

ENFERMEDAD Y SOCIEDAD

Alberto Vasco Uribe*

EPIGRAFE

El títere había sido colgado: el Hada (...) mandó llamar urgentemente a los médicos más famosos de la vecindad. Y los médicos llegaron rápidos, uno después del otro: es decir, llegaron un Cuervo, una Lechuza y un Grillo - parlante.

— ¡Quisiera saber de ustedes, señores -dijo el Hada, dirigiéndose a los tres médicos reunidos alrededor del lecho de Pinocho -quisiera saber de ustedes, señores, si este desgraciado títere está vivo o está muerto! ...

El Cuervo, ante este pedido, fue el primero en adelantarse; palpó el pulso de Pinocho, luego su nariz, luego el dedo meñique de los pies. Y cuando hubo palpado bien, bien, pronunció solemnemente estas palabras:

— ¡A mi juicio el títere está bien muerto: pero si por desgracia no lo estuviera, entonces habría un indicio seguro de que está siempre vivo!

— Me disgusta —dijo la Lechuza— tener que contradecir al Cuervo, mi ilustre amigo y colega: para mí, en cambio, el títere está siempre vivo; pero si por desgracia no estuviera vivo, entonces sería un signo de que realmente está muerto.

— ¿Y usted no dice nada? —le preguntó el Hada al Grillo — parlante.

— Yo digo que el médico prudente, cuando no sabe lo que dice, lo mejor que puede hacer es quedarse callado”.

Callodi, C. Las Aventuras de Pinocho. Citado en Berlinguer.

El Concepto de Salud.

Bastante se ha escrito sobre el concepto de Salud, sus definiciones y su utilidad. Desde la definición clásica de la OMS¹, tan difundida y acatada y tan atacada y suplantada, hasta los intentos por sustituir el concepto por el de bienestar², medible en sus aspectos positivos según algunos y más recientemente, los intentos por una definición cambiante según los modos de producción³, la conceptualización de la salud como una mercancía⁴, y finalmente el complejo de salud - enfermedad como la aproximación más utilizada en los últimos trabajos al respecto⁵, nos están hablando a las claras, de la falta de sistematización en esta discusión, o quizás de algo más importante, de cómo es posible que estemos trabajando sobre un objeto que no es tal.

En este ensayo vamos a tratar de avanzar al respecto, intentando de paso, hacer algunos aportes que saquen la discusión a un terreno de mayor objetividad y lo que es más importante, de “bajarlo” del nivel teórico en que se encuentra, para colocarlo en el terreno que permita una mayor utilidad, en el sentido de que pueda aportar a las necesidades que hoy se tienen en el campo del conocimiento de la enfermedad y de la práctica social e individual de la medicina.

La definición de la OMS.

Mucho se ha utilizado esta definición y mucho se ha tratado de atacarla y de reemplazarla. Dentro de las críticas que se le han hecho, podemos remitirnos al análisis que hicimos en otro trabajo⁶, y que podemos resumir en los siguientes puntos: su carácter de gran generalidad, su carácter ahistórico, su fuerte vinculación a las tesis desarrollistas y a explicaciones de la sociedad del tipo círculo vicioso, su desconocimiento

* Jefe Depto. de Ciencias Básicas, Escuela Nacional de Salud Pública.

de las enormes diferencias existentes en la sociedad actual.

Es necesario reconocer, que si bien las críticas son válidas, no puede en aquel momento avanzar, de una crítica más o menos eficaz, a una etapa de avance teórico que llenara el vacío dejado por el concepto criticado, en la medida en que no intente siquiera cambiar la definición, o plantear una salida al problema. Tampoco destacaba en aquel momento, lo que para Berlinguer sería el núcleo lógico racional de la definición, o sea aquello que hace que, a pesar de las críticas, haya en ella una cierta validez, que puede encontrarse superficialmente, en un cierto deseo inmerso en ella, de unas mejores condiciones de vida para el hombre, deseo "común a todos" y que utilizando ideológicamente, es lo que le ha dado a dicha definición su actual y extendida utilización.

Pero no todas las fuentes de crítica parten de los elementos teóricos y conceptuales resumidos arriba, sino que provienen de la "imposibilidad de definir positiva u *operacionalmente* el concepto" y de la necesidad de tener que recurrir a los llamados "indicadores negativos de la salud" vale decir la mortalidad y la morbilidad.

Por esta razón se han hecho intentos de suplantar dicho concepto no medible y no cuantificable, por otro que si lo sea. Es así como ha surgido el concepto de *bienestar** que puede definirse positivamente en términos de la utilización de indicadores tales como, médicos por mil habitantes, ingesta de proteínas, escolaridad, uso de televisión y radio, área habitacional, clubes frecuentados, etc. Este concepto a más de que se le pueden hacer las mismas críticas que al de salud, tiene algunos problemas adicionales como son, la necesaria vinculación a una forma particular de concebir el bienestar en una sociedad dada, con sus patrones de consumo, etc., lo que de una manera casi imperceptible nos coloca como meta, a un sistema social del cual sólo se toman aquellos elementos considerados buenos y aislados de los demás componentes de esa realidad concreta.

Pero mi interés en este momento es, señalar un aspecto común a ambos conceptos y que se constituye en un elemento básico para futuros desarrollos. Se trata del carácter finalista o teleológico de ambos términos. El mismo carácter de generalidad que hemos señalado y el aspecto de buen deseo, que constituye la parte aceptable de la definición, nos coloca al concepto de

salud como una meta, tras la cual es necesario disponer todos los recursos y los intereses para alcanzarla.

Y aquí es en donde reside, a mi juicio, el problema principal. Una tal concepción de la salud, como un estado de ausencia de enfermedad, no es más que una utopía sin el más mínimo piso histórico, ni biológico. No es posible que sigamos desarrollando un marco teórico, sobre la base de un concepto que no es más que una vana ilusión. El desarrollo de esquemas teóricos de desarrollo de los problemas de la salud, basados en este concepto, conducen incluso a ideas tales como la posibilidad de una sociedad sin enfermedad, lo cual, como hemos señalado, no tiene ninguna base razonable. Esta idea de una sociedad sin enfermedades y sin enfermos, tiene además el problema de centrar las actividades de atención médica en las enfermedades existentes, relegando a un segundo plano la vigilancia sobre los elementos nuevos que emergen en una sociedad en la cual se han realizado modificaciones estructurales. Quizás esta orientación, sea la responsable del carácter conservador y retardatario del conjunto de la profesión médica, que llega a considerar a la sociedad en la cual le tocó vivir, como la sociedad perfecta, con algunos defectos y morbilidades que le son ajenas o productos del azar.

Profundizando en las razones por las cuales el concepto de salud, tiene validez y legitimidad a pesar de las críticas expuestas, encontramos que esta idea de la sociedad sin enfermedades ni enfermos, tiene profundas raíces no sólo en un pensamiento religioso, sociedad sin enfermos, paraíso, sino también en concepciones más o menos científicas sobre la causalidad, el concepto de fisiología y por supuesto el tratamiento.

El concepto de una sociedad sin enfermos, perfecta, parte de que la causa de la enfermedad es el resultado de una agresión desde afuera, externa, (agente) sobre un huésped que es normal, que es fisiológico por naturaleza, desde siempre, por haber sido creado así, a imagen y semejanza y por lo tanto la cura de la enfermedad es la eliminación del agente (con el antibiótico por ejemplo). Eliminados los agentes productores de la enfermedad, el hombre volvería así a su estado normal, de fisiología eterna, configurándose el perfecto estado de bienestar, etc.

Encontramos entonces que el concepto de salud es mucho más que un buen propósito. Es el resultado necesario de una concepción sobre la fisiología, concepción que supone la normalidad como un atributo

* Definición de Bienestar según el diccionario de Sociología: Bienestar: vida holgada, cómoda y tranquila.

natural, en contra de la evidencia histórica de que el pensamiento médico, llegó al concepto de fisiología a partir del cadáver, del enfermo y de la patología y no de un modelo de perfección. Es el resultado de una concepción de la causalidad como algo externo en contra de la enfermedad entendida como un proceso. Es el resultado del tratamiento concebido como extirpación o eliminación.

Es por lo tanto resultado de los actuales modelos epidemiológicos que pretenden explicar la enfermedad en base a la descripción de situaciones concretas como ocurre con el modelo, agente, huésped, medio ambiente, o con los niveles de la historia natural de la enfermedad de Level y Clark.

Por estas razones, considero entonces que el concepto de salud tal como se ha venido manejando, no sólo es criticable desde diversos ángulos, sino lo que es más importante, es un concepto irrelevante, que no aporta al conocimiento y comprensión de las enfermedades y de los enfermos, sino que es un resultado del actual desarrollo de la explicación de estos hechos, explicación que es cada vez más insuficiente, y que, más bien, se ha convertido en un distractor, de utilización ideológica y política al servicio de intereses inmediatistas y con claro afán por usufructuar el actual estado de cosas, en términos de la situación de vida de la población en su conjunto.

Esta afirmación puede aparecer quizás dura e irreverente, ante algo de lo que se ha hablado y escrito tanto, pero tienen al menos la ventaja de llamar la atención sobre la necesidad de llegar a un conjunto de proposición más consistentes, que ilustran un problema que es de interés general y que la historia ha demostrado que están aún por esclarecer: El problema de la vida.

Pero antes de tratar de desarrollar más esta tesis, nos hemos de referir a otros aspectos que en este tema han sido desarrollados y que de alguna manera hemos de utilizar necesariamente.

El Complejo Salud—Enfermedad.

A raíz del trabajo de una serie de autores dispersos en América Latina, se ha venido abriendo paso el concepto "Complejo Salud Enfermedad"⁷ como un concepto que permite solucionar o superar algunas de las críticas al concepto de salud. Dentro de esta perspectiva, conviene sin embargo distinguir entre dos utilidades diferentes del mismo término: la primera se refiere a la ubicación del concepto enfermedad, como

el extremo de una escala, en cuyo lado opuesto, está la salud. Se refiere entonces el complejo salud enfermedad, a una escala, cuyos valores extremos son la salud y la enfermedad, y entre cuyos valores extremos, se dan una serie de puntos intermedios, dentro de los cuales, es posible ubicar cualquier situación de cualquier persona o a cualquier enfermedad. En esta perspectiva, el complejo salud enfermedad, no es más que la vieja descripción con intentos explicativos, de ciertas situaciones detectables en los enfermos o en los pacientes. Esta vertiente merece estudiarse, no sólo porque es muy difundida a un nivel casi inconsciente inclusive, sino porque contiene y conduce a una serie de errores y confusiones apreciables.

En primer lugar no establece ninguna diferencia entre los niveles de las enfermedades y de los enfermos, pretendiendo explicar ambos con un mismo modelo representativo. La escala lineal de valores. Esta situación además limita las enormes posibilidades de avanzar que se pueden desarrollar, a partir de diferenciar claramente estos niveles, es decir, de darle un tratamiento diferente a la comprensión y explicación de la enfermedad, y a esos mismos elementos en el caso de la situación particular de un enfermo.

Esta confusión en parte, puede provenir de la idea simplista de que la sumatoria de los enfermos es la que nos da el conjunto de lo que es la enfermedad, simplificación debida al tratamiento estadístico no discriminatorio del valor específico de las individualidades y a dar todo el peso y la importancia a los valores promedios, resultantes siempre de individualidades complejas, de las cuales sólo se toma, en el procesamiento y la sumatoria, aquel valor que hemos escogido y determinado (a veces arbitrariamente) como el elemento común, constante o más frecuente.

El otro elemento a destacar, es la insistencia en establecer a la enfermedad como el opuesto a la salud, aspecto directamente relacionado con el anterior y que se basa, a mi juicio, en un error metodológico que se puede precisar, como el tratar de colocar dos elementos de un mismo concepto, "Complejo Salud-Enfermedad" en el mismo nivel, cuando un análisis más riguroso, nos demuestra que el concepto salud es un concepto mucho más amplio y general, como hemos visto, que el concepto enfermedad, que si bien puede no estar bien definido aún, se refiere a aspectos más específicos y ya no relacionados a un perfecto bienestar físico, etc. sino a una "anormalidad" concreta con respecto a indicadores biológicos y/o sintomáticos más o menos precisos. Este punto sería a mi juicio suficiente para abandonar el término salud-enferme-

dad. En rigor sólo podríamos hablar de dos tipos de oposiciones que proponemos a la discusión. Una oposición de carácter general y que sería vivo, muerto o vida y muerte, y una oposición de carácter más restringido que sería enfermedad-no enfermedad, enfermo no enfermo, y que necesariamente, ha de referirse a una entidad nosológica concreta en el terreno de lo biológico, o a un conjunto de percepciones individuales con respecto a la situación de un individuo, en un medio biológico social y político dado.

En el primer caso, estaríamos en el terreno de la fisiopatología, de lo objetivo biológico y en el segundo, en el terreno de la sicodinámica, de la pertenencia a la sociedad.

Cuando nos referimos a la oposición vida muerte es necesario que ésta, esté referida a un marco más o menos definido, pues habría un nivel aún más general en el cual la muerte no termina con la vida, sino que la transforma en otra forma de ella. En otras palabras la muerte termina con la vida de una persona, pero la muerte sólo es una transformación del proceso de la vida, vida que supone un ser y un ambiente en relación cambiante. Esa relación cambiante se especifica en la historia de manera concreta por determinantes que han ido transformándose de predominantemente biológicos hasta ser actualmente, predominantemente sociales.

Pero antes de seguir por esta vía, me parece justo destacar que en algunos autores^{8,9}, se utiliza el complejo salud enfermedad en un sentido más amplio que los aquí anotados, y que con un poco más de discusión y esclarecimiento, de hacer explícitos algunos supuestos, podría asimilarse a lo que en este ensayo estamos proponiendo. Queda planteada esta posibilidad.

La Escala Enfermo no Enfermo.

Retomando la discusión que traíamos, abordemos el problema más concreto, cual es el del individuo que, o bien por las condiciones en las que le ha tocado desarrollar su VIDA, ha manifestado reacciones en su organismo que se alejan de las cifras comunes a sus semejantes en una serie de indicadores dados, expresándose esto o no, en el desarrollo de sus actividades biológicas, químicas o sociales, o bien porque la percepción que el tiene de su situación biológica, química o social, le impide desarrollar esas actividades, es decir el *individuo enfermo* y se dice que está enfermo, con

respecto a una entidad específica, a una enfermedad concreta, la enfermedad X.

Es en este terreno en el que tiene pleno sentido y gran validez de utilización de escalas que ubiquen al individuo con respecto a valores normales o fisiológicos y que sirven para determinar la condición de anormal, patológico o enfermo (las cifras de presión arterial, temperatura, colesterol, etc.) y que además fijan de una manera clara y casi que por definición, lo que sería la ausencia de la enfermedad X, es decir el momento en que el individuo es clasificado como no enfermo de una entidad dada. Insisto en que la consideración de no enfermo, sólo puede tener sentido con respecto a una entidad concreta y por lo tanto que existe una gran diferencia entre el no enfermo de tal entidad y lo que sería un sano, es decir aquella supuesta persona sin ninguna enfermedad.

Parece que se nos olvidara que aquel individuo que sale del consultorio o del hospital, con el diagnóstico de tal enfermedad, una vez que traspone el umbral, se desempeña y se tiene que desempeñar como un no enfermo, o lo que es más importante como un vivo, es decir como una persona relacionada de determinada manera a un ambiente (biológico y sociopolítico)*. En otras palabras, la ubicación de un individuo en una escala de presión arterial por ejemplo, como enfermo, no implica necesariamente que ese mismo individuo sea un no enfermo, con respecto a otros indicadores y a otras escalas que definen otras enfermedades; y que no decir, cuando nos referimos a aspectos de comportamiento químico. Queremos decir entonces que no es sólo posible sino que es la situación propia de la vida en sociedad, el estar enfermo con respecto a una serie de aspectos y no estarlo con respecto a otros, que la dicotomía no es pues estar enfermo o sano, sino que lo que tenemos es una vida expresada al mismo tiempo, concomitantemente, en una serie de indicadores, situaciones y relaciones, algunas de ellas correlacionadas y potenciadas y otras contradictorias y limitantes que cuando le permiten "funcionar" (ejemplo: recoger el café o gobernar el país), están configurando un estado que podríamos llamar, condiciones de vida.

Fisiología y Patología.

En este orden de cosas, vale la pena referirnos al plano de la patología y la fisiología, para subrayar con Canguillem¹⁰, el hecho de que el concepto de patología es un concepto que es propio de la biología, que no se encuentra en otras ciencias y que la Fisiología

* En Colombia son los anémicos los que recogen el café y son los neuróticos y los hipertensos los que gobiernan el país.

se ha venido estructurando y desarrollando a partir de la patología, es decir que a partir del estudio de las enfermedades, ha sido posible establecer lo que son las condiciones fisiológicas del organismo humano y no a partir de un modelo de lo sano, a partir de un orden previamente establecido como el ideal, como quizás ingenuamente creen algunos, a lo que ya nos hemos referido.

Yo me atrevería a agregar que esta perspectiva del estudio de lo fisiológico y lo patológico, nos tiene que poner en el camino de lo fisiológico como algo cambiante, como un proceso de adaptación, tesis por lo demás apoyada en otras ciencias como la genética y la etología y sobre todo, que nos obliga a considerar lo fisiológico, no en el sentido de una totalidad ya organizada, sino en el sentido de situaciones de funcionamiento biológico, restringidas y limitadas. Pienso que no es posible aún, hablar de las condiciones fisiológicas de la vida humana sino que todavía nos movemos en el terreno de las condiciones fisiológicas de determinados "sistemas", órganos y aspectos de la vida biológica, estando aún muy lejos de poder hablar de una "fisiología síquica", y más aún de una fisiología totalizante, concepto que creo que no tiene un piso teórico en el actual desarrollo de la historia y la sociología, a pesar de que constituye el eje de algunas sociologías organicistas.

La enfermedad y la vida.

Pero habíamos dicho que la otra oposición más general era la de la vida y la muerte. Esto significa que, en realidad la enfermedad, en este contexto, aparece como parte de la vida y no como el contrario de lo sano. Los avances hechos en el estudio de las enfermedades llamadas crónicas, es decir que acompañan prolongadamente la vida del individuo, nos muestra que no puede entenderse este tipo de situaciones, sin un gran conocimiento de los elementos determinantes de la vida de los pacientes, como puede percibirse con claridad en la compilación hecha por Zambrano sobre la hipertensión¹¹. También hay que destacar lo que algunos autores llaman, los aspectos positivos de la enfermedad¹², lo que nos coloca en una actitud diferente hacia la enfermedad, ya no como un simple error que hay que corregir, sino como la materialización de una vida, que es necesario mantener y desarrollar como esa vida y no limitarse a la recuperación de un nivel perdido, sobre todo cuando en los intentos por recuperar ese nivel X queda comprometida esa vida. En el plano del enfermo esto nos puede ayudar a tratarlo, ya no como un culpable o un sin suerte, sino como una persona que tiene unas condiciones particu-

lares de vida, que no necesariamente tienen que ser consideradas con un patrón de subvaloración.

El mismo Canguilhem señala la capacidad de las personas de reformular los criterios de normalidad, a pesar de la limitación impuesta por la alteración biológica, de tal manera que logran una normalización del medio que los rodea. Un caso particular es el de aquellos que por una enfermedad o un "accidente" queda con una secuela, secuela con la que posteriormente viven o deberían vivir "normalmente" pero que nuestra manera de ver las cosas nos lleva a denominar invalidez. Algo semejante puede decirse del caso de persona con una entidad "grave" a quien "desahuciamos" es decir a quien nos negamos a considerar como una persona viva.

Esta subvaloración la hacemos además, frente a un determinado principio de rendimiento, con lo que expresamos claramente el contenido social de esa situación.

En este momento conviene referirnos al papel que la clasificación como forma de conocer científico, desempeña en el campo de la medicina y concretamente en la definición de la enfermedad, y del enfermo, enfermo por clasificación, es decir, por reunir una serie de requisitos "objetivos". La importancia de esta forma de pensar es innegable y no puede ponerse en duda. Simplemente hay que señalar que no es la única manera de plantearse el conocimiento y que bien vale la pena, a veces al menos, sustraerse a los rigores de la clasificación, con el fin de obtener un mayor conocimiento de un objeto. Para ilustrar esta afirmación referirémonos a dos situaciones. En Zoología, el conocimiento de las especies, las familias, los géneros, las clases, en base a aquellos elementos que son comunes, huesos, plumas, etc. ha sido y sigue siendo muy importante, pero al mismo tiempo impidió o limitó por mucho tiempo, el estudio de aquellas especies "inclasificables" como el ornitorrinco, parte mamífero, parte ave y parte marsupial o la euglena, parte animal y parte vegetal, y que lejos de ser errores de la naturaleza, como se les llegó a considerar, constituían el elemento, a partir del cual, surgían una serie de explicaciones sobre la evolución y la genética. En siquiatria la utilidad de una clasificación de las enfermedades mentales, muy difícil por cierto, puede ir acompañada de un estigma, que ate para siempre al paciente a un diagnóstico, que puede ser más patógeno que su propia situación mental.

Precisamente un nuevo enfoque de esas situaciones no comunes, de esos elementos que alejándose del pro-

medio tienden a ser considerados errores, ha permitido a la biología, a la genética, a la psiquiatría, etc. a enormes avances conceptuales y a no pocas derivaciones prácticas y tecnológicas.

En la medicina, parece necesario rescatar el punto, de la nube de datos, sin ignorar ésta por supuesto, pero volviendo la mirada sobre el carácter específico de las situaciones individuales, que si bien podemos encontrar una serie de elementos comunes que la determinan, también es necesario reconocer aquellos que le son propios y sobre los que eventualmente se puede intervenir con resultados favorables.

Entendido así el problema de la enfermedad, es decir como un elemento resultante del proceso de la vida de las personas, la enfermedad como un caso particular de la vida, se vislumbra la posibilidad de mejorar su comprensión, superando las limitaciones de la unicausalidad e introduciendo la posibilidad de un elemento ordenador o guía en la complejidad azarosa de una multicausalidad, para llegar a un concepto causal de tipo estructura dinámica, ya esbozada en otros trabajos. Pero para lograr sacar beneficios de esta posibilidad, se hace necesario tratar de ubicar los diversos niveles teóricos en los cuales tiene sentido un determinado concepto, a que tipo de proposiciones corresponde y a que nivel se pueden sacar conclusiones, dependiendo del grado de generalidad de dichas proposiciones y de dichos conceptos.

Pero antes de intentar una tal ordenación, de proponer un marco teórico estructurado creo conveniente señalar algunas limitaciones de nuestra actual forma de percibir la enfermedad, que se deben agregar a los que ya hemos mencionado en este trabajo.

La comprensión de la enfermedad.

Es indudable que la actual comprensión de la enfermedad, se ha traducido en enormes y positivos resultados que a su vez se expresan en la posibilidad de eliminar varias enfermedades, mejorar a muchos enfermos, etc. Sin embargo en la medida en que estos logros van encontrando limitaciones, en la medida en que el uso de ciertas prácticas comienza a generar nuevas enfermedades, en la medida en que el desarrollo de formas específicas de tratamiento, llegan a institucionalizarse, drogas, Rx, cirugía, y en la medida en que otras formas de medicina emergen en la práctica social de la medicina y aún en la práctica científica; parece conveniente hacer un examen crítico de esta situación, de tal manera que esta crisis pueda ser superada positivamente. Es precisamente la crisis de

ese marco conceptual, la aparente unicausalidad de las enfermedades infecciosas por ejemplo, lo que hace que otras explicaciones del fenómeno olvidadas y perseguidas o enteramente nuevas, irrumpen en la discusión científica como algo importante. Tal es el caso de la acupuntura, la terapia neural, la fitoterapia y aún la homeopatía que hoy contribuyen eficazmente al conocimiento de la enfermedad y por lo tanto de la vida, a pesar del desprecio o la indiferencia de quienes han convertido la ciencia en una parcela o en un dogma.

En el tratamiento del paciente, ya hemos visto como el aislar en él a la enfermedad, y limitarnos a su atención, conduce no sólo a situaciones ya mencionadas como la de invalidez y desahucio, sino que en el caso de los niños, produce una iatrogenesis quizás irreparable, cuando por ejemplo, se hospitalizan un niño por una fractura y pasan varios meses sin que el resto de su organismo puede desarrollarse, sin que se estimule el desarrollo psicológico y mental y sin que nada más que la fractura sea el centro de atención de los galenos. Es el caso también de aquellos pacientes que por no encuadrar en el síndrome clásico, o por responder individualmente a un tratamiento, son abandonados por los médicos a su propio destino, resistiéndose a aceptar que pueden ser quizás estos pacientes quienes sometidos a un nuevo enfoque o a un estudio riguroso, contribuyan al esclarecimiento de ciertas entidades nosológicas y al de ciertas formas de vida.

Por estas consideraciones y ante los avances que se vienen dando desde la biología y la genética, en el desarrollo de la tecnología, en la implementación de servicios de salud eficaces y que tienen en cuenta cada vez más al individuo como el caso de Cuba¹³, en el desarrollo del estudio social y económico de los problemas de la enfermedad, que rompen con la visión analítica fragmentada y funcionalista, para dar paso a aproximaciones cada vez más comprensivas del problema y, lo más importante, en el proceso de transformaciones sociales y políticas que se están dando en todo el mundo y de manera especial en América Latina, África, y Asia, es posible vislumbrar en el futuro un gran paso hacia la conquista de lo que ya algunos proponían hace años¹⁴, como el surgimiento de la ciencia de la vida.

En esta dirección es nuestro propósito dejar al menos planteadas algunas ideas en torno a la relevancia de los conceptos que hoy en día se manejan en estos campos, con respecto a los diversos niveles teóricos, su marco de referencia, su extensión y amplitud y las necesarias determinaciones y limitaciones que pueden

encontrar conclusiones o proposiciones según el concepto y el nivel utilizados.

Distinguiremos en tres planos diferentes, las instancias en las que se puede hablar con alguna consistencia, de las relaciones entre la vida social y la biológica, tratando de señalar sus aportes, sus limitaciones y la forma como mutuamente se determinan.

El plano socioeconómico y político, el plano geográfico grupal y el plano individual.

El plano socioeconómico y político.

Este plano permaneció por fuera de la esfera del desarrollo de la medicina por muchos siglos. Desde las observaciones de Platón en la República y aún desde algunas tesis hipocráticas, el análisis de la medicina giraba en torno al individuo y sólo se consideraban como relaciones externas, a aquellas de origen divino.

Ante las modificaciones estructurales que se desarrollaron por la emergencia del capitalismo, como modo de producción, y sus expresiones concretas en las diversas formaciones sociales, aparecen o se manifiestan modificaciones en las prácticas sociales, incluyendo la práctica médica, no sólo en cuanto al papel, formación y utilización del médico, sino con respecto a la emergencia de muchos más individuos que debían ser atendidos y además con respecto a la conceptualización acerca del origen de la enfermedad¹⁵. Estas modificaciones comienzan a hacer insuficientes, las prácticas y los conocimientos generados a partir de la relación del médico y el paciente a nivel individual, abriéndose paso otro tipo de explicaciones que buscaban apoyarse en marcos teóricos más amplios.

Si bien Marx ya postulaba, la relación existente entre las condiciones de trabajo de los obreros en Inglaterra y su mortalidad y morbilidad específica, este tipo de relaciones no fueron por un tiempo tenidas en cuenta por los estudiosos de la medicina y, de la enfermedad. Por el contrario, se desarrollaron en profundidad las corrientes que, lejos de estudiar al individuo en sociedad, lo atomizaban en partes, perdiéndose incluso el concepto de individuo y enfocándose en el sistema, en el órgano, en la especialidad.

Los esfuerzos tendientes a vincular al individuo y a la sociedad en el problema de la teoría sobre la enfermedad, vinieron ciertamente del campo del estructural

funcionalismo y concretamente de la psicología y sociología desarrollada en Norteamérica y su expresión en medicina, es decir la epidemiología*. Pero precisamente por tener este origen, las posibilidades de integrar lo social, fueron muy limitadas, en la medida en que, a nivel conceptual, sólo se puede aspirar, en esta corriente, a la formulación de las llamadas teorías de nivel intermedio. Justamente, ante la insuficiencia explicativa de esta corriente para dar respuesta a una serie de problemas, que incluso con su método detectaba (la distribución de ciertas enfermedades en ciertos grupos sociales) se está trabajando actualmente y es necesario hacerlo con más decisión, en un marco teórico más comprensivo de estos fenómenos.

Aparece entonces la aplicación de la dialéctica y el materialismo histórico al objeto "salud", aplicación que comienza a arrojar algunos frutos, pero que indudablemente se encuentra aún, en un alto grado de generalidad y lo que es peor, en un cierto aislamiento de los otros niveles en los que puede y debe pensarse el problema.

La inclusión de categorías como modo de producción, clases sociales (a la manera marxista, pues los funcionalistas también hablan de clase) explotación y dominación, estructura y supraestructura, etc. en el lenguaje de quienes se proponen estudiar la enfermedad y los enfermos, se ha traducido en la apertura de un nuevo camino, pero también en una serie de afirmaciones que, si bien pueden ser ciertas, correctas, se mueven en un tal grado de generalidad, que las hace poco utilizables en el que hacer cotidiano de los trabajadores de la salud.

"El agente patógeno número uno es el capital", "el problema de la enfermedad es un problema de clase", "si no hay cambio de sistema no habrá salud", "el desarrollo de la práctica médica está determinado por el nivel socioeconómico". Son todas frases que considero ciertas, pero que por no haber sido desarrolladas a partir de una práctica concreta, sino a partir del marxismo como modelo (lo que yo llamaría el nuevo empiricismo pseudo-marxista), no permiten derivar de ellas más conocimientos, más posibilidades, a la vez que se van convirtiendo en frases vacías de cualquier contenido. Una de las cosas que más llaman la atención en este campo, es la indiscriminada utilización de conceptos provenientes de la biología, la clínica, etc. y los conceptos, clase, modo de producción, etc., lo

* Esto es parcialmente cierto, pues la Revolución Francesa ya lo había postulado "No hay individuo enfermo sino en sociedad". Ver Foucault, M. El Nacimiento de la Clínica.

que habla, en el mejor de los casos, de una falta de rigor en el tratamiento del problema.

Pienso que en este nivel, el concepto correspondiente a la categoría mencionada, es el de la vida, o el de forma de vida, entendido como la materialización de un individuo, relacionado de una manera históricamente determinada y específica, a otros individuos y a una organización social dada, materialización que se expresa no sólo en conductas, actitudes, posiciones políticas e ideológicas, sino en situaciones biológicas objetivamente detectables, o en situaciones subjetivas, sintomáticas, que contribuyen o determinan el comportamiento social del individuo.

Este concepto de forma de vida es indudablemente muy general pero a mi entender es mucho más comprensivo, con la sustentación que le hemos dado, que el de salud, y sobre todo se corresponde con todo un cuerpo de proposiciones de igual nivel que permiten un desarrollo y unas conclusiones con mayor cuerpo, más válidas.

Podría pensarse en concretarlo un poco más, entendiendo quizás esa forma de vida como los condicionantes que hacen que ciertas personas y ciertos grupos tengan una forma específica de relacionarse con los demás, a nivel político, laboral, etc. (situación de clase).

La enfermedad, a este nivel, no es más que una forma particular de vida, resultante de las sobredeterminaciones que a partir de los conocimientos científicos se han ido detectando. Conceptos como salud, no tienen ninguna validez por las razones que ya mencionamos, e incluso hablar de enfermo no tiene mucho sentido.

De otro lado, se puede hablar de la práctica médica y del médico como un trabajador, pero no con el fin, de la una y del otro, de dar salud, sino como expresión particular de la forma como se vincula a la organización social, esa práctica y ese profesional. Puede hablarse a este nivel, de la producción de elementos terapéuticos y de diagnóstico y la forma como ellos afectan y son afectados por las condiciones de vida en esa sociedad. Puede desarrollarse el tipo de implicación política que tiene determinada manera de enfocar la atención médica, una sociedad dada, y como un cierto saber médico, no es totalmente independiente de la estructura social en lo que se desarrolla y se aplica.

En este campo se está trabajando febrilmente en América Latina y ya se comienza a vislumbrar los posibles frutos.

Hay que llamar la atención si, acerca de la necesidad que hay de relacionar el discurso en este plano, con aspectos más específicos que estén al alcance de quienes son profesionales del área, demostrándoles que este enfoque, no es sólo interesante, sino que es necesario y útil aún en el desarrollo de una práctica individual especializada.

Así, la práctica médica, la enfermedad, etc., se convierten o han llegado a ser el objeto de estudio de otras disciplinas, de otros enfoques, de otras aproximaciones, rompiendo de esta manera, a veces dramáticamente, el sigilo y el aislamiento que esta práctica había tenido, en la medida en que sólo era permitido a los médicos su análisis y su discusión. Actualmente es posible estudiar la enfermedad y la práctica médica desde el punto de vista del materialismo histórico y la dialéctica, y no sólo es posible, sino que comienza a mostrarse útil y conveniente, a pesar del alto grado de generalidad en que dicho análisis se encuentra.

Es precisamente desde otras disciplinas y desde otros enfoques, de donde ha venido una ofensiva que ha permitido sacar el análisis médico del problema individual y colocarlo en otro plano. La biología especialmente en ecología, relaciones ser vivo - medio ambiente, y nociones como homeostasis, homeorrexis, autorregulación, etc., el psicoanálisis, la economía política, han proporcionado elementos que han sacudido las bases de la forma tradicional de encarar la enfermedad y la medicina, lo cual, sin lugar a dudas, constituye un gran paso y una gran posibilidad de avanzar.

El nivel geográfico grupal.

Este nivel se distingue claramente del anterior, a pesar de estar incluido en él en la medida en que delimita los grupos a estudiar, a partir de categorías cuantificables y que sean comunes a determinados individuos, bien sea a nivel biológico (tensión arterial, hemoglobina, etc.), a nivel geográfico (que viven en una misma región, clima, etc.) y a nivel personal (edad, sexo, ingreso socioeconómico, etc.).

Aquí incluso el concepto de clase, no es ya una forma económica e ideológica de estar vinculado a la organización social, sino una categoría a nivel de ingreso. Es el ocupar un cierto valor en una escala, lugar que simplemente se ocupa, sin interesar el por qué. Este nivel que ha tenido un cierto desarrollo especialmente en USA estructural funcionalismo, apenas se comienza a abrir paso con cierta seriedad en América Latina. Es duramente criticado por quienes en este momento se mueven sólo en el nivel más general, comentado

anteriormente, desconociendo, la mayoría de las veces por ignorancia, lo que podría ser el referente empírico necesario para dar mayor profundidad y mayor asidero a su análisis por una parte, y por otra, negando la gran importancia que ha tenido en el descubrimiento de riesgos, de asociaciones causales, etc. La mayoría de las hipótesis que puedan surgir del nivel socioeconómico y político, pueden y deben ser comprobadas a nivel grupal, en un esfuerzo por dar mayor piso al análisis teórico allí propuesto. La investigación empírica adquiere su verdadera importancia, en la medida en que corresponda y se relacione con hipótesis elaboradas a un nivel de mayor generalidad, es decir el que denominamos nivel sociopolítico.

Es pues necesario, trabajar más en el análisis de datos concretos y situaciones específicas, a partir de un marco teórico totalizante y estructurado. Ya se han hecho algunos intentos en esta dirección, buscando un nuevo marco que pudiéramos llamar epidemiología social, historia social de la enfermedad, etc.^{17,18}. Es aquí donde aparece con gran validez, la utilización del lenguaje numérico como representación de situaciones dadas, la utilización de los promedios y las desviaciones tendientes a agrupar unidades de análisis, no sólo como hasta ahora, en base a variables de persona, tiempo y lugar, sino en base a nuevas categorías que tengan respaldo teórico en el nivel más general.

Aparecen entonces los hechos médicos y biológicos, como objetos de estudio, no sólo de la medicina, sino de la sociología, la economía, el derecho, y como en el anterior, la medicina sólo será una forma más de aproximarse al problema.

El nivel individual.

La novedad por un lado y un cierto grado de mayor poder explicativo por el otro, han hecho que el nivel individual, es decir el del enfermo, haya sido olvidado o por lo menos estudiado secundariamente, produciendo incluso a nivel de estudiantes de medicina un rechazo por las técnicas de curación, de diagnóstico y de tratamiento, refugiándose en la tesis de que todo está socialmente determinado, lo que algunos han denominado una posición infantil de izquierda, y que en la práctica se ha convertido en un serio problema de política docente.

Es necesario entonces ubicar este nivel, con sus necesarias determinaciones, grupales y sociopolíticas, pero sin perder de vista el enorme papel y la gran importancia que hay que darle a la atención del individuo. Aquí hay que rescatar el punto de la nube de observa-

ciones, que agrupamos y resumimos como promedios y varianzas, y darle a ese punto, a ese individuo, toda la importancia que tiene, no sólo como aquel que se encuentra enfermo de una entidad específica, sino como determinante a su vez de la forma de distribución grupal de dicha entidad. Aquí el papel del médico y no sólo de él, sino de todos aquellos que tienen que ver con su trato directo, es irremplazable en esta y en cualquier sociedad, y tiene que tener en cuenta cada caso, como un caso particular, para lo cual es necesario y útil, conocer el comportamiento de los otros niveles, pero también, las condiciones particulares de los pacientes.

Si en el nivel grupal, el objeto de estudio era la enfermedad, su distribución, sus asociaciones, en el plano de una atención médico de tipo multiprofesional, de una organización social que pretende modificar esas situaciones grupales, aquí, el objeto de estudio es el enfermo de una entidad concreta, en el plano de una relación directa con él y sus posibilidades de recuperar la situación perdida, o deteriorada, o bien de reorganizarse en una nueva vida, en una nueva normalidad.

Las relaciones entre los distintos niveles.

En este punto del análisis, se hace necesario subrayar la importancia de mantener el rigor conceptual de cada nivel, tratando de, a partir de elementos provenientes de uno, no concluir sobre otro. Es perfectamente válido afirmar que la tuberculosis es una enfermedad producida por el capitalismo industrial (a pesar de que ya hubiere antes, enfermos de tuberculosis) pero no es menos válido saber como, y curar, a un individuo tuberculoso en una situación concreta, en una familia dada con un salario, etc.

La fractura de un brazo, producida en un incidente (no accidente) de trabajo, producido por unas pésimas condiciones laborales, también debe ser reducida y su dolor mitigado. Las condiciones de vida de una persona totalmente alienada en su trabajo y en su medio por las contradicciones surgidas de una explotación de clase, también deben ser controladas de manera tal, que el paciente pueda superar una reacción individual ante la agresión, una neurosis por ejemplo, y se pueda ubicar en un plano de reacción más eficaz.

La forma como se interrelacionan estos niveles, se sobredeterminan y se retroalimentan, está en buena parte por descubrir y conocer, sobre todo si se tiene en cuenta que esas relaciones y esa determinación, se van modificando históricamente. Este parece ser el

gran reto científico del momento, ya no para la medicina sino para todas las ciencias y todas las profesiones. Un esquema que puede concretar más lo aquí

expuesto, con las limitaciones de todo esquema, puede ser el siguiente:

PROCESO BIOLÓGICO O PROCESO DE LA VIDA

MODO DE PRODUCCION

	CATEGORIAS GENERALES	CATEGORIAS ESPECIFICAS	AREA DE APLICACION	SUJETO
NIVEL SOCIOECONOMICO POLITICO ↓ ↑	Clase social Explotación Dominación Historia	Vida Forma de vida Trabajo?	Formación social Causalidad estructurada y dinámica.	La profesionalización. La medicina (incluye la folclórica o popular) Las ciencias Sistema de salud en su sentido más amplio.
NIVEL GEOGRAFICO GRUPAL ↓ ↑	Ingreso Población Clima Distribución del ingreso. Educación (Variable persona, tiempo y lugar) Historiografía	La enfermedad por grupos de enfermos según categorías y variables. Promedios, varianzas. Relaciones	La epidemiología La administración La biometría El país, el continente. El grupo Multicausalidad La clasificación Control de riesgos.	Sector salud Atención médica Sistema de servicios de salud. La práctica médica.
NIVEL INDIVIDUAL ↓ ↑	Edad del individuo Sexo Origen de clase Vinculación al trabajo y a la sociedad Núcleo familiar Anamnesis	El enfermo como un individuo en un momento de su historia particular. Valores en la variable.	La relación médico paciente, la persona. Una enfermedad en un enfermo. El dolor Inadaptación Unicausalidad El diagnóstico, la prescripción y la conducta.	El médico y su práctica individual. La práctica de quienes tienen contacto directo con el paciente.

A la luz de las consideraciones anteriores, he creído conveniente retomar una discusión en la que se ha caído ultimamente, a partir no sólo de algunas afirmaciones más en algunos trabajos anteriores, sino de

muchos otros autores en América Latina, discusión que creo yo, debe ser enmarcada en un nivel más riguroso para que no se quede en la diletancia o en la falsa erudición.

La salud como mercancía.

Si bien es cierto la frase: la salud es una mercancía, puede encontrarse en el libro *Salud, Medicina y Clase Social*, ésta no puede analizarse fuera del contexto de todo el trabajo y aún sin las consideraciones adicionales hechas en éste.

Si hemos llegado a concluir la irrelevancia del concepto salud, mal podríamos decir que esto es una mercancía. Pero esto no es suficiente y creo que es necesario hacer más puntualizaciones. El problema queda replanteado en la siguiente forma: Cuál es el tipo de relación que se produce entre un paciente enfermo de una entidad X y el médico a quien se consulta y cuáles son los efectos políticos, sociales, ideológicos, biológicos, psicológicos, que se producen en el paciente, en su grupo de referencia y en la sociedad en que se mueve y aún en el médico, en su grupo de referencia y en la sociedad a la que pertenece.

Así las cosas, el abordar al médico como quien realiza un trabajo, y no sólo como quien da salud, es un punto de gran importancia y mantiene su vigencia actualmente, pues ha permitido la comprensión de algunos hechos que en la perspectiva del dar salud, como única función del médico (rol o papel), eran errores o excepciones a la regla, y que realmente, son expresiones de una relación laboral y no simplemente médica. Ese trabajo médico como tal, como parte de la fuerza de trabajo social, es una mercancía y el considerarlo así, nos ha permitido analizar algunas situaciones concretas con gran utilidad incluso práctica. Ahora bien ese trabajo *tiene* un valor, en la medida en que para producir un médico, es necesario el trabajo de muchas personas. Hay pues en la educación profesional, un trabajo social acumulado, apropiado individualmente y materializado en ocasiones y en parte, en un mercado de trabajo. Ahora bien, de estas afirmaciones no se deduce y ni siquiera se insinúa, que el trabajo médico sea un trabajo productivo y por el contrario, basándose en una serie de textos como las *Grundrisse*¹⁹ parece que esta situación es clara, en el sentido de ubicar el trabajo médico como no productivo. De todas maneras existen trabajos como los de Arouca en los que se puntualiza que en determinadas circunstancias, y concretamente cuando se da atención médica a obreros, allí el trabajo médico sería productivo, tesis que no comparto, pero que aún siendo aceptada, parece no conducir a un mayor esclareci-

miento del problema estudiado y menos a conclusiones más o menos concretas, a nivel político por ejemplo. Mi concepto personal, es que no es importante una tal discusión. Donde sí tiene gran importancia el concepto de mercancía, es en el aspecto, no de "la salud" sino de la utilización de materiales y equipos utilizados en el tratamiento y el diagnóstico, materiales y equipos que son mercancías y como tales, afectan los costos de la atención médica y su posesión o no, contribuyen a fijar el ingreso medio socialmente esperado (IPSE) de los profesionales. Igual cosa podría decirse de los medicamentos, que producidos industrialmente, se comportan como mercancías que no sólo producen curaciones, sino que producen enfermedades (iatrogénesis) y además orientan toda una concepción de la enfermedad y del tratamiento. Sobre este aspecto hay ya importantes aportes como el de Mercer²⁰.

Otro aspecto que puede ilustrar la importancia del marco teórico que proponemos, y la necesidad de ser rigurosos en la utilización de proposiciones, y el sacar conclusiones del mismo nivel, puede ser el de la medicalización de la sociedad, fenómeno que ha sido destacado por Illich²² bajo una perspectiva y por Foucault²³ en otra.

En el primero, de la observación, bien documentada, en la que se manifiesta con claridad la irrupción de la medicina en todas las etapas de la vida del hombre, concluye con la idea quizás maniquea, y definitivamente de otro nivel, de que es un proceso agenciado y patrocinado por los médicos como individuos y como gremio, a diferencia de Foucault, quien al observar el mismo proceso, concluye, al mismo nivel estructural, diciendo que se trata de una manifestación necesaria, a un período histórico determinado por relaciones económicas y políticas, que se hacen dominantes, en donde los médicos también desempeñan un papel, pero en un plano muy diferente y ciertamente de menor determinación que el que le asigna Illich.

En resumen hemos querido en este trabajo, plantear una serie de bases, sobre las cuales se debe asentar la discusión sobre la enfermedad y los enfermos en una sociedad, estableciendo niveles de discusión en tres planos, que si bien están mutuamente relacionados y determinados, deben tratarse con rigor y separadamente, con el fin de avanzar en una teoría cada vez más explicativa y en una práctica cada vez más transformadora.

BIBLIOGRAFIA

1. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Servir a la humanidad. Ginebra. (Folleto).
2. CORPORACION CENTRO REGIONAL DE POBLACION. Modelo Seres. Sistema para el estudio de las relaciones económicas, sociales y demográficas. Bogotá 1975 (Documento técnico 8).
3. VASCO, Alberto. Salud, medicina y clases sociales. Medellín, La Pulga, 1973.

GONZALEZ, G., Vinicio. Introducción a la temática de salud y sociedad. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud 1(1): 45-87, May-Agos 75.

SIGERIST, Henry E. Civilización y enfermedad. México, Fondo de Cultura Económica, 1946.
4. GAETE, Jorge y CASTAÑON, Rolando. El desarrollo de las instituciones de atención médica en Chile durante este siglo. s.p.i.
5. LAURELL, Cristina. Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología social. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud 3(6): 79-87, Ene-Abr 77.
6. VASCO, Alberto, Op. Cit.
7. LAURELL, Cristina, Op. Cit.
- 8-9 LAURELL, Cristina Op. Cit. Investigación en Sociología médica. Salud Problema 1: 5-9, 1978.
10. CANGHILLEN, G. Lo normal y lo patológico. México, Siglo veintiuno, 1971.
11. ZAMBRANO, Fernando. Algunos conceptos sobre la epidemiología de la hipertensión con énfasis en los aspectos genéticos. Antioquia Médica, 27(1): 35-43, 1977.
12. STEUDLER, F. Enfermedad Cultura y sociedad IN:-----Sociologie Medicale, Paris, Colin, 1972 (Traducción).
13. CUBA. MINISTERIO DE SALUD PUBLICA. Informe anual 1976. La Habana, 1977.
14. DUBOS, René. Hombres, medicina y ambiente. Madrid, Monte Avila, 1969.
15. FOUCAULT, Michel. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica. México, Siglo Veinticinco, 1966.
16. MARX, Carlos. El Capital. 7 ed. México, Fondo de Cultura Económica, 1975.
17. LAURELL, Cristina, Op. Cit.
18. COLIMON, Kahl-Martin. Fundamentos de Epidemiología. Medellín, Colimón, 1978.

VASCO, Alberto, Op. Cit.
19. MARX, Carlos. Grundrisse. México, Siglo Veintiuno, 1973.
20. AROUCA, Sergio. El dilema preventivista. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales 84: 33-56.
21. MERCER, Hugo. La prescripción de medicamentos. Trabajo presentado a la X Reunión de Facultades de Medicina de la UDUAL, Sto. Domingo, 1977.
22. ILLICH, Iván. La némesis Clínica.
23. FOUCAULT, Michel. El nacimiento de la medicina social. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud 3(6): 89-108, Ene-abr.77.