUU y, por otra, una vertiente más radical desarrollada por Henry Sigerist, siguiendo los derroteros de la Medicina Social inaugurada por Virchow en el siglo XIX.

La versión funcionalista parsoniana se caracteriza por una visión estática de los problema de salud y una descripción formalista de la relación entre dichos problemas y otras esferas de los procesos productivos en general: "Una breve meditación nos hará ver inmediatamente que el problema de la

salud se encuentra íntimamente implicado en los prerrequisitos funcionales del sistema social. la salud, casi por definición, está dentro de las necesidades funcionales del miembro individual de la sociedad, hasta el extremo de que, desde el punto de vista del funcionamiento del sistema social, un nivel general demasiado bajo de salud (o demasiado alto de enfermedad) es disfuncional...la enfermedad es un estado de perturbación en el funcionamiento "normal" del individuo humano total, comprendiendo el estado del organismo como sistema biológico y el estado de sus ajustamientos personal y social. La enfermedad se define, pues, en parte biológicamente y en parte socialmente. La participación en el sistema social es siempre en potencia relevante para el estado de la enfermedad, para su etiología y para las condiciones de una buena terapia, así como para otras cosas"

En estas condiciones, la salud aparece como un valor, como una función y como un servicio con vida autónoma dentro de cualquier sociedad, impidiendo entender las relaciones dinámicas entre la salud y otras esferas del proceso social.

Por otra parte, la corriente radical de la Sociología Médica, que desde Henry Sigeristl ha jugado un papel importante en Europa y Estados Unidos, apoyándose en las ideas de Virchow, plantea desde una perspectiva más historizante que "para el individuo la enfermedad no sólo es un proceso biológico, sino también una experiencia que puede afectar profundamente su vida entera. Puesto que el hombre crea la civilización, la enfermedad influye en su creación al afectar su vida y sus actos. la enfermedad además ataca algunas veces a grupos enteros ... la vida cultural de tales grupos no puede menos que reflejar la influencia de la enfermedad". Por otra parte, no sólo hay una disposición hereditaria a las enfermedades, sino también otra adquirida que se debe, en gran parte, al modo de ver los factores culturales entran ahora en escena. La religión, la filosofía, la educación, las condiciones sociales y económicas (todo aquello que determina la actitud de un hombre hacia la vida) ejercerán también gran influencia en la disposición individual a la enfermedad".

Hasta aquí parece no haber diferencia con todos los planteamientos anteriores, pero lo más importante será la conclusión pues permite entender el problema de otra manera: el ambiente y el estilo de vida como resultado de lo social: "el medio social y físico, causa de casi todas las enfermedades, es modificado a su vez, por la civilización, que tan profundamente ha alterado la vida del hombre".

Esta visión del problema, desarrollada e impulsada desde la década del 60 por algunas corrientes dentro de la Organización Panamericana de la Salud, agrupadas bajo el nombre de Medicina Social, bajo el comando de Juan Cesar García, ha permitido a algunos autores latinoamericanos actuales retomar la discusión y elaborar algunos elementos de extremada importancia para la construcción de una teoría de lo social en el campo de la salud. Las dos categorías fundamentales que van a servir de punto de partida sociológico para este intento de construcción serán las de "proceso de trabajo" y "Clase Social".

Dentro de esta línea, Asa Cristina Laurell, una importante representante de esta corriente, quien trabaja en México, plantea que "la enfermedad tiene carácter histórico y social ...la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos ...no es en el estudio de los enfermos que vamos a aprehender mejor el carácter social de la enfermedad, sino en los perfiles patológicos ⁽⁸⁾ que presentan los grupos sociales." A este respecto las investigaciones en el campo de la demografía histórica han demostrado esta concepción ampliamente. La conclusión lógica que se deduce de este planteamiento es que "el proceso salud-enfermedad colectiva determina las características básicas sobre las cuales gravita la variación biológica individual. Esto visto desde el paciente significa que su historia social asume importancia por condicionar su biología y porque determina cierta probabilidad de que enferme de un modo particular".

Ya no se trata entonces de partir del estudio del individuo sano o enfermo sino que "hay necesidad de ir más allá del objeto directo de la medicina clínica y de la epidemiología y construir un objeto que nos permita el estudio empírico del problema" tal como ha sido planteado. Este "objeto de estudio no se ubica a nivel del individuo sino del grupo." Sin embargo, es necesario hablar de grupo en un sentido que nos permita "aprehender la dimensión propiamente social de este conjunto de individuos, que así dejan de ser entes biológicos yuxtapuestos". Esta perspectiva del problema del proceso salud-enfermedad nos permitiría volver sobre los individuos concretos con otra mirada comprensiva de su realidad individual: lo social ya no sería factor que se constituye como factor de riesgo de determinada enfermedad en un individuo de carácter fundamentalmente biológico, al igual que actuaría cualquier otro factor biológico. Lo social sería el receptáculo en el cual está inmerso el hombre que es precisamente humano porque es social.

Esta manera de mirar el problema implica nuevamente la necesidad de elaborar una teoría de lo social que nos proporcione los elementos teóricos para la definición de los grupos sociales. "Esto resulta de suma importancia -recalca Laurell- ya que los médicos y los epidemiólogos, generalmente estudian los grupos tal como se revelan espontáneamente a los ojos del investigador ... grupos circunstanciales o seleccionados arbitrariamente". La respuesta que Laurell da a este problema está centrada en la perspectiva de que es el proceso de trabajo, es decir, las formas de trabajo adoptadas por un grupo las que permiten definir las características de un grupo social y, por tanto, determinan el proceso de salud-enfermedad de dicho grupo: "En términos muy generales el proceso salud enfermedad está determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado; apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales de producción". Esto significa que el proceso salud enfermedad de un grupo, de la colectividad, estaría determinado por "el modo específico como en el grupo se da el proceso biológico de desgaste y reproducción".

⁸ El perfil patológico se construye tomando en cuenta el tipo de patología y su frecuencia que determinado grupo exhibe en un momento dado.

Esta interpretación traza una línea de pesquisa no planteada de esta manera antes en el campo de la salud: "cada formación social crea determinado patrón de desgaste y reproducción y sugiere un modo concreto de desarrollar la investigación al respecto" teniendo en cuenta que dicho patrón de desgaste y reproducción no se expresa en entidades patológicas específicas sino en lo que se ha llamado el perfil patológico, que es una gama amplia de posibilidades para que ocurran padecimientos específicos más o menos bien definidos. Los diversos trabajos de esta autora han comenzado a estructurar posibles alternativas metodológico-instrumentales para desarrollar el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción.

Por su parte, y en la misma línea de pensamiento, Jaime Breilh y Edmundo Granda, desde el Ecuador, proponen que 'la categoría más abstracta, aquella que concentra en embrión todas las contradicciones del proceso epidemiológico es la de producción. Pero, la producción es inmediatamente consumo y el consumo es inmediatamente producción. Por tanto, la categoría "reproducción social" es la que permite analizar el proceso productivo en su movimiento, el cual conduce a la organización social en clases, de acuerdo a la capacidad de apropiación de los resultados de la producción que tienen los individuos según las relaciones de propiedad que establezcan con los medios de producción.' Esto implicaría que el perfil patológico, tal como lo piensa Laurell, estaría atravesado por la categoría de "clase social" pues no solamente estaría determinado por las formas de trabajo del grupo sino también, y por la misma razón, por el lugar que el individuo ocupa en el proceso producción-reproducción y la capacidad que tiene de apropiarse de los resultados para reponer la energía perdida en el proceso de trabajo y disminuir el proceso de desgaste biológico. Es decir, que el perfil patológico sería más bien un "perfil epidemiológico de clase". En este sentido estos autores han desarrollado también una importante línea de investigación.

Estas perspectivas son muy interesantes y las utilizaremos más adelante para elaborar nuestra propuesta de análisis de lo social, pero son parciales ya que, por una parte, privilegian la interpretación economicista, es decir, parten sólo del análisis de categorías económicas, el proceso de trabajo y el proceso de la reproducción social, para entender el proceso histórico social de conformación de los grupos humanos y, por otra y como consecuencia, persisten en el biologismo, es decir, siguen entendiendo el problema de la enfermedad como modificación de la biología del individuo. Esta posición es clara en Alberto Vasco, uno de los representantes nacionales de esta corriente: Pareciera que ya es hora de abandonar...esa idea de la enfermedad como una pérdida, como un castigo producto de ocultos designios del azar o de la mala suerte, por un concepto que lo ubique como materialización biológica de unas condiciones de vida y de trabajo en una sociedad dada y en un momento dado.

Se requiere un abordaje más amplio del problema de la realidad histórica, social y cultural humana para poder elaborar un modelo integral del proceso salud-enfermedad que permita la superación de los obstáculos epistemológicos establecidos hasta ahora, teniendo como punto de partida para dicha superación los diferentes aportes que las "fisuras" analizadas anteriormente nos ofrecen.

La nueva Teoría del sujeto: Desde el Psicoanálisis, pasando por la Sociología y la lingüística, hacia una teoría social de la psique.

Bajo la perspectiva del análisis económico del proceso de producción-reproducción, pero retornando la lectura de Freud hecha por Jacques Lacan desde la lingüística y el materialismo histórico, Néstor A. Braunstein y su grupo, en Argentina, han elaborado la teoría del "Doble Proceso de Sujeción" para explicar las relaciones entre los fenómenos psíquicos y lo social -el sujeto se construye socialmente como sujeto productivo, pero al mismo tiempo es sujetado por la sociedad para asegurar la reproducción social. Los procesos sociales e históricos que tienen lugar "en determinada formación social, dominada por un cierto modo de producción y con un cierto desarrollo de las fuerzas de producción emiten un requerimiento de sujetos que deben integrarse a dicha estructura social para llevar a cabo esos procesos", es decir, "sujetos aptos...con el adecuado sistema de representaciones (conciencia) y de comportamientos (conducta)". Por tanto, "todo modo de producción exige la producción de producir los sujetos capaces de producir en ese modo de producción". De aquí se deduce la "tesis fundamental: el sujeto no llega a ser por unas experiencias singulares ni por su desarrollo autónomo, ni por la maduración neurológica, ni por el despliegue de una libertad esencial, sino que está constituido como tal a partir de requerimientos emitidos por la estructura social y ejecutados por las instituciones, por los aparatos ideológicos de estado, siendo fundamentales ... la familia, la educación, la religión y los medios de difusión de masas". Este sujeto (sujeto ideológico) "se expresa a través de una cantidad prácticamente infinita de proposiciones, puestas gramaticalmente en primera persona, tanto del singular como del plural, que expresan la relación imaginaria que él mantiene con sus condiciones reales de existencia."

Esta posición le permite una doble crítica, por una parte y desarrollando una nueva lectura del enfoque freudiano, a las formas tradicionales de la filosofía de la conciencia y, por otra, a la lingüística, ya que ambas "suponen que el sujeto es fuente y origen del discurso, que el yo es autónomo y que puede expresarse recurriendo a la infinita variabilidad morfológica, fonológica, sintáctica y semántica que el sistema de la lengua pone a su disposición", pero, al no cuestionarse la categoría de sujeto y el proceso de constitución del sujeto, se oculta "el

hecho de que el sujeto hablante está limitado en su decir por lo no dicho y por lo no decible de su inserción en la sociedad humana en general y en esa formación social en particular ...límites que se extienden, dicho de modo esquemático, por fuera, ocupando el territorio de lo que la ideología encubre y de lo que la ciencia aún no ha producido, y por dentro, llenando todo el campo de lo inconsciente sometido por el Yo (en sentido psicoanalítico) a la represión".

Esta perspectiva es también interesante porque desarrolla la idea de que también el nivel psíquico y no sólo el biológico está relacionado con el proceso social e histórico. De tal forma, dicha posición permite la crítica a la idea del positivismo, que en el campo de la sociología y la antropología se presenta como funcionalismo y en el de la psicología como conductismo, de que la conducta es el

resultado de la interacción organismo-medio ambiente, la cual se expresaría continuamente en el par estímulo-respuesta, pues queda claro que "cuando del hombre se trata, dicho organismo es un ser histórico producido no por un "medio" natural sino por cierta organización social humana. Tal organización social es estructurante de los sujetos humanos y de sus comportamientos. Por tanto, la evidencia del par organismo- medio es el ocultamiento del proceso a través del cual se realizan los procesos sociales.

A pesar de que el problema que sigue presente es la sobrevaloración de lo económica, el economicismo, en la explicación causa; de los fenómenos humanos, más adelante retomaremos de otra manera esta perspectiva general pues conduce a una posibilidad de reinterpretar el uso del Psicoanálisis como disciplina, no como terapéutica, para la comprensión global de los procesos de salud enfermedad en el individuo concreto, como expresión de los perfiles sociales de salud-enfermedad: "no tiene el análisis otro objetivo que el de restituir la continuidad en ese tejido desgarrado que es la representación que el sujeto tiene de su propia historia, anudamiento de mitos, fábulas, leyendas, fantasías y recuerdos encubridores." La meta del análisis es la restitución de la historia: Apertura, pues, de la dimensión del sentido en el aparente sin sentido del sueño, de la equivocación y del síntoma por donde se fraguó el sendero del psicoanálisis al hacer aparecer al sujeto como efecto de la secuencia discursiva".

3.2. Propuesta de investigación para el futuro: hacia una Epidemiología no positivista, integradora desde lo histórico- social

En las condiciones actuales del conocimiento no es posible aún hoy presentar una nueva versión integral acabada de la epidemiología como epidemiología social y mucho menos utilizar una nueva capacidad instrumental para el estudio del proceso salud-enfermedad en las comunidades; tampoco podemos dar presencia a una actividad clínica nueva sustentada sobre una semiología que permita identificar en el individuo concreto los signos de la materialización de la vida social y cultural de su grupo en su propia historia biográfica y por lo tanto en sus propios "estereotipos de adaptación" o "modos de andar por la vida" según También," algunos de los cuales nosotros llamamos arbitrariamente "enfermedades; pero si tenemos en la mano una serie de herramientas teóricas y metodológicas, las cuales hemos venido exponiendo a lo largo de este trabajo, que nos permiten al menos plantearnos un modelo de las líneas de investigación que tenemos que desarrollar hacia el futuro, investigación sin la cual no podremos construir una epidemiología social y una semiología y una clínica de nuevo tipo que permita entender la enfermedad individual como expresión de un perfil social-histórico y cultural del proceso salud-enfermedad y como tal lograr, más allá, un manejo integral de éstas.

El estado actual del problema

Resumiendo, hasta el presente la medicina ha obtenido logros conceptuales importantes que conforman el acervo instrumental con que los médicos podemos afrontar la comprensión del proceso

salud-enfermedad y que permiten la implementación de posibilidades tecnológicas reales para el manejo de las enfermedades orgánicas.

Pero constatamos también que, a pesar de los nuevos elementos aportados por las diferentes corrientes que se constituyen como puntos de fisura para el paradigma moderno, estos elementos no logran penetrar definitivamente en la práctica de los profesionales de la salud, manteniéndose la persistencia de un conjunto de obstáculos epistemológicos que determinan sesgos filosóficos 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 enfermedad.

Desde el paradigma antiguo hasta el paradigma moderno, inclusive, la salud ha sido concebida en función del fenómeno opuesto: la enfermedad. Esto aparece como obvio ya que es la presencia del malestar que producen algunas modificaciones del proceso vital la que permite hacer conciencia, desde el sentido común, del valor que tiene la vida sin sensaciones desagradables. Por tanto, esos procesos que el hombre ha llamado enfermedad permiten pensar en la realidad de la salud como recuperación de la sensación de bienestar que existía antes de que apareciera la molestia. Precisamente, porque la enfermedad se ha identificado con un conjunto de sensaciones y percepciones (síntomas), la conceptualización de ésta se ha construido desde el sentido común, basándose en la observación de los fenómenos y sus manifestaciones. Tal como hemos visto, sólo a partir de la segunda mitad del siglo XIX se inicia un proceso de estudio y de análisis de los procesos, de las relaciones y leyes subyacentes que los determinan. Sin embargo, dicho estudio se ha preocupado casi únicamente por los procesos biológicos de la enfermedad y escasamente por los aspectos psíquicos, sociales y culturales de ésta. Tal concepción ha conducido, especialmente en el último siglo, a la consideración de la salud y de la enfermedad como "estados" fácilmente delimitables, momentáneos y contrapuestos.

La inadecuación de esta perspectiva de la salud y de la enfermedad con relación a los desarrollos de las ciencias actuales, tanto biológicas (Genética, Inmunología, Fisiología, Bioquímica, Biología Molecular, etc.) como humanas y sociales (Psicología, Psicoanálisis, Psicología Genética, Economía Política, Demografía, Epidemiología, Etnología, Antropología, Sociología, Lingüística, Psicología Social, etc.) nos conduce a la búsqueda de nuevas conceptualizaciones que permitan una mayor comprensión de la dinámica de este proceso.

Los nuevos conocimientos sobre la estructura biológica y genética de los seres vivos y de su comportamiento adaptativo fisiológico e inmunológico con relación a las agresiones del medio ambiente ha llevado a pensar que, en el proceso de la vida, permanentemente se están presentando variaciones de los procesos biológicos para la adaptación al medio y que dichas variaciones no implican siempre la sensación de malestar. Por otra parte, mecanismos complejos que pueden conducir a la aparición de síntomas pueden estar presentes mucho tiempo antes de que estos aparezcan y solo en ciertas condiciones específicas se manifiestan clínicamente. Por tanto, ni siquiera desde el punto de vista biológico, los límites entre los dos 'estados' serían siempre tan precisos.

Por otra parte, la biología, la inmunología, la etología y la psicología genética, han comenzado a aportar elementos para definir el comportamiento humano y sus variaciones, llámense o no enfermedad, como procesos de adaptación a las propuestas del medio.

Paralelamente, los estudios económicos, demográficos, históricos y sociológicos han confirmado el hecho de que el comportamiento de los procesos humanos de adaptación, llamados enfermedades por nosotros, ha cambiado a través de la historia, habiéndose modificado y aún desaparecido algunas de las formas típicas de enfermar, apareciendo también otras nuevas, debido a las transformaciones en la organización social y en el comportamiento productivo y demográfico de las comunidades. Es decir, que el contexto social interactúa con lo genético y lo biológico en el proceso de organización de las formas mismas de presentación y modificación de los procesos vitales del individuo.

Así mismo, como ya hemos visto, los estudios antropológicos han mostrado que la respuesta de los individuos ante un mismo proceso de cambio no es siempre la misma y que existen elementos culturales que influyen en la percepción de los síntomas y en el comportamiento frente a ellos. Es decir, que las representaciones que cada individuo se hace de dichos procesos de adaptación (biológica y psíquica) y de sus manifestaciones, varía en relación al entorno cultural en que el individuo está inmerso. Es decir, que el contexto socio-cultural no sólo determina las formas de existencia y adaptación del hombre sino también las formas de representación que el hombre se hace de dichos procesos. Por lo tanto, es preciso considerar que, aunque en el individuo y en la comunidad los fenómenos debidos a los procesos de adaptación sean reales y produzcan manifestaciones, la enfermedad en sí es una realidad conceptual que no existe sino 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 estas como procesos, resultado de la interacción de múltiples determinaciones, todas ellas articuladas en última instancia al proceso social. Toda esta discusión interesa, no por un sentido de erudición, sino porque esta perspectiva, al apoyarse en los resultados de las diferentes ciencias, pretende tender hacia la búsqueda de una comprensión de los fenómenos de la salud y de la enfermedad que supere las conceptualizaciones surgidas de la percepción y del sentido común, tan antiguas como la sensación de malestar, para implementar nuevas formas de investigación y de acción con relación al proceso-salud enfermedad.

Esto significa que se requiere profundizar aún muchísimo, por una parte, en el problema biológico de los procesos de la enfermedad (campo de las hoy llamadas ciencias básicas) y sus manifestaciones clínicas (campo de las hoy llamadas ciencias clínicas) pero, por otra, se requiere también impulsar un gran proceso de investigación en el campo de las ciencias humanas y de las ciencias sociales con respecto al problema salud-enfermedad para comprender cómo es que en este proceso aún lo biológico está condicionado socialmente.

La posibilidad de una teoría de lo social.

En primer lugar, es necesario optar por una teoría de lo social que nos permita superar las dificultades del funcionalismo y del economicismo, para poder construir una propuesta modelo para dicha investigación futura. En este sentido, se requiere partir del análisis más general y, al mismo tiempo, más concreto: la única sociedad que, a través de la historia, ha sido capaz de sobrevivir al agotamiento natural del alimento en su hábitat primitivo ha sido la humana. La teoría darwiniana demostró desde el siglo pasado que todo el proceso de transformación de las especies animales sobre la tierra ha sido consecuencia del proceso adaptativo constante, gobernado por la selección natural que favorece siempre al más fuerte desde el punto de vista reproductivo. Pero en el caso del hombre, a pesar de encontrarse casi siempre en ambientes adversos para su supervivencia y su reproducción, ha logrado sobrevivir, reproducirse y poblar toda la tierra, estableciendo dos tipos de relaciones especiales de adaptación: relaciones con la naturaleza, por un lado, y relaciones con los demás miembros de su especie, por otra.

Sin embargo, podría decirse que todos los animales establecen de alguna forma este tipo de relaciones y estaríamos en lo-cierto. Pero lo que diferencia al hombre en este proceso adaptativo es que esta pareja de relaciones no es simplemente consumidora y distribuidora en beneficio de la reproducción adaptativa de la especie, sino que es transformadora y, por tanto histórica: adaptación que transforma el mundo, conscientemente, en beneficio de la reproducción, reproducción que se prolonga en la historia.

Esta acción transformadora, esta doble relación con la naturaleza y con los demás hombres, está apoyada en tres elementos que caracterizan al hombre, como ser humano, como ser social, y lo diferencian marcadamente de los demás animales: el trabajo (que permite la transformación del mundo en su beneficio y la supervivencia), las relaciones sociales (que definen las formas de interacción) y el lenguaje articulado (que permite formas superiores de comunicación y de acción comunicativo).⁹ Por las características de este trabajo no desarrollaremos la discusión de si estos tres elementos actúan simultáneamente o si alguno de ellos determina a los demás. (9) Algunos autores como Ernest Casirer y Habermas le dan primacía a las formas simbólicas y del lenguaje, otros como Georg Lukacs desarrollan su teoría sobre la primacía del trabajo y otros como Theodor Litt le dan la preponderancia al problema de las relaciones y la lucha por el reconocimiento.

Por nuestra parte sólo plantearemos por ahora que lo que nos interesa es el hecho de que la interacción simultánea de los 3 elementos permite históricamente, por una parte, la constitución y la reproducción de la vida en sociedad y la construcción de la cultura en general, es decir, la formación de la especie homo sapiens; dentro de ese marco, la constitución y reproducción de múltiples formas sociales y culturales específicas históricamente dadas es posible por otra parte, es decir, la formación

⁹ Esto no significa que no consideremos importante la discusión y esperamos, si tenemos tiempo algún día para desarrollar la propuesta de investigación que aquí formulamos, profundizar en este punto y en las diferentes tendencias en torno a él, porque de esta discusión depende en buena parte la posición que se tome con respecto al problema de la causalidad del proceso salud-enfermedad como realidad social.

de comunidades; pero también, en tercer lugar y simultáneamente, la formación del individuo en su doble proceso de sujeción.

La salud y la enfermedad como realidades sociales, como procesos sociales.

Entendiendo que la humanidad del hombre no es una esencia metafísica sino la consecuencia de este triple proceso constitutivo, se hace necesario decir que cualquier evento que le ocurra durante el curso de su devenir en este mundo, está mediado por estas tres circunstancias: ser un ser que reproduce sus condiciones de vida en una maraña de relaciones sociales mediadas por la comunicación lingüística y las representaciones que de esa reproducción y de esas relaciones construye con el mismo lenguaje, las cuales no siempre pasan por el plano de la conciencia.

Obviamente, la enfermedad, como evento en la vida de un ser humano, no puede darse por fuera de esta realidad. Esto significa que la salud y la enfermedad son elementos constitutivos de un proceso que ocurre siempre en sociedad y en cultura y son, por tanto, históricos. Simultáneamente, este proceso se siente, se interpreta y se vive siempre en sociedad y en cultura. Y cuando digo que se interpreta, me refiero tanto a la interpretación que hace quien se siente sano o enfermo como a la que hace el sanador, el médico o el profesional de la salud que pretende explicarla y modificarla.

Pero, aunque hoy el carácter histórico-social de la enfermedad es un hecho que ya casi nadie pone en duda, la forma como se interpreta el papel de la sociedad en la causalidad de enfermedad si es problemática. La mayoría de los estudios epidemiológicos, como ya hemos visto, entienden lo social como un conjunto de factores de riesgo que participan, entre otros más, para que aparezca determinada enfermedad. Es decir, que "son estudios que parten de la suposición de que lo social actúa como cualquier factor biológico, partiendo de una conceptualización tradicional tanto de la enfermedad como de sus causas".

Desde el análisis desarrollado hasta aquí, nos vemos obligados a deducir que la sociedad y la cultura, y por tanto la historicidad, no son entonces simples factores estadísticos componentes del ambiente y que actúan como factores causales, son el receptáculo en que se da la vida humana y que, al mismo tiempo, la atraviesan permanentemente. Tenemos necesariamente que definir el proceso salud-enfermedad como un proceso social.

Por otra parte, la existencia humana es Individual, y así ha sido considerada tradicionalmente, a tal punto que se nos ha propuesto siempre que tanto el hombre como la sociedad pueden ser estudiados aisladamente: el individuo reducido a su organismo y la sociedad petrificada en sus instituciones y aparatos. Pero el individuo sólo existe dentro de la red social pues no es posible como tal sino en las relaciones con los demás, o sea dentro de un conjunto de normas y procesos de intercambio. Pero estos procesos de intercambio y estas normas están condicionadas fundamentalmente por la supervivencia y, por tanto, por las formas de reproducción material del grupo al cual pertenecemos como individuos. Esto significa que la historia de nuestra individualidad es la materialización en cada

uno de nosotros, de la historia de las formas de vida, de la organización social y del saber acumulado del grupo en que vivimos, dicho en términos de la economía política, de los procesos de reproducción social. Entiéndase que de aquí en adelante cuando hablamos de reproducción social lo hacemos no en el simple sentido económico sino en el sentido de reproducción de todas las instancias ya mencionadas de la vida social. De aquí fácilmente se deduce que la historia de los procesos de adaptación, entiéndase de las formas de andar por la vida, de cada uno de nosotros, está directamente intrincada en las formas de vida social, de organización y reproducción social, del grupo del cual hacemos parte. Por tanto, el concepto de "estilos de vida" pensado desde esta nueva perspectiva tiene un carácter completamente distinto: ya no puede ser la definición del comportamiento del individuo desde una concepción conductista individualista y descontextualizada, tal como lo piensan Lalonde y Blum, sino la superación del obstáculo epistemológico que hemos llamado de la individualización de la enfermedad no socializada. El estilo de vida no es una categoría separada de factores independiente del ambiente y de la sociedad, ni la sociedad un conjunto de elementos indiferenciados en el ambiente. El estilo de vida, las formas de andar por la vida, son precisamente la materialización en la vida individual de las formas de organización y reproducción social en la medida en que son relaciones establecidas con la naturaleza y entre los hombres mismos. Si aceptamos que aquello que nosotros llamamos convencionalmente salud o enfermedad, son representaciones mentales históricas de las diversas formas determinadas de andar por la vida que valoramos positiva o negativamente por las consecuencias que tienen sobre nuestro bienestar, tenemos que decir que la salud y la enfermedad individuales son la resultante, o mejor, la expresión de aquellas formas de organización social y de representación simbólica del grupo al que pertenecemos. No existen entonces enfermedades de causa social: todas las enfermedades son sociales. La salud y la enfermedad, repetimos, son procesos sociales.

El objeto de estudio

Definitivamente, nos enfermamos en general dentro de las posibilidades enmarcadas en el perfil patológico predominante en nuestra comunidad. Por tanto nuestro objeto de estudio no puede estar simplemente ubicado en la transformación orgánica del cuerpo o de la mente del enfermo ya que la dimensión del problema es mucho más amplia y compleja. Pero tampoco puede estar únicamente en el otro extremo como propone Laurell. Al respecto esta autora dice: "nuestro objeto de estudio no se ubica a nivel del individuo sino del grupo" Yo creo que el problema está en ambos lados simultáneamente, si entendemos que tanto el cuerpo como la mente del hombre son la materialización de su propio ser social que sólo es capaz de identificarse como individuo, como "Yo" en el acto de reconocimiento de que existe "el otro",, que la sociedad se compone de una multitud de individuos diversos, y que la enfermedad aparece como forma de vida del individuo siempre en el grupo. Una propuesta así le da sentido a una nueva epidemiología y a una nueva clínica.

Sin embargo, esto es cierto siempre y cuando se acepte la propuesta de Laurell, con la cual estoy de acuerdo, de que cuando se habla de grupos humanos no se habla simplemente de conglomerados humanos en sentido cuantitativo como la ha hecho hasta ahora la epidemiología positivista. Cuando nos referimos a grupos humanos no puede hablarse de "cualquier grupo sino uno construido en función de sus características sociales, y sólo en segundo lugar las biológicas. Es así porque el grupo no adquiere relevancia por ser muchos individuos en vez de uno, sino en cuanto nos permite aprehender la dimensión propiamente social de este conjunto de individuos, que así dejan de ser entes biológicos yuxtapuestos" Esto quiere decir que lo que define a un grupo social no es el número de individuos que lo componen sino las características del conjunto de relaciones que establecen históricamente entre sí para asegurar unas formas de apropiación y transformación de la naturaleza, o sea, un grupo se define por las formas de reproducción social que lo caracterizan.

Todo lo anterior implica que se hace necesario redefinir mejor el concepto de "perfil patológico". Yo pienso que el perfil patológico, o mejor, el perfil de salud-enfermedad de un grupo social determinado entendido, en los términos atrás expuestos, es el conjunto de posibilidades para la adaptación resultante de múltiples perfiles de distinto orden históricamente constituidos que actúan simultánea y entrelazadamente sobre la vida social del grupo y de los hombres que lo constituyen.

En primer lugar, existe un perfil de desgaste físico y mental: la vida es una lenta enfermedad hacia la muerte. El hombre ideal, el más sano del mundo, aquel que nace de la mejor madre por el mejor parto, con el mejor código genético, que vive en las mejores condiciones de vida, con la mejor alimentación y que nunca se enferma, a ese hombre lo mata la vida. Finalmente se muere. Y se muere por desgaste. Si pintáramos una gráfica para representar la vida de ese hombre ésta sería una línea recta de descenso desde la cima de las óptimas condiciones de su nacimiento hasta la cima de su muerte. Como nunca se enfermó, tendríamos que decir que se murió de vida. Esto quiere decir que la vida humana es un lento proceso de desgaste que, al final, nos mata.

Este punto ha sido ampliamente desarrollado por los miembros del grupo de la Medicina Social. Este perfil de desgaste es para ellos equivalente al perfil patológico o epidemiológico. Al partir del "proceso de trabajo" como categoría central para el análisis de la producción social del nexo bio-psíquico humano se puede dar cuenta de las formas sociales específicas por medio de las cuales el hombre se apropia de la naturaleza transformándola y transformándose a sí mismo. En estas relaciones que establece con la naturaleza, es decir, en este proceso transformador de trabajo, el hombre se reproduce socialmente pero, al hacerlo, consume su energía, se fatiga física y mentalmente, hecho que exige simultáneamente la reproducción de dicha energía. Las posibilidades de reposición de la energía perdida dependen de la capacidad de apropiación de los resultados del trabajo. Esta capacidad de apropiación está en directa relación con los procesos de distribución que, obviamente dependen de las relaciones sociales que se establecen entre los hombres, es decir, del lugar que ocupa cada hombre en la organización social: está en relación directa con la clase social a la cual se pertenece.

Sin embargo, para mí, el perfil de salud-enfermedad es esto y mucho más. Todo hombre trae como bagaje previo una estructura genética que lo define como ser biológico. Sin embargo, antes de hablar del papel de lo genético en el perfil patológico, es necesario hacer dos precisiones para no caer en una concepción determinista de lo biológico como lo hacen Lalonde y Blum: en primer lugar, a pesar de que se podría decir que el componente genético es el aspecto más biológico del hombre porque es el que define más su individualidad biológica, no se nos puede olvidar que nuestra estructura genética es la consecuencia de la unión sexual de dos seres previos. Es decir, que nuestra estructura genética es eminentemente social pues es el resultado del cruce de dos individuos, el cual sólo es posible en un conjunto de relaciones sociales en un contexto histórico determinado: nuestro código genético es la materialización de un conjunto de relaciones sociales históricamente dadas. Por tanto, lo genético no es una categoría de factores independientes, es también la consecuencia del proceso de reproducción social. En segundo lugar, es claramente reconocido hoy que lo genético no determina sino un conjunto amplio de posibilidades pero que el proceso de sujeción es el resultado de la interacción de dicho conjunto de posibilidades con las condiciones sociales de vida que pueden hasta modificar el fenotipo más allá de lo propuesto por el genotipo. En este sentido, los trabajos de Jean Piaget son bastante significativos.

Todo lo anterior para poder decir que existe un perfil genético en la comunidad como resultado del establecimiento de un conjunto de relaciones sociales y que nuestra estructura genética es el resultado y la expresión de dicho perfil. Este perfil genético nos da una serie de probabilidades de resistencia o de debilidad biológica ante el proceso de desgaste que resulta del proceso de reproducción social, lo que quiere decir que está integrado como parte del perfil de salud-enfermedad predominante en un grupo social dado.

De igual manera y simultáneamente, dicho perfil genético se integra a otro perfil importante: el perfil inmunológico, el cual podemos definir como la capacidad social de un grupo determinado para enfrentarse a las relaciones con otros seres vivos de la naturaleza. Si aceptamos, por una parte, que la enfermedad es histórica y que se modifica, aparece o desaparece en el tiempo, y por otra, que el sistema inmunológico humano es un sistema que, partiendo de unas posibilidades genéticas previas, aprende a reaccionar construyendo defensas en la medida en que entramos en contacto con los entes microbiológicos a través de nuestra propia historia, tenemos que aceptar que este perfil inmunológico es la consecuencia de la historia de las relaciones que los hombres establecen entre ellos y con los otros seres y sustancias que existen en la naturaleza, y que nuestra posibilidad de defensa inmunológica individual es nuevamente la materialización del proceso de reproducción social. Así, los obstáculos del biologismo y del ecologismo quedan completamente superados y el perfil inmunológico se integra al perfil general de salud-enfermedad que hemos definido como nuestro objeto de estudio.

Pero existe otro componente más del perfil de salud-enfermedad, el perfil de angustia. Está claro desde la perspectiva psicoanalítica, tal como lo hemos expuesto antes, que el comportamiento es el resultado de la tensión permanente, a nivel inconsciente, entre el Ello, como representante de las

tendencias a la satisfacción, y el Super yo, como representante de los mecanismos juzgantes y de control y que la angustia resultante de este conflicto es la que puede conducir, cuando se exagera, a la enfermedad neurótica. Según los mecanismos que se utilicen para "reprimir" dicha angustia, la neurosis será de un tipo o de otro. Plantea el Psicoanálisis, además, que este conflicto inconsciente se va construyendo' como un proceso a través de toda la historia individual, lo que le da sentido a una aproximación diagnóstica, de una parte, de tipo hermenéutica o interpretativo, y de otra, de tipo biográfico. Sin embargo es necesario decir que, si estamos de acuerdo con lo que hemos planteado antes sobre la relación individuo-sociedad, proponemos siguiendo a Braunstein que hay que entender ese proceso biográfico de constitución del sujeto como un proceso doble de sujetación social. Pero para plantearlo tenemos que hacer un rodeo.- hemos dicho que todo grupo social requiere reproducirse; esto significa que tiene que asegurar el consumo de lo producido para asegurar la continuidad del proceso productivo por una parte, y el mantenimiento de las relaciones sociales que asegura la reproducción por otra. Es aquí en donde el sujeto entra como instrumento de dicha reproducción: por un lado, es necesario que se apropie de la propaganda para que el consumo se convierta en necesidad y, de esta manera, las tendencias a la satisfacción aseguren dicho consumo, asegurándose así la reproducción social -es este el mecanismo inconsciente por el cual se constituye el Ello-; por otro lado, es necesario que se apropie de las normas y leyes sociales dominantes para que acepte las relaciones sociales existentes y las considere como naturales y, por tanto, las introyecte como las que deben ser, asegurándose así el proceso de reproducción social -es este a su vez el mecanismo inconsciente por el cual se constituye el Super yo-; todo esto, a través del simbolismo del lenguaje. la angustia es pues el resultado de la tensión social entre consumo y relaciones sociales, la tensión resultante del proceso de distribución en la medida en que este es el conflicto entre un conjunto de individuos en relaciones sociales determinadas luchando por apropiarse de los resultados del proceso productivo, es decir, la materialización y la expresión del conflicto social en el conflicto del individuo. Este conflicto definiría el perfil social de angustia de una comunidad, del cual sería expresión el conflicto inconsciente individual. Dicho perfil social de angustia haría parte del perfil de salud-enfermedad de una comunidad determinada.

Pero no solamente el problema psíquico se relaciona con las tensiones que mueven su comportamiento afectivo. Si la salud y la enfermedad son procesos que siempre se dan en sociedad y en cultura, existe también lo que se podría llamar un patrón cultural de la salud y la enfermedad y que hemos resumido como perfil de representación social del proceso salud-enfermedad. Según Moscovici, "en cada individuo habita una sociedad: la de sus personajes imaginarios o reales, de los héroes que admira, de los, amigos y enemigos, de los hermanos y padres con quienes nutre el diálogo interior permanente. Y con los cuales incluso llega a sostener relaciones sin saberlo." Yo agregaría, basándome en los aportes mencionados antes -de la Antropología y los de la Psicología Social, que, entre otras muchas cosas más, la enfermedad y la salud hacen parte de esa sociedad que habita en el individuo, en forma de representación social. Una representación social es "una manera de interpretar y de pensar

nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos y grupos a fin de fijar su posición en relación con situaciones, acontecimientos, objetos y comunicaciones que les conciernen. Lo social interviene ahí de varias maneras: a través del contexto concreto en que se sitúan los individuos y los grupos; a través de la comunicación que se establece entre ellos; a través de los marcos de aprehensión que proporciona su bagaje cultural; a través de los códigos, valores e ideologías relacionados con las posiciones y pertenencias sociales específicas".

Por tanto, "al dar sentido, dentro de un incesante movimiento social, a acontecimientos y actos que terminan por ser hábitos habituales, este conocimiento forja las evidencias de nuestra realidad consensual, participa en la construcción social de nuestra realidad". En este sentido, cada grupo social constituye representaciones sociales propias sobre el proceso salud-enfermedad. Por ejemplo, la idea de que la salud es un estado natural de los hombres que no requiere explicación, es decir que el estado de salud es el estado normal de la existencia humana, y que la enfermedad en cambio, debe ser explicada porque es causada por situaciones que vienen a alterar dicho estado de normalidad, es una representación social bastante común que ha impregnado inclusive a la medicina actual. Las ciencias son, en general, formas de representación de la realidad, construidas desde la cultura occidental. La anatomía patológica, es precisamente una manera de representarse la enfermedad como alteración estructural o anatómica.

Son precisamente estas representaciones las que nos sirven como instrumento para la acción y las que nos permiten percibir e interpretar nuestra propia salud y enfermedad. Cada comunidad tendría entonces, de acuerdo con su propia historia, unas formas determinadas de representarse la salud y la enfermedad y, por tanto, unas formas propias de enfermar y de considerarse sano. Es, entonces, dentro del marco de este perfil social de representación de la salud y de la enfermedad que un individuo en una comunidad dada puede tener patrones para saber que está sano o enfermo, incluyendo ahí las explicaciones de la medicina occidental. Esto quiere decir que el perfil social de representación del proceso salud-enfermedad hace parte también del perfil de salud-enfermedad de un grupo social dado.

Esto significa que la verdad no está afuera como supone el empirismo, sino que el conocimiento es una construcción explicativa del mundo externo e interno, desde unas posibilidades culturales y metodológicas específicas en un momento dado y que la observación es apenas uno de los elementos que interviene en dicho proceso. El acercamiento cognoscitivo al problema del proceso salud-enfermedad no puede ser simplemente meditativo y cuantitativo y requiere de múltiples aproximaciones metodológicas y de múltiples niveles teóricos de análisis. El desarrollo de un enfoque así permitiría superar el obstáculo del mito del origen, sensorial de los conocimientos y abriría el campo para una nueva teoría del proceso salud-enfermedad.

Resumiendo, al plantear como objeto de estudio el perfil de salud-enfermedad analizando sus diferentes niveles de interacción no pretendemos desarticular la realidad en cajones estancos,

pretendemos establecer la conexión entre algunas líneas de investigación que se han venido dando en la actualidad para dejar una plataforma teórica integradora que potencie la investigación futura sobrepasando los obstáculos epistemológicos establecidos, superación que de alguna manera ha sido planteada en cada una de esas líneas de investigación actuales, hacia un nuevo concepto del proceso salud-enfermedad como proceso social.

Las consecuencias

Entender el problema de la salud y la enfermedad como un proceso social no solamente tiene consecuencias para la investigación, sino también para la práctica de las profesiones de la salud.

Desde el punto de vista de la investigación epidemiológica y clínica implica darte un nuevo papel, un papel primordial, a las ciencias sociales en salud (antropología, sociología, historia, economía política, lingüística, semiótica, psicología social, psicoanálisis, etc.), repensadas no exclusivamente desde el cuantitativismo sino integradas desde la perspectiva de la aproximación histórica al estudio de los problemas. Está claro, entonces, que no nos referimos a la utilización de las ciencias sociales hijas del neopositivismo y de la teoría de sistemas que predominaron en el campo de la salud durante los años setentas y cuyos problemas hemos criticado a lo largo de este trabajo. Hablamos desde la nueva prospectiva que implica la superación de los modelos funcionalistas, ecologistas, sistémicos y conductistas y sus explicaciones deshistorizadas y descontextualizadas, dirigiéndonos hacia modelos que retornen desde dichas ciencias sociales las metodologías y las perspectivas de la historia y de la economía política y potencien así explicaciones más integrales y dinámicas de los procesos.

En segundo lugar, cuando hablamos del estudio de procesos estamos ubicándonos en el terreno de la Historia como disciplina. Sin embargo, no nos estamos refiriendo a la práctica, muy común entre los médicos, de una historia "orquídea" de la medicina, quiero decir una historia ornamental, que sólo pretende el relato de hechos y anécdotas sueltas de la vida y milagros de los médicos y que sirve para adornar, dándole un "toque humanístico", alguna presentación en público de una personalidad destacada. Nos estamos moviendo entorno a la "Nueva Historia", aquella disciplina que se ha venido constituyendo desde el siglo XIX como ciencia de los procesos y cuyo impulso definitivo se debe a la escuela francesa de los "Anales" y la "New Economic History" Norteamericana, entre otras.

Esta nueva perspectiva de la disciplina ha roto con la- historiografía narrativa y descriptiva tradicional para desarrollar una historia crítica, interpretativa y dinámica, a partir de la reconstrucción de los conceptos de "hecho histórico", "duración", "proceso", "causalidad", "relación", "estructura", etc. En este contexto, el concepto de "proceso" ha sido repensado a partir de una interpretación discontinuista, superando así la idea de "progreso" resultante de una visión evolucionista del devenir humano. Esto permite comprender que la historia humana es un movimiento permanente y en conflicto que implica rupturas, crisis, transformaciones y reestructuraciones sociales. Esta perspectiva conlleva un manejo diferente del tiempo histórico de manera no lineal y permite la formulación del concepto de "duración"

como realidad múltiple y polifónico de superposición de muchas temporalidades simultáneas cada una con su dinámica propia pero integrada al movimiento de la "estructura" o larga duración. 189 Así, el proceso no es una secuencia de hechos históricos que el historiador debe describir, sino que cada nivel y dimensión de la temporalidad y de la duración explica cada tipo de hecho concreto, el cual no tiene sentido sino cuando es interpretado por el historiador en el contexto de una secuencia temporal determinada y en un -conjunto de relaciones establecidas por dicho historiador.

Para esta Nueva Historia está claro, además, que no es posible la reconstrucción histórica desde el nivel crítico-interpretativo si no hay un apoyo suficientemente amplio sobre la documentación, por una parte, y sobre la información cuantitativa relativa a los fenómenos sociales, económicos y demográficos, por otra. Esto ha conducido a la introducción de las metodologías cuantitativas y a la creación de la llamada "historia serial", mortificándose así significativamente los métodos de recolección de información que potencian una nueva forma del análisis histórico.

Esta concepción de la historia implica un nuevo espacio para la integración de las ciencias sociales pues la elaboración de la historia total requiere de la participación de los elementos sociales, económicos, políticos, culturales, geográficos, ideológicos, lingüísticos, etc., para la reconstrucción de los diferentes espacios que definen temporalidades distintas, rupturas específicas, reorganizaciones determinadas en el contexto global de la estructura o de la red o "rizoma", como dice Umberto Eco tomando el concepto de Deleuze y Guattari: "estructura rizomática" que es estructurable pero nunca está definitivamente estructurado". Esto permite a la Historia la reconstrucción de los procesos que explican el presente y, por tanto, convertirse en el punto de partida para poder delinear la prospectiva hacia el futuro.

Sin embargo, para hablar de prospectiva es necesario precisar algo más. Esa forma de entender la duración como temporalidad polifónico, para Libres prácticos y metodológicos Fernand Braudel la ha condensado en tres temporalidades básicas: la corta duración, aquella en que se producen los "acontecimientos" o el "tiempo de los hombres" como el mismo la ha llamado; la mediana duración, aquella que corresponde al tiempo de los grupos sociales, de los procesos seriales, de los movimientos poblacionales, etc., y que Ernest Labrousse ha llamado coyuntural en el sentido no de un momento o simple intersección sino de tendencia general que se prolonga y que puede ser medida; y la larga duración, que Braudel identifica con la "estructuras" y que corresponde al movimiento lento de las realidades geográficas y de los procesos estructurales que más tarde va a llamar "economías-mundo", entendidas no como los procesos generales de la economía mundial sino como los procesos de las economías de sólo una porción de nuestro planeta, en la medida en que cada una de ellas conforma un todo económico. Estas se definen por una triple realidad: cada una de ellas ocupa un espacio geográfico determinado, poseyendo por tanto unos límites que la explican y que varían, aunque con cierta lentitud; cada una de ellas tiene siempre un polo, un centro representado por una ciudad dominante o capital económica, en nuestro caso Nueva York, pueden existir, incluso de forma prolongada dos centros simultáneos; toda economía-mundo se divide en zonas sucesivas: el corazón,

las zonas intermedias y las zonas periféricas o marginales. Desde este punto de vista, la prospectiva tiene sentido en la medida en que seamos capaces, desde la investigación histórica, de reconstruir los procesos estructurales de larga duración en los cuales estamos inmersos, identificando su tendencia, para de esta manera proyectar la política de tal forma que permita tomar decisiones y establecer procesos de acción que permitan desde el nivel coyuntural modificar la tendencia de los procesos estructurales en beneficio de una sociedad más equitativa y democrática.

Dicha reconstrucción de los procesos generales desde la historia estructural, a partir de la interacción con las demás ciencias sociales, nos permitiría comprender el proceso social e histórico de la salud y la enfermedad en la dinámica general de la reproducción social tanto al interior de una nación como en el contexto de las relaciones internacionales, es decir en el contexto de una economía-mundo concreta. De esta manera podríamos definir prospectivamente la política de salud, no para adaptarnos al movimiento de la estructura sino para intervenir conscientemente en los procesos, y de tal forma lograr una mejor "Planificación Estratégica".

La historia serial, pensada para la medición de las tendencias particulares o coyunturales de movimiento, sería el punto de partida para la definición de la tendencia de los indicadores de salud de los grupos humanos concretos. Unida ésta al análisis de la historia local de una comunidad sería el punto de apoyo para la comprensión de los procesos de organización y de reproducción social de las comunidades específicas, y por lo tanto, punto de integración para la participación y el aporte de las demás ciencias sociales al análisis del proceso salud-enfermedad en el espacio particular. No se trata de que la epidemiología utilice "los resultados" de las ciencias sociales en sus análisis e interpretaciones de la forma como lo propone Lilienfeld: "la epidemiología es una disciplina integradora ecléctica, que, para estudiar la enfermedad en poblaciones, aprovecha conceptos y métodos de otras disciplinas, tales como la estadística, las sociología y la biología", se trata de que las asuma y las incorpore metodológicamente, es decir, que se convierta realmente en epidemiología histórico-social.

Desde el punto de vista de la práctica con pacientes, es decir en el espacio de lo singular, los resultados de una investigación así potenciarían también una nueva forma de práctica clínica. Ya no se puede seguir pensando desde la clínica a un individuo que es simplemente una máquina biológica. Sin embargo, darle posibilidades a una práctica clínica nueva implica construir, en primer lugar, una semiología nueva. La semiología de hoy, concebida desde la perspectiva biológica ecléctica, hija de las tres mentalidades del siglo XIX y de la físico-química del siglo XX, sólo permite al profesional de la salud hacerse una representación físico-química de la realidad de la salud y de la enfermedad de su paciente concreto, es decir, una representación anatomo-fisio-etiotológica. Pero si entendemos al hombre como materialización individual de los procesos sociales, se requiere una semiología que supere el signo físico-químico para pasar al signo como realidad social y cultura; y permita reconocer, en el individuo, los signos de ese proceso de materialización. Se necesita pues de una historia biográfica, en el nivel de la corta duración, del tiempo de los hombres y los acontecimientos, que supere los límites de la individualidad y permita reconstruir cada proceso social singular y concreto de sujeción para

comprender cómo es que en la historia personal se materializan los procesos sociales, es decir, de qué manera el proceso social de salud-enfermedad se materializa en un individuo concreto dentro de las posibilidades que potencia el perfil de salud-enfermedad de la comunidad a que pertenece. En última instancia, cómo cada individuo pertenece a un proceso de historia local concreto y de qué manera en ella se establece una forma determinada de andar por la vida, en el contexto general de una economía-mundo.

Este abordaje de los niveles general, particular y singular permite además la superación de las contradicciones que implica manejar estos tres niveles con una posición ecléctica entre las ciencias sociales y la teoría de sistemas, como pretende hacerlo Pedro Luis Castellanos.

Sólo así, a partir de una investigación que permita una comprensión integral de los problemas, se podrá intentar abordar integralmente la generación, la promoción y la recuperación de la salud, tanto en el plano individual como en el colectivo. Todo lo anterior implica el reto de un replanteamiento, no sólo de la investigación y de la práctica, sino también de la enseñanza de las profesiones de la salud en un sentido amplio. Dicho replanteamiento deberá permitir:

- a. Desde el punto de vista del saber, una actitud abierta desde todas las ciencias, y especialmente las ciencias sociales, para un abordaje interdisciplinario del proceso salud-enfermedad. Esto exigirá no la enseñanza por disciplinas sino a la definición de problemas prioritarios sobre los cuales se centre una acción coordinada de todas las disciplinas, tendiente a aportar conocimientos integrales que potencialicen la solución de dichos problemas.
- b. Desde el punto de vista de la acción, estamos de acuerdo con la OMS en que se necesita "una nueva raza de profesionales de la salud" un nuevo tipo de práctica profesional que permita enfrentar la solución de estos problemas prioritarios desde un abordaje interdisciplinario de la promoción y la recuperación de la salud.

[CURSOS](#)[DOCUMENTOS](#)[DOCUMENTO SIGUIENTE](#)