

ESTRUCTURA Y PROCESO EN LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Alberto Vasco Uribe

1987

Vasco Uribe, A. (1987): "Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad". Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia. Julio de 1987.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es presentar un resumen del estado actual de mis propuestas sobre el tema la salud y la enfermedad, la discusión de las implicaciones que éstas tienen en los diferentes aspectos de la práctica médica.

Necesariamente habré de referirme a los diferentes textos escritos al respecto, por lo cual acá no se presentará sino un resumen de aquellos, como pase para desarrollar algunos conceptos que constituyen lo que podríamos llamar los últimos aportes, de reciente publicación y otros aún inéditos.

Dos corrientes podemos diferenciar a grosso modo, en el campo de la medicina social; la una implícitamente acepta el concepto de salud y el de enfermedad, en cuanto a definición básica y conjunto de diagnósticos y que ha venido trabajando por el lado de ampliar o modificar la explicación de la enfermedad, apoyándose en los factores sociales y su influencia determinante en la conformación de los perfiles de morbilidad a nivel de grupos sociales definidos básicamente por su inserción en el modo de producción. La otra, en la cual se inscribe más este trabajo, ha venido cuestionando tanto el concepto de salud tradicional, como el concepto de enfermedad resultante de aquél y las implicaciones que ambos tienen en la explicación de la enfermedad y en la práctica médica concepción causal y del tratamiento de las enfermedades de acuerdo a dicha explicación.

Si no fuera tan rimbombante el término diríamos que este trabajo se mueve más en el terreno de la epistemología, razón por la cual no lo consideremos diferente a la corriente mencionada sino por el contrario, un complemento necesario de aquélla.

Debemos reconocer aquí la influencia de las tesis marxistas, en cuanto a la forma de abordar la realidad, del materialismo dialéctico, como metodología, a la vez que los trabajos de los estructuralistas especialmente Canguilhem y Foucault. Así mismo está presente el resultado de un escudriñar el pensamiento positivista no sólo desde fuera sino desde dentro, tratando de encontrar puntos de convergencia en su búsqueda por superar la uncausalidad e incluso la multicausalidad como simple conjunto de causas aisladas, lo cual se expresa a mi modo de ver, en la progresiva utilización de la idea de estructura y en la modificación o paso del concepto de causa al de factor de riesgo, dentro de dicha corriente.

El propósito es demostrar cómo es posible superar el esquema de que lo social es externo a lo biológico, que el modo de producción es algo externo a lo grupal y a lo

individual y llegar a trabajar en la perspectiva de que lo social hace parte de lo individual, de lo biológico u que el modo de producción se expresa también en los niveles grupal e individual.

El concepto de salud.

La crítica al concepto de salud, formulado por la O.M.S. que realizamos hace casi quince años, sigue vigente en cuanto a la generalidad del término, su ahistoricidad o transhistoricidad y sus implicaciones ideológicas (1). Resulta que a pesar de que la crítica parece ser fundamentada y sobre todo que actualmente es compartida por diferentes personas, grupos y tendencias, el concepto sigue vigente, sigue siendo utilizado aún por quienes lo critican. La explicación que dan para seguirlo utilizando se basa en la idea de que es un concepto idealista pero un tanto ingenuo, inocuo, más bien útil o aceptable en la medida en que postula una meta humanística.

Buena parte de mi trabajo de los últimos años, se ha centrado en buscar una explicación a tal vigencia, y en la búsqueda de una alternativa al concepto de salud, partiendo de la base de que no es ni ingenuo ni inocuo sino que por el contrario, tiene hondas repercusiones en las actuales limitaciones de la medicina vigente y en parte las explica y sobre todo, impide o ha impedido la búsqueda de explicaciones diferentes a la enfermedad y la búsqueda de nuevos modelos, de nuevos esquemas para combatirla tanto en el plano social como individual.

Así mismo, el prescindir del concepto de salud como parte del cuerpo teórico del conocimiento médico, me ha obligado a conceptualizar la enfermedad como algo diferente a la simple pérdida de salud, lo cual arroja resultados interesantes y prometedores, para orientar las investigaciones futuras acerca de las nuevas enfermedades y sobre todo, para repensar los actuales esquemas de tratamiento y los mismos sistemas de prestación de servicios de salud (2).

La vigencia del concepto de salud.

¿Por qué un concepto al cuál se le han hecho críticas razonadas y progresivamente compartidas, sigue vigente y parece ser imprescindible en la historia y la actualidad del pensamiento médico?

La respuesta a esta pregunta requiere unas consideraciones preliminares de importancia.

La primera se refiere a que ningún concepto permanece en un cuerpo teórico si no tiene validez. Por esta razón, pasó a ser más importante para mí, en intento por comprender la vigencia del concepto que el ahondar en su crítica.

Una fuente explicatoria proviene de la vigencia histórica de las interpretaciones teleológicas del mundo, entendidas como aquellas que parten de conceptos por el origen o por el final, para dar cuenta de la realidad en sus diversas áreas y

contextos.

Desde esta perspectiva, el concepto de salud, resulta claramente teleológico en la medida en que participa tanto en la concepción de origen definido, como de la de final. La premisa de que el hombre fue creado a imagen y semejanza del ser perfecto, para vivir en un paraíso, apoya una concepción de salud como ausencia de enfermedad y como estado original y natural del hombre, la cual aunque no tiene piso en ninguna de las disciplinas científicas actuales vigentes y menos en lo que sabemos sobre la historia de la enfermedad en el hombre, sí hace parte, complementa y refuerza una concepción del mundo idealista y metafísica (3). Pero no sólo como concepto original, refuerza esta concepción sino también como concepto final o finalista, en la medida en que, planteada la salud como meta y ésta como ausencia de enfermedad, permite pensar en una sociedad sin enfermedad y vislumbrar lo que pudiera ser la gloria celestial como destino final del hombre.

De esta concepción finalista no se han escapado los marxistas dogmáticos quienes postulan en lo político una sociedad perfecta y en lo biológico la desaparición de la enfermedad en esa sociedad perfecta, en una clara transposición y analogía de la concepción religiosa cristiana y occidental del mundo.

Resulta pues que no estábamos ante un concepto biológico o médico como creíamos, sino que estábamos en presencia de un concepto que en lo médico y lo biológico, es la expresión de una concepción global del mundo, la concepción idealista, teleológica y cristiana occidental.

El concepto teleológico de salud como base de la explicación unicausal y externa de la enfermedad

Pero la importancia de este hallazgo, no sería relevante sino fuera porque está impregnado y dando piso a una explicación de la enfermedad a una teoría de la causalidad y aun tipo específico de tratamiento desprendido de esa idea de causalidad, pero que tiene la particularidad de estar revestido con el lenguaje, la práctica y la apariencia de la ciencia.

Efectivamente, la idea de la enfermedad, como pérdida del estado original, propio del hombre, natural a él, conlleva a una externalidad de la causa y a un origen determinado y ojalá único de ella.

En otras palabras es la fuente misma de la idea de unicausalidad externa, que ha acompañado al pensamiento médico dominante, desde tiempos remotos hasta la actualidad, no sin pasar por el aplastamiento de otras formas de pensar, de otras interpretaciones.

Esto explica en parte el papel protagónico de la medicina en las luchas de la historia, en la medida en que sus grandes pensadores, se constituían en unos permanentes negadores de esa concepción metafísica del mundo y que al igual que otros científicos, pagaron con su vida por tal osadía.

Esto explica en parte también el por qué la medicina actual cuenta con un prestigio en los grupos dominantes u su aceptación, dando la apariencia de una ciencia

neutral al servicio del hombre, en la que es posible aparecer como científico y al mismo tiempo, se disfruta de un *estatus quo*, en medio de la enfermedad colectiva, la miseria y la opresión.

El concepto de salud, la fisiología y la patología

De acuerdo a estos planteamientos, surge una idea de lo fisiológico como lo original, lo perfecto y lo único, lo invariante o su expresión estadística, lo más común y consecuentemente una idea de lo patológico como la negación de lo anterior, en términos estadísticos, aquello que se aleja de lo más común, como el error.

Esta concepción de la enfermedad y su influencia en la orientación de la patología y de la fisiología, no encuentra sin embargo piso en el desarrollo del pensamiento médico, en la medida en que éste ha sido elaborado históricamente a partir de la muerte y de la enfermedad.

Así pues, la fisiología no es el estudio de una condición preestablecida y estática sino que ha sido el producto de la comprensión del organismo en sus manifestaciones concretas como expresión de entidades más o menos precisas y conocidas. Se construye pues en realidad, una fisiología que admite la posibilidad de *varias fisiologías*, de varios tipos de desarrollo del cuerpo humano, en las que alejarse del promedio no es necesariamente una patología sino eventualmente una forma diferente de adaptación o una forma cambiante de ella. No busca la fisiología original, sino que se modifica permanentemente el concepto de lo fisiológico, en la medida en que se avanza en la comprensión de la vida y de la enfermedad.

La unicausalidad externa como explicación vigente de la enfermedad

La tesis de la unicausalidad externa ha tenido vigencia histórica desde tiempos muy antiguos y aunque ha tenido siempre tesis alternativas, siempre ha sido la dominante y la encargada de someter a esas alternativas al olvido o la postración.

Efectivamente, la unicausalidad externa ha tenido diferentes expresiones a través de la historia, bien sea como formas de castigo por parte de los dioses o del dios, como agresiones externas directas de animales, de hombres o de cosas (accidentes), o en su forma más sofisticada, a través de los agentes patológicos, las noxas y los microorganismos (4).

A pesar de que en todos estos momentos, siempre hubo discursos alternativos como el de Hipócrates, el de Virchow (5) y el mismo Pouchet con su tesis de la generación espontánea enfrentada a Pasteur (6), el descubrimiento de los microorganismos y su asociación a patologías concretas marcó un momento cumbre del pensamiento médico en la medida en que hizo coincidir las explicaciones religiosas con las científicas, en un modelo único de explicación de la enfermedad en el cual se avanzaba indudablemente en la comprensión de ciertos fenómenos pero sin negar las ideas subyacentes acerca de la concepción global del mundo.

El efecto quizá más importante de esta alianza entre la sotana negra y la bata blanca, es el de adaptarse perfectamente a las concepciones populares acerca de la

enfermedad, su origen y su explicación.

Lejos de lo que piensan los médicos, en el sentido de que ellos saben y los pacientes no, lo que ocurre en realidad es que ambos tienen la misma explicación sobre la enfermedad, sólo que con lenguaje diferente y con expresiones concretas más o menos elaboradas.

Una persona acostumbrada a interpretar su situación de vida y sus enfermedades bajo la perspectiva de ser “de malas” (él estaba bien y algo le cayó mal sin saber muy bien por qué) o bajo la perspectiva de “de malo”, (es decir, algo le cayó mal por haber transgredido alguna norma social o religiosa) puede acomodarse y acoger la explicación médica de que lo que le cayó mal fue un microorganismo. En el fondo los pacientes no acuden a los médicos por no saber o por saber diferente, sino precisamente porque de alguna manera comparten una explicación común, la unicausalidad externa.

Son precisamente aquellos grupos o sectores de la población, que tienen una concepción diferente de la vida y de la enfermedad, los que no acuden a la medicina moderna, se resisten a ella e incluso a veces resultan no curándose cuando por cualquier motivo son tratados por ella.

Los pacientes piensan que los culpables de la enfermedad son ellos, por “de malas” o por “malos” y los médicos piensan que el culpable es un microorganismo o una noxa pero al fin y al cabo hay un culpable.

Clarificada la causalidad de la enfermedad, e indiscutida cualquier alternativa, el desarrollo de la medicina se concentra lógicamente en la curación y en la reparación. Los tratamientos antibióticos o antinoxas al mismo tiempo que el desarrollo de la cirugía para reparar el daño, para lo cual no es necesario ni siquiera explicar por qué se dio, han constituido la parte fundamental del desarrollo de la medicina, bastante exitoso, útil y eficaz por cierto.

A pesar de estos éxitos innegables, la práctica social de la medicina comienza a mostrar sus limitaciones e incongruencias, en la medida en que no puede solucionar una serie de problemas y crea otros.

La iatrogenia y los costos de la medicina, al lado de la persistencia de la mayoría de las patologías y la aparición de otras, cada vez más difíciles de enmarcar bajo un diagnóstico preciso, han obligado a desarrollar una crítica alerta en relación a los tratamientos, las drogas y los procedimientos quirúrgicos, y a volver a pensar en la explicación de la causalidad de la enfermedad, a cuestionar el modelo indiscutido y a dar cabida al menos en la discusión, a modelos explicativos alternativos.

En realidad pienso que ésta es la actual coyuntura y es esto lo que le da importancia a este taller, en la medida en que, de alguna manera, es la expresión de un discurso alternativo el cual marca también sus retos, sus dificultades y sus compromisos.

Los modelos explicativos actuales y la vigencia de la unicausalidad externa.

Pero si el énfasis del desarrollo médico ha estado por el lado de la reparación, esto no significa que haya habido una ausencia de modelos explicatorios de la enfermedad.

En esta parte nos vamos a detener en una revisión de dichos modelos, mostrando como hipótesis, que ellos se mueven dentro de un marco de unicausalidad externa, pero también, cómo su evolución y un eventual acercamiento con otras corrientes y con nuevas y mejores explicaciones acerca de la enfermedad y su tratamiento.

El problema de clasificación y el diagnóstico.

Un elemento común a todos estos modelos es el supuesto de que el diagnóstico es unívoco, claro y preciso, vale decir, que existe en una taxonomía confiable acerca de la clasificación de la enfermedad.

Sobre este punto, conviene aclarar que en la actualidad se ha hecho pedazos la clasificación de las enfermedades, en la medida en que dentro de cada diagnóstico, se han ido estableciendo variantes de tal especificidad que llegan a constituirse en enfermedades aparte, tal como ocurre con las distintas clases de hipertensión o de diabetes por ejemplo.

Por otro lado la aparición de nuevas y complejas entidades, por fuera de los esquemas tradicionales en cuanto a etiología y fisiopatología re refiere, han hecho que el lenguaje médico se torne más prudente, de tal manera que hoy existen menos diagnósticos en el sentido estricto de la conformación de una entidad nosológica específica, y cada vez más síndromes, entendidos como el conjunto de síntomas y signos de aparición conjunta y consistente, pero cuya relación fisiopatológica es aún insuficiente o se desconoce.

Esta precisión es necesaria por cuanto el modelo de Leavell y Clark por ejemplo, tiene el supuesto de un diagnóstico claramente establecido, el cual es descrito en su comportamiento y evolución, en diferentes etapas, que han permitido tradicionalmente y con bastante utilidad, el establecimiento de esquemas y niveles de atención a nivel preventivo, clínico y de recuperación según el caso.

Pero es necesario decir con claridad, que no se trata en este caso de un modelo explicativo de la enfermedad, como se le ha querido presentar, sino de un modelo descriptivo del comportamiento de algunas entidades. Precisamente por ser tal, supone el diagnóstico y no cuestiona su explicación ni etiológica ni fisiológica y por lo tanto se mueve dentro de la dominante, es decir el modelo unicausal externo.

Los modelos explicativos propiamente tales.

El modelo unicausal se puede expresar en términos de que X produce Y. La metodología de la investigación de corte funcionalista y su aplicación en la epidemiología, ha desarrollado técnicas y procedimientos, bastante sofisticados en algunos casos, para establecer la constancia de las asociaciones, su fuerza, su exhaustividad, su exclusividad, su antecendencia y su especificidad, su dosis de

respuesta, con sus respectivos criterios de verificación experimental, hasta llegar a establecer la búsqueda y esquivada unicausalidad.

Esta explicación de gran utilidad en el establecimiento de los agentes patógenos tales como los microorganismos, la identificación de lesiones específicas como tumores, cálculos o heridas causantes de alteraciones, síntomas, enfermedades e incluso la muerte, ha tenido limitaciones serias cuando se trata de dar una explicación global y completa de una entidad determinada, en la medida en que se ha podido demostrar que, ningún microorganismo u otra noxa, son suficientes para explicar la aparición de una enfermedad y mucho menos si lo que se pretende es establecer las razones por las que aparece en determinado sitio, época o grupo étnico, geográfico o socioeconómico. Esta insuficiencia ha obligado al establecimiento de categorías tales como la causalidad proximal o inmediata y causalidad distal o mediata, esta última en la que se reconoce claramente la imposibilidad de explicaciones unicasales, dando paso así a la teoría de la multicausalidad, como modelo explicativo alternativo (7). Esta apertura ha sido gradual y con diferentes alcances y contenidos.

En un primer momento, se hizo clásico el modelo de la triada ecológica, es decir, el agente, el huésped y el medio ambiente. En este modelo, aunque se introduce formalmente al medio ambiente dentro del cuerpo de los elementos explicatorios, se hace de una manera contextual y externa, manteniendo como eje central de la explicación, la relación entre el huésped y el agente, éste claramente identificado como algo único y externo al organismo.

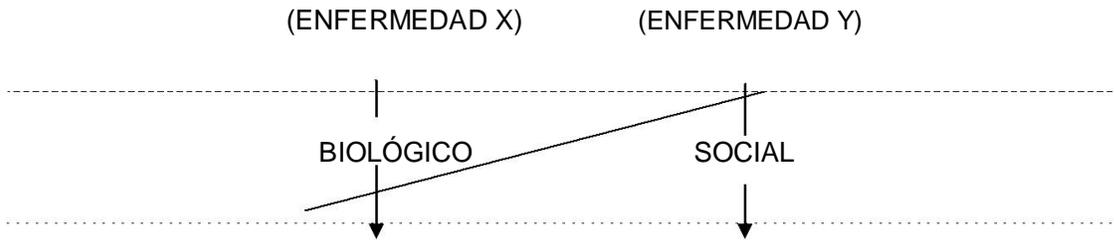
La utilidad de dicho modelo, sin salirse del esquema unicasal y externo, dio excelentes resultados prácticos en la medida en que centró la atención en los aspectos medioambientales tales como los vectores, lo cual permitió una lucha más específica y eficaz contra enfermedades como la parasitosis en general y la malaria en particular.

Una variante de lo anterior se desarrolló en el decenio de los sesenta, al amparo de la teoría del desarrollo y su relación con la salud, a la cual nos referimos en detalle en el libro ya citado, "Salud, Medicina y Clases Sociales", que en el plano particular de la explicación de la enfermedad introducía, como elemento fundamental del medio ambiente, los factores socioeconómicos, dentro de la denominación genérica de factores condicionantes de la enfermedad, lo que en otras palabras quería decir, que la explicación básica seguía siendo como en el modelo anterior la unicausalidad externa.

De todas maneras, el reconocimiento de la participación de estos factores ambientales y condicionantes en la explicación de la enfermedad, ha abierto las puertas a los discursos ecológicos y sociológicos, con perspectivas cada vez más promisorias, estableciendo de alguna manera una jerarquización que supera la simple idea de multicausalidad.

Una variante especial para la introducción de lo socioeconómico, es la utilizada entre otros por Acheson, según la cual existen algunas enfermedades cuya explicación es fundamentalmente biológica y otras cuya determinación es básicamente social. En el primer caso refiriéndose a las enfermedades genéticas y en el segundo a los

llamados accidentes de tránsito.

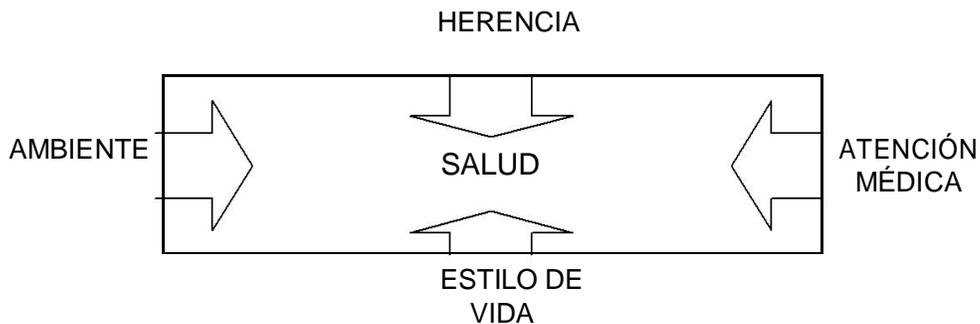


Menciono este modelo por cuanto él reconoce explícitamente una determinación de lo social en la explicación de al menos algunas enfermedades, aunque él mismo no es tampoco explicativo y se limita a describir una clasificación de éstas, como hemos dicho, en función de una posible determinación biológica o social o una combinación de ellas.

Delimita este modelo el campo de lo social y el de lo biológico de manera tajante. El camino que proponemos es el contrario, es decir, buscamos encontrar la forma de articulación de lo biológico y lo social. Este es el reto y esa la dificultad.

Últimamente, han surgido modelos un poco más complejos, especialmente en cuanto a desagregación de grupos de factores de riesgo, sobre todo en Canadá y USA, en los que no se busca la comprensión o la explicación de una enfermedad, en particular, sino la pérdida de la salud, lo cual se hace agrupando los factores que la afectan en biológicos individuales, ambientales, sistema de salud (atención médica) y estilo de vida, según el siguiente esquema

(8)



Este planteamiento y sus diferentes variaciones, asignan un promedio de un 25% de responsabilidad sobre la pérdida de la salud a lo biológico individual, un 50% a lo relacionado con el estilo de vida, un 15% a lo ambiental y un 10% a lo atinente con los servicios de salud, haciendo un tratamiento diferencial en el que los accidentes de tránsito y la cirrosis tienen un 70% atribuible al estilo de vida y para la diabetes esta se reduce a un 20%.

Lo fundamental es el reconocimiento que se hace del factor llamado, estilo de vida, por cuanto es éste el que permite a mi juicio, superar los actuales indicadores para describirlo, tales, como usar cinturón de seguridad, fumar, beber, antecedentes de arresto o porte de armas, edad al iniciar la vida sexual activa, etc., con otros que den

cuenta de la inserción del individuo en un estilo de vida, determinado por su relación con la organización social para la producción y la reproducción biológica, económica y social, los cuales, pienso, son los que pueden explicar incluso esas actitudes individuales, descritas con los indicadores mencionados.

El problema es pues trabajar en alternativas de explicación que trabajen en dos direcciones. Una, la definición más comprensiva de lo que para unos es estilo de vida y para otros, inserción o pertenencia de clase, y la otra, la forma como esta categoría, determina y es determinada en concreto, por factores individuales y sociales, de tal manera que podamos superar los diagnósticos grupales y las situaciones relativamente indefinidas como puede ser la pérdida de la salud, el malestar o el perfil de morbilidad de grupo.

En resumen, encontramos una progresiva incapacidad explicativa de los modelos epidemiológicos clásicos y una progresiva apretura, inicialmente hacia una multicausalidad en abstracto y posteriormente, hacia la aceptación de otras causas y con ellas, de otros discursos.

Es en esta coyuntura en la que el discurso socioeconómico y político ha hecho su irrupción con el aporte de la sociología en un principio y últimamente, del materialismo histórico y el materialismo dialéctico.

Los aportes desde estas perspectivas han contribuido a mejorar nuestro nivel de comprensión de la enfermedad en el contexto de unas condiciones de vida, históricamente determinadas a través de la vinculación a las formas de producción y reproducción social, pero indudablemente se ha tropezado con dificultades no sólo teóricas sino metodológicas, reflejadas en un cierto grado de generalidad de las proposiciones y un divorcio entre los distintos niveles de complejidad del objeto estudiado.

En este trabajo afinamos algunas alternativas propuestas hace ya varios años, las cuales ahora adquieren mayor piso y relevancia.

Evolución del pensamiento funcionalista para superar sus propias limitaciones.

Al mismo tiempo que se han encontrado las limitaciones a los modelos propuestos, se han ido desarrollando diferentes alternativas para superarlos, desde las diferentes corrientes de pensamiento. La idea simple de multicausalidad ha hecho crisis, entre otras cosas porque conduce al relativismo acrítico y a la negación misma de la ciencia y ha venido evolucionando hacia variantes apoyadas en la teoría de sistemas y el concepto de estructura desde el punto de vista funcionalista.

Multicausalidad y accidentes.

Sin embargo, la idea de multicausalidad sigue teniendo presencia activa en los modelos explicativos basados en la idea de azar y particularmente en el concepto de accidente. No es pues la causa de la enfermedad el “ser malo” o recibir una agresión de “un malo”, persona o microorganismo, sino el ser “de malas”.

Si el concepto de accidente, se refiere a explicar la enfermedad o al menos algunas enfermedades o entidades muy concretas, por razones de azar, o por razones desconocidas, que en el fondo es lo que realmente es el azar, -no una causa azarosa, sino un conjunto de causas las cuales no podemos entender-, dado el avance en los estudios epidemiológicos sobre los accidentes de tránsito, los ocupacionales u otros, realmente debemos desterrar dicho concepto por cuanto hoy es perfectamente posible saber las causas de los “accidentes”.

Insistir en que lo que ocurre en algunos sitios de trabajo, en las carreteras, en las ciudades, se debe al azar, o a causas desconocidas, decir que es un “accidente”, no sólo no es cierto, es una mentira, sino que como tal, adquiere una intencionalidad encubridora de las causas o razones que ya se conocen y que nos permiten afirmar que esos eventos son predecibles y por lo tanto prevenibles.

Incluso en neurología, el concepto de accidente cerebro vascular ha entrado en desuso, dado el cúmulo de conocimientos que ya se tienen acerca de los factores de riesgo que pueden desencadenar lo que hoy se denomina enfermedad cerebro vascular.

Estructuras, sistemas y procesos.

La idea de estructura inicialmente planteada por Marx, como un concepto que permite aprehender la idea de totalidad, ha sido tomada por el estructural-funcionalismo para reducirla a sus teorías de alcance medio, logrando aplicaciones en diversas áreas del conocimiento de enorme trascendencia, como la cibernética, los computadores, etc. Su aplicación en la explicación de la enfermedad no se abre paso por cuanto en este campo como hemos visto, la unicausalidad externa mantiene una gran vigencia, y además porque metodológicamente, no se han desarrollado suficientemente las formas de medición de las relaciones, o al menos en la misma medida en la que se ha desarrollado la medición de los objetos, como tampoco las formas de jerarquización de ellas, a pesar de los avances logrados en los modelos causales de Boudon y Blalock y en los actuales sistemas de análisis del riesgo relativo (9) y últimamente la regresión logística.

A pesar de lo anterior, considero que los desarrollos actuales alrededor de la idea de estructura, en el campo funcionalista, con las contribuciones totalizantes a partir del materialismo dialéctico, son un terreno propicio para lograr avances importantes en el futuro inmediato.

A lo anterior debemos agregar el hecho, bastante significativo por cierto, de la evolución del concepto de causa, como algo activo y determinante en sí mismo, hacia el concepto de factor de riesgo como un elemento pasivo, el cual sólo adquiere la connotación causal o mejor determinante, en su articulación con otros factores en una estructura determinada.

La transformación de este concepto debe atribuirse a mi juicio a los elementos señalados, tales como la dilución de la multicausalidad, la aparición del concepto de estructura y más recientemente a la constatación de que las enfermedades no son estáticas ni en sus manifestaciones ni en sus determinaciones, es decir, a que los objetos a estudiar son procesos cambiantes.

Es esta la razón por la cual algunos hemos venido hablando de estructuras causales dinámicas.

Pienso que esta conceptualización ha de permitirnos mejorar nuestra comprensión de la enfermedad, superando el inmediatismo unicausal, pero también mejorando y especificando el papel de lo socioeconómico y lo político en su necesaria articulación con los niveles grupales e individuales.

Discursos emergentes y conceptos críticos.

Pero antes de avanzar en el concepto de estructura dinámica, retomemos algunas implicaciones de la hegemonía de la unicausalidad externa en dos planos: el sojuzgamiento de propuestas alternativas y en el de consolidación de algunos conceptos.

En cuanto a alternativas explicatorias, una de las que sufrió un fuerte retroceso, fue la inmunología, la cual se insinuaba con gran potencial a través de la vacuna de la viruela, pero que ante el descubrimiento de los microorganismos, tuvo que esperar casi un siglo para adquirir nueva vigencia como la que en la actualidad tiene.

Aunque este modelo inmunológico, de alguna manera mantiene la idea de unicausalidad, en la medida en que se entiende la reacción del organismo y sus niveles de memoria de la agresión, como resultado de la presencia de un agente extraño, introduce un quiebre en el modelo de una unicausalidad externa en la medida en que desarrolla el concepto de respuesta endógena, es decir que comienza a entender que el proceso de enfermar, no es sólo el resultado de una agresión, patógena, sino también el resultado de un tipo de respuesta, en la que el organismo no es un receptor pasivo sino un agente activo del proceso de la enfermedad. En otras palabras comienza a entender la enfermedad como una relación bidireccional y no como una simple agresión unilateral.

Al consolidarse la percepción de la enfermedad, en el sentido de una respuesta a una exposición al riesgo, uno de los conceptos que inmediatamente queda cuestionado, es el de la patogenicidad, por cuanto ya no es atribuible la aparición de la enfermedad de manera exclusiva a la patogenicidad, a la virulencia del microorganismo.

Esta tesis se refuerza, en la medida en que hemos constatado cambios importantes en las "actitudes" de ciertos microorganismos que de repente pasan a ser "malos" luego de haber sido "buenos", como el caso del bacilo de Doderlein, antes huésped normal de la vagina y hoy, en determinadas circunstancias causante de infecciones severas e incurables. Igual cosa podríamos decir del bacilo Cereus y especialmente del comportamiento de la mayoría de los hongos, en los que el calificativo de oportunistas, expresa tímidamente el hecho de que en sí mismos no pueden ser patógenos.

Esta argumentación se vería reforzada si pudiéramos demostrar que lo contrario también es cierto, es decir que los "malos" también se vuelven "buenos" o mejor aún, que nunca han sido tan "malos" lo cual parece un tanto difícil, pero bien vale la pena

intentarlo.

Tomemos el caso del bacilo de Koch y la tuberculosis.

Es importante este caso específico por cuanto ha sido uno de los más analizados para demostrar la importancia de lo social en la aparición y desarrollo de una enfermedad en concreto. Varios autores como Terris, demostraron cómo las tasas de mortalidad por TBC disminuyeron en USA, antes de haberse siquiera descubierto la existencia del bacilo. A pesar de lo anterior, fue tal el impacto del hallazgo del microorganismo, que esta enfermedad ha sido una de las que ha desarrollado mayor capacidad de estigmatizar, llegando a la sociedad a discriminar a esos paciente, a segregarlos y confinarlos.

Pero si hoy podemos argumentar alrededor de esta enfermedad para retomar la idea de lo social como elemento determinante en el comportamiento de la enfermedad, tesis por, lo demás aceptada desde diferentes corrientes, pienso que es un buen ejemplo para discutir la idea de patogenicidad e incluso de transmisión o transmisibilidad.

Por una parte los clínicos más avezados en el tratamiento y manejo de los pacientes tuberculosos, niegan empíricamente, con su desprevenido trato hacia ellos, la idea de contagio, de transmisión.

Por otro lado, hoy sabemos que de 100 personas expuestas al contacto directo con el bacilo, 90 hacen una reacción a ese contacto y solamente 10 hacen una evolución que puede clasificarse como tuberculosis.

Lo curioso es que basado en este 10% hemos construido y reafirmado la idea de patogenicidad, cerrando los ojos al hecho de que en un 80% la reacción del organismo a la presencia del bacilo es protectora contra la TBC y al parecer contra otras afecciones respiratorias.

Quienes me conocen dirán simplemente que se trata de una más de las defensas que he realizado por causas perdidas. Sin embargo pienso hoy algo más que esto y que efectivamente, estamos ante la posibilidad de repensar nuestra explicación de la enfermedad.

Al encontrar entonces que el “malo” de repente no lo es tanto, o que incluso puede entenderse en determinadas circunstancias, como protector, queda cuestionada la idea de patogenicidad y la de virulencia pero al mismo tiempo, la de transmisión de la enfermedad, o por lo menos la idea de transmisión como historia natural y por lo tanto necesaria e inmutable.

Discutir el concepto de transmisión, tan caro y útil a la medicina y al mismo tiempo tan acorde con la idea de un culpable al cual se puede aniquilar, en el momento en que e espectro del SIDA se levanta sobre la humanidad reviviendo, a nombre de la ciencia las más oscuras teorías sobre la enfermedad, como producto ésta de comportamientos “desviados” cuya solución está en atenerse a una determinada ética, parece un tanto extemporáneo pero a mi juicio, es un reto ineludible para quienes postulamos la necesidad de superar la actual comprensión de la enfermedad como parte de la vida del hombre.

Indudablemente que esta crítica, deberá especificarse y precisarse más hasta hacerla realmente útil, pero indudablemente contribuye a que vislumbremos con mayor claridad una conceptualización por el lado de la estructura causal y dinámica.

Al trabajar más esta idea de la estructura dinámica, surgen diferentes posibilidades en su utilización y aplicación

Los perfiles de morbilidad.

Muy importantes son los avances logrados en el terreno de identificar perfiles de morbilidad por grupos sociales, en la línea de trabajo de Laurell (11), Breilh (12) y otros en América y en Europa especialmente en Italia.

En la construcción, elaboración e interpretación de dichos perfiles, se acude a mi manera de ver al concepto de estructura, en la medida en que se interrelacionan diferentes tipos de factores de riesgo, referidos a poblaciones determinadas a su vez por un conjunto de categorías escogidas bajo determinada perspectiva teórica.

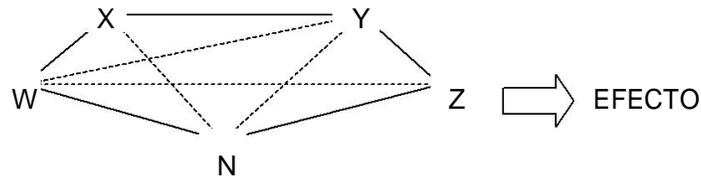
De pronto en un esfuerzo por privilegiar lo social, se menosprecian algunos factores individuales o de grupo relacionados con el nivel biológico o psicológico, aspecto solucionable simplemente con buscar y lograr una adecuada selección y combinación de ellos.

De todas maneras hay que señalar que en algunas vertientes marxistas existe un desprecio por lo biológico y en particular por lo psicológico, al punto de ahogar en la práctica ambos discursos, lo cual ha impedido que las proposiciones hechas acerca de la enfermedad, tengan un grado de aplicabilidad más directo y concreto. Felizmente encontramos hoy dentro de los biólogos y de los psicólogos y psicoanalistas, un enorme esfuerzo por sacudirse ese yugo y utilizando nuestro mismo idioma y nuestra misma perspectiva, están contribuyendo a que su discurso se abra paso entre las corrientes sociales y sociológicas, con mucha propiedad y con grandes aportes.

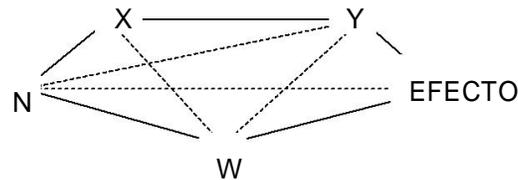
Un resumen de las diferentes formas en las que podemos ubicar el concepto de estructura causal, sería el siguiente:

Una estructura compleja en la cual podamos dar cuenta de factores y circunstancias de diferentes niveles, lo cual obliga a un cuidadoso trabajo metodológico, aún por hacer, estructura que tendría un efecto, detectable en una enfermedad o en un síndrome específico.

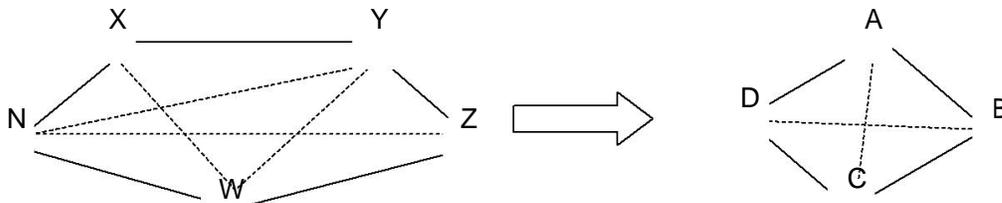
Diagrama 1:



Una estructura compleja, pero en la cual el efecto hace parte de ella misma, es decir el efecto no es algo externo a la estructura sino parte de ella. Diagrama 2:



Una estructura compleja, la cual tiene como efecto también una estructura, en cuyo caso podríamos hablar de efectos estructurales, concepto acorde con la tendencia señalada, que nos revela la dificultad para hablar de enfermedades con diagnósticos precisos y nos obliga a expresarnos en términos de síndromes. Diagrama 3:



El término efecto estructural, permite ubicar los diagnóstico grupales como los entiende Laurell, pero al mismo tiempo permite ubicar entidades tan difíciles de precisar y de tratar, como la farmacoterapia y el mismo SIDA.

De acuerdo a lo anterior, dentro de la posibilidad de trabajar el concepto de estructura causal, como un conjunto de elementos relacionados entre sí, cuya capacidad de expresarse como enfermedad depende de los factores propiamente tales, pero también de la forma como ellos se relacionan entre sí, podemos entender que para actuar sobre una enfermedad no solamente puede ser útil la supresión de un factor específico como lo hacemos ahora sino que puede trabajarse en la modificación de las relaciones entre este factor específico y los demás, lo cual abre un amplio campo de posibilidades a nivel preventivo e incluso curativo.

Al constatar estas posibilidades, aparecen también las dificultades para hacerlas realidad. Estas provienen de dos fuentes. La primera tiene que ver con el concepto de estructura dinámica, de proceso.

¿Cómo determinar las razones para que una estructura sea patógena hoy y mañana no, o viceversa? ¿Cómo acompañar el proceso con una metodología que dé cuenta de él de una manera verificable y repetible?

La segunda proviene de la misma complejidad de la estructura, en lo cual hay además de diversos factores, un problema de medición de las relaciones y sobre todo una diversidad de niveles de análisis, entendida como factores de riesgo contextuales, de nivel socioeconómico o cultural por ejemplo, factores grupales e incluso individuales, los cuales se determinan mutuamente pero con diferente fuerza e incluso con diferente direccionalidad.

Al señalar estas dificultades estoy señalando al mismo tiempo líneas generales para el desarrollo de investigaciones con diferentes metodologías, unas ya desarrolladas y otras aún por hacerlo, metodologías que tienen que pasar por el dilucidamiento teórico de conceptos como formación social, estilo de vida, inserción en el modo de producción, relación biológica, psicológica, fisiológica, etc.

A pesar de las dificultades anotadas, esta perspectiva no tiene que esperar a solucionarlas para arrojar sus frutos.

Hoy los cuestionamientos realizados desde diferentes ángulos al actual modelo médico, tanto explicativo como de prestación de servicios, ha dado paso a la emergencia de otros discursos que ya dan aportes invaluable como la acupuntura, la medicina naturista y otras formas que aún pueden aportar mucho más.

Se ha podido establecer el carácter específico de ciertas enfermedades como el cáncer y su relación con el trabajo, se ha avanzado en superar las limitaciones de los antibióticos, en cuestionar y evaluar procedimientos quirúrgicos no eficaces y sí iatrogénicos, en abordar el estudio de los llamados accidentes con aproximaciones más comprensivas, en el estudio de enfermedades de larga ubicación y larga duración, en abordar campos en los que la medicina ha fracasado o no ha querido intervenir, como la hora de morir, la vida de los ancianos, de los minusválidos y de los desahuciados e incluso el “descubrimiento” de los adolescentes.

Se ha recuperado el papel del psiquis como elemento esencial en la comprensión del proceso de enfermar y de curar, la palabra recupera un sitio del cual ha sido desplazado por la tecnología no siempre eficaz y confiable.

Se ha podido entender que el desarrollo tecnológico no es siempre ni únicamente el resultado de una búsqueda por el bienestar en abstracto, sino que en ocasiones y además, puede ser el resultado de intereses comerciales, grupales, y de satisfacción individual. Se ha reubicado el papel del paciente, como un ciudadano activo con derechos y deberes y por lo tanto con posibilidad de conocer los procesos que lo afectan, participar en su tratamiento y colaborar en la organización de los servicios.

La enfermedad como parte de la vida reivindica el derecho de los limitados y apunta hacia un financiamiento colectivo para la atención de las concreciones individuales del proceso de vivir y enfermar. La responsabilidad sobre la prevención y la curación no recaen en un individuo, el médico, sino que necesariamente deben ser asumidas

por equipos de diferentes disciplinas y diferente complejidad, por diferentes sectores de la sociedad y por la comunidad misma, o mejor por la organización social en su conjunto.

Se ha avanzado a pesar de las limitaciones y dificultades y eso es lo que nos anima a seguir trabajando desde diferentes ángulos, disciplinas, objetos de trabajo, metodologías, en una dirección que busca colocar al hombre en el puesto que le corresponde en la organización de la sociedad.

Este proceso requiere sin lugar a dudas superar obstáculos, e incluso resistir embates de grupos y personas quienes amparadas en un ropaje científico, son voceros y representantes de grupos interesados en que permanezcan las actuales estructuras, el actual y lamentable estado de cosas.

Un avance en este terreno sólo se logrará con un trabajo serio, persistente en la teoría, en la práctica y en la vida social.

Medellín, mayo 1987.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vasco U., A. Salud, medicina y clases sociales. 5ª ed. Medellín, Grupo Salud Colombia.
2. Vasco U., A. Enfermedad y sociedad. Revista de la Escuela nacional de Salud Pública (Medellín), 4(2): 50-61, jul-dic. 1978.
3. Vasco U., A. Enfermedad y sociedad. Medellín, Hombre Nuevo, 1979.
4. Vasco U., A. Salud, medicina y clases sociales, Op. Cit.
5. Barradas, R. Historia del concepto de causalidad. Documento de apoyo a la epidemiología. ABRASCO, 1985.
6. Vasco U., A. Revisión bibliográfica del Bulletin of the History of Medicine. Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública (Medellín), 4(2): 147-150, jul-dic, 1978.
7. Vasco U., A. Salud, medicina y clases sociales, Op. Cit.
8. O'Connor, G. Identificación y control de factores de riesgo. Mundo Médico, 3(2), mar. 1987.
9. Flórez, T. A. y Mazuera, del H, M.E. El análisis de factores de riesgo como un método para conocer el estado de salud. Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1986 (mimeografiado 2992).
10. Londoño, J.L. Regresión logística. Medellín, Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública, 1987.
11. Laurell, C. Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. En: Taller Latinoamericano de Medicina Social. Memorias, Medellín, 1987.

12. Breilh, J. Epidemiología, economía, medicina y política. 3ª ed. México, Fontamara, 1986.