

¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad?

What has been understood by Health and Sickness?

O que tem se percebido por saúde e doença?

Rubén Darío Gómez-Arias¹

¹ MD., MSP., DSP. Profesor jubilado; Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad-Gómez. Universidad de Antioquia. Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, Medellín, Colombia. Correo electrónico: rubengomez33@gmail.com

Recibido: 01/04/2018. Aprobado: 04/06/2018. Publicado: 23/07/2018

Gómez-Arias RD. ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad?. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2018; 36(Supl 1): 64-102

Resumen

Este artículo pretende destacar los principales enfoques y conceptos que han dado cuenta de la salud y la enfermedad a lo largo de la historia. Lo que llamamos salud y enfermedad son formas que va asumiendo la vida de las personas y los grupos como consecuencia del metabolismo social, concepto referido al conjunto de intercambios que se dan entre naturaleza y sociedad gracias al trabajo humano. Las nociones de salud y enfermedad son construcciones sociales complejas, que han cambiado entre los grupos humanos bajo la influencia de condiciones históricas particulares. En este seminario, revisaremos el concepto de metabolismo social como determinante de las formas que asume la vida humana, incluyendo entre ellas el goce y el sufrimiento. Revisaremos también los enfoques del curso de la vida que pretenden explicar cómo y por qué cambia nuestra existencia. Seguidamente, examinaremos cinco de los principales paradigmas que, desde el discurso oficial, han influenciado la manera de entender la salud y la enfermedad en

la cultura occidental: a) la concepción naturalista antigua, b) el paradigma religioso medioeval; c) el paradigma físico antiguo, d) el paradigma científico moderno; e) el funcionalismo. Estos discursos derivan en una medicalización de la salud y la enfermedad, que concibe las enfermedades como trastornos biológicos empíricamente observables, y la salud como una norma única que debe regular toda forma de vida. Revisaremos también las críticas al positivismo, formuladas por Leriche y Canguilhem. Finalmente consideraremos la manera como el saber popular concibe y valora la salud y las enfermedades. Se espera que estas Notas de clase generen un espacio de debate para conceptualizar el sufrimiento humano en una categoría más amplia e integral.

-----*Palabras clave:* Disentimientos y Disputas, Enfermedad, Conducta de enfermedad, Estadios del ciclo de la vida, Factores socioeconómicos, Valor de la vida, Conocimiento

Abstract

This article aims to highlight the main approaches and concepts applied on health and sickness throughout history. What we call health and sickness are patterns assumed by people's and groups' lives as consequence of the social metabolism. This is a concept that denotes the set of exchanges between nature and society caused by human work. The notions of health and sickness are complex social constructions that have changed among human groups influenced by particular historic conditions. In this seminar, we will examine the concept of social metabolism as determinant for the patterns assumed by human life, including enjoyment and suffering. We will also examine the course of life approaches, that aim to explain how and why our existence changes. Afterwards, we will examine five of the main paradigms that, according to the official discourse, have influenced the way in which health and sickness are understood in the Western culture: a)

the ancient Naturalist Conception; b) the medieval Religious Paradigm; c) the ancient Physical Paradigm; d) the modern Scientific Paradigm; e) Functionalism. These discourses derive from a medicalisation of health and sickness, which conceives sicknesses as biological disorders empirically observable, and health as a unique norm regulating all lives. We will also examine criticism made to Positivism by Leriche and Canguilhem. Finally, we will analyse the way in which Popular Knowledge conceives and values health and sickness. It is expected that these class notes generate a debate in order to conceptualise human suffering in broader and more integral category.

-----*Keywords:* Disagreements and Disputes, Sickness, Sickness Behaviour, Life Cycle Stages, Socioeconomic Factors, Value of Life, Knowledge

Resumo

Este artigo visa destacar os principais enfoques e conceitos que se tem aplicado para a saúde e a doença, ao longo da história. O que conhecemos como saúde e como doença são formas gradualmente assumidas pela vida das pessoas e dos grupos, consequência do metabolismo social. Por metabolismo social entende-se o conjunto de trocas acontecidas entre a natureza e a sociedade, por causa do trabalho humano. As noções de saúde e de doença são construções sociais complexas, que têm mudado entre os grupos humanos sob a influência de condições históricas particulares. Neste seminário, revisaremos o conceito de metabolismo social como determinante das formas assumidas pela vida humana, incluindo entre elas o prazer e o sofrimento. Também, revisaremos os enfoques do percurso da vida que visam explicar como e por que nossa existência muda. Após, examinaremos cinco dos principais paradigmas que, segundo o discurso oficial, têm influenciado a maneira

de entender a saúde e a doença na cultura ocidental: a) a antiga concepção naturalista, b) o paradigma religioso medieval; c) o paradigma físico antigo, d) o paradigma científico moderno; e) Funcionalismo. Estes discursos derivam em medicalização da saúde e da doença. Percebem-se as doenças como transtornos biológicos empiricamente observáveis, e a saúde como uma única norma regulatória de qualquer forma de vida. Também, revisaremos as críticas ao Positivismo, exprimidas por Leriche e Canguilhem. Finalmente, consideraremos como o saber popular entende e valora a saúde e as doenças. Espera-se que estas anotações de aula propiciem um espaço de debate para conceituar o sofrimento humano em uma categoria mais ampla e integral.

-----*Palavras-chave:* Dissentimentos e Disputas, Doença, Comportamento de doença, Etapas do ciclo de vida, Fatores socioeconômicos, Valor da vida, Conhecimento

Delimitando el problema: salud y enfermedad como manifestaciones del curso vital

Este artículo pretende destacar los principales enfoques y conceptos que han dado cuenta de la salud y la enfermedad a lo largo de la historia, y sobre los cuales se soportan los debates actuales en salud pública.

Aunque la salud y las enfermedades, son experiencias cercanas a toda persona, su definición es particularmente compleja y ha dado origen a varias discusiones entre los expertos. Nuestra dificultad para definir estos términos no

se debe a la falta de experiencias que nos permitan hablar de ellos, sino precisamente a la variedad de vivencias que las personas suelen relacionar con la salud y con las enfermedades a lo largo del curso de la vida. Sin pretender agotar un debate que lleva varios años, y que aún no ha terminado, este resumen destaca algunos de los puntos de mayor interés que pudieran orientar la discusión y soportar mejores decisiones para contribuir al desarrollo integral de las personas y aliviar su sufrimiento.

El metabolismo social impone su rumbo a la vida

En calidad de organismos vivos, los seres humanos somos producto de la evolución de la materia. Y a semejanza de

otros seres vivos, nuestra existencia está determinada inicialmente por condiciones naturales que imponen restricciones a la supervivencia, reproducción y posterior desarrollo de la especie. Entre estas restricciones se destacan la obtención y procesamiento de los elementos materiales y de la energía requeridos para mantener la vida. A lo largo de millones de años, todos los seres vivos hemos establecido con el resto de la naturaleza un complejo y delicado equilibrio metabólico que permite el reciclaje de la materia y la energía, y mantiene la vida dentro de ciertos límites. Dichos límites se configuran como necesidades o requisitos que los organismos deben cumplir para mantener su integridad, desarrollar los procesos vitales, y reproducirlos en entornos cambiantes que no siempre son favorables. El intercambio que se establece entre los organismos vivos y su entorno recibe el nombre de “metabolismo”, e involucra dos procesos complementarios: en primer lugar la obtención e incorporación, por parte de los seres vivos, de aquellos elementos materiales requeridos para conformar su estructura orgánica y desarrollar los procesos vitales; adicionalmente, el metabolismo incluye la capacidad de los organismos para transformar estos elementos y devolverlos a la naturaleza, con el fin de que puedan ser reutilizados por otros.

Al igual que otras especies vivas, el hombre primitivo debió también ajustarse a las restricciones de la naturaleza. En condiciones de debilidad frente a otras especies, la humanidad sólo pudo sobrevivir gracias a su capacidad de organizarse como sociedad. La condición de “ser social” no es entonces un atributo irrelevante de los seres humanos; por el contrario, fue y sigue siendo una condición esencial para la supervivencia y desarrollo de la humanidad, que no se limita al hecho de vivir junto a otros sino a interactuar con ellos, estableciendo relaciones bidireccionales donde la existencia de cada uno de los individuos es influenciada por los demás y contribuye a la configuración de su grupo. La socialización no solamente aseguró la supervivencia de la horda primitiva en condiciones particularmente difíciles, sino que le permitió también alcanzar tres logros fundamentales para la humanidad: a) controlar su entorno como ninguna otra especie ha podido hacerlo; b) desarrollar el pensamiento; y c) transformar la naturaleza mediante el trabajo.

Según el Materialismo histórico, el trabajo es una actividad esencialmente humana y social, cuya aparición en el planeta cambia cualitativamente las formas de metabolismo que se dan entre las especies vivas y la naturaleza, pues mediante el proceso de trabajo la sociedad va adquiriendo propiedades naturales (la humanidad se naturaliza) y al mismo tiempo va incorporando en el mundo material las características sociales (la naturaleza se humaniza) [1,2,3]. El trabajo humano genera entonces una nueva forma de interacción

con la naturaleza material denominada “metabolismo social”, que nos diferencia de las demás especies y marca tanto nuestro desarrollo posterior, como el curso mismo del mundo que nos rodea. Los nuevos procesos de intercambio, configurados por el trabajo, integran al hombre y la naturaleza, y fortalecen la interdependencia entre ambos. Desde el enfoque materialista, el curso de la vida de los seres humanos no obedece entonces a un proceso meramente biológico y mecánico como es el metabolismo natural, sino a un tipo particular de **metabolismo social**, constituido por un sistema complejo de procesos de intercambio de materia y energía, que ocurren de manera permanente y dinámica entre toda sociedad y sus condiciones materiales de existencia, y cuyos cambios configuran la historia humana.

Para el Materialismo histórico el concepto de “metabolismo social” es clave para comprender los cambios que experimenta la humanidad, porque supera el dualismo entre lo natural y lo social; ya no podemos hablar de fenómenos meramente biológicos, ni de hechos meramente sociales, sino de procesos humanos donde se integran la naturaleza y la sociedad. La noción de “metabolismo social” es también clave para enfrentar varios de los problemas que intentaremos resolver en nuestro curso, donde con frecuencia argumentaremos que *mediante el metabolismo social la naturaleza y la sociedad en su conjunto se van configurando (determinando) mutuamente*. Las formas que asumen los procesos de intercambio naturaleza-sociedad, mediadas por el trabajo, no solamente permiten el mantenimiento de la vida humana definiendo sus potencialidades, sino que imponen también límites y restricciones a la existencia de cada individuo en particular, y de los grupos humanos en general.

La noción de metabolismo social no solamente desvirtúa la dicotomía naturaleza – sociedad, sino también la supuesta separación entre el ser humano y la naturaleza que ha reducido la noción del ambiente a lo “externo”. Por el contrario, en virtud del trabajo humano y el metabolismo social, el ambiente se convierte en una “segunda naturaleza”, transformada para bien o para mal, que posibilita y restringe la existencia humana. Los ecosistemas y ambientes urbanos dejan de ser agentes externos, mecánicos y pasivos que afectan tangencialmente nuestras vidas, para convertirse en hábitats transformados por la humanidad, la cual impone su sello al ambiente natural. El hábitat, como ambiente humanizado, configura también las posibilidades de existencia de los individuos, los grupos y las demás especies vivientes. Hombre y naturaleza son parte inseparable de una misma realidad donde el futuro de ambos y de la vida misma está estrechamente ligado.

A la luz del metabolismo social, el curso de la vida humana obedece ciertamente a condiciones materiales impuestas por la naturaleza. Pero también a procesos

sociales que marcan el rumbo de la existencia desde la concepción y el nacimiento hasta la muerte. Más allá de los requerimientos genéticos, fisiológicos y biológicos, la vida, la muerte, la reproducción, el goce, el sufrimiento y las acciones de cualquier persona estarán marcados, no una vez sino continuamente, por las condiciones materiales de su hábitat; por las características genéticas, de sexo, de género y de etnia; por la historia de sus padres y de su grupo; por su propia historia personal; por su participación en las actividades productivas; y por las condiciones económicas y culturales de su barrio y de su país.

Los procesos biológicos y sociales involucrados en el metabolismo social no ocurren de forma mecánica, pero tampoco de forma arbitraria; son el resultado siempre inacabado y momentáneo de intercambios multidireccionales y dinámicos entre las condiciones naturales y los grupos humanos, donde condiciones preexistentes determinan los cambios y formas futuras de la existencia, imponiéndole retos y restricciones. Algunos de estos intercambios son conservadores, y permiten que la vida se mantenga dentro de ciertos límites; otros son innovadores y marcan nuevos rumbos al desarrollo de la humanidad, impulsándola hacia nuevas formas de existencia; finalmente, un tercer tipo de intercambios puede generar nuevas restricciones y retos que imponen drásticas adaptaciones al curso de la vida, [4] e inclusive la conducen a callejones sin salida incompatibles con la supervivencia. Entre los procesos del metabolismo social que limitan la existencia y restringen sus opciones de goce y supervivencia, se destacan: a) las carencias; b) las acumulaciones; c) la intensidad de las demandas; d) el desgaste; e) la incorporación de elementos o condiciones que interfieren con los procesos vitales; y f) la emergencia de cambios imprevistos.

Aunque el metabolismo social es esencialmente producto del trabajo humano, los intercambios entre la naturaleza y las personas no ocurren de la misma manera en todos los individuos ni en todos los grupos pues, a diferencia del concepto estadístico de “población”, las sociedades no son simples aglomeraciones de individuos, sino sistemas complejos, donde las personas participan de diferente manera en los procesos de producción y reproducción del grupo. Ello implica que los procesos metabólicos no se presentan de la misma forma, ni configuran los mismos resultados en todas partes, sino que cambian permanentemente, dependiendo de la manera particular como las personas van interactuando entre sí y con sus condiciones materiales de existencia. En consecuencia, comprender la manera como se configura y expresa el curso de la vida nos exige considerar no solamente las restricciones biológicas, sino también las condiciones materiales, económicas y políticas en que la gente vive e interactúa con la naturaleza.

El curso de la vida de los seres humanos y de las demás especies, depende del metabolismo social. Y de él dependen también el sufrimiento y la muerte. Sin embargo, los procesos involucrados en el metabolismo social que facilitan o amenazan la supervivencia y el curso de la vida no son siempre evidentes a simple vista, y su complejidad supera nuestra capacidad actual de comprensión. Algunos de los procesos que configuran las formas de la vida se materializan en condiciones y cambios que pueden ser experimentados por los seres humanos como displacenteros o desagradables. Otros en cambio operan en silencio, tras las apariencias, y no logran emerger a la consciencia, ni de los individuos ni de los grupos afectados. Como veremos adelante, algunos de estos cambios logran emerger a la consciencia, en cuyo caso son experimentados y valorados por las personas como “enfermedades” y “problemas de salud”

Nuestra forma de experimentar la vida también cambia

Las formas que asume la vida varían constantemente... y nuestra forma de valorarlas también cambia, aunque a veces no nos demos cuenta de ello [5]. A lo largo de la existencia, los seres humanos vivenciamos múltiples situaciones que afectan nuestra capacidad para aprovecharla y disfrutarla, las cuales experimentamos con placer o con sufrimiento. El placer y el dolor son nuestras primeras categorías de valor, mediante las cuales calificamos y clasificamos las experiencias, mucho antes de imaginarlas de manera precisa y racional [6]. En ocasiones el lenguaje nos permite expresar a los demás estas experiencias, o comprenderlas cuando otra persona nos las comunica. Pero los procesos vitales, las experiencias, y las formas de expresarlas, no ocurren siempre de la misma manera, y con frecuencia el lenguaje se queda corto para dar cuenta de ellas y comunicarlas a otros [7]. Este es el caso particular de la salud y la enfermedad, donde las ideas que nos formamos sobre ellas pueden mostrarse limitadas para reflejar por completo el alcance de la vivencia. Exigida por las restricciones que nos imponen la supervivencia, la socialización y el lenguaje, la humanidad ha desarrollado a lo largo de la historia representaciones simbólicas para calificar el sufrimiento y el peligro, y diferenciar estas experiencias del placer y la seguridad. Las categorías lingüísticas utilizadas para establecer la diferencia entre ambos tipos de vivencias, más que dar cuenta exacta de la experiencia subjetiva original de cada sujeto, suelen reflejar los valores y paradigmas que algunos subgrupos han podido posicionar en la sociedad mediante la cultura y el lenguaje. Los símbolos lingüísticos utilizados para representar, diferenciar y valorar las experiencias involucradas en el curso de la vida, no aparecen sin razón; son el resultado de procesos particularmente complejos y creativos que producen conceptos y que involucran a la sociedad en

su conjunto; en tal sentido podemos hablar del *Proceso social de producción de conocimientos*. La producción de conceptos e ideas es un proceso esencialmente social; y no ocurre de forma independiente sino estrechamente relacionados con la producción económica y el ejercicio del poder. La producción del lenguaje tampoco es una capacidad trivial de los seres humanos; por el contrario, las formas del pensamiento y la consciencia social juegan un papel esencial en la supervivencia, la conservación y la reproducción del grupo; por eso podemos calificarlas también de procesos de *reproducción social*. El hecho de que las concepciones sobre la salud y la enfermedad correspondan a procesos de producción y reproducción social explica cómo y por qué el alcance de los términos suele cambiar de un grupo a otro y a lo largo de la historia.

Experiencias y vivencias van materializando el curso de la vida

La vida no es un fenómeno estático... Tanto la vida de las especies, como la existencia de cada individuo en particular consiste en una rápida sucesión de cambios que nos acompañan desde la concepción a la muerte. En la infinitud del tiempo cósmico nuestra existencia es un instante fugaz, pero durante ese breve instante, que para nosotros es la totalidad de la existencia, nuestros cuerpos, nuestras emociones, nuestras ideas y nuestras interacciones recorren el camino abierto por los ancestros, y buscan nuevas rutas antes inexploradas. La sucesión de cambios que configuran la existencia humana no ocurre al azar; algunos de estos cambios configuran patrones que pueden abrirnos opciones inesperadas, pero pueden también restringir nuestras posibilidades de disfrutar la vida. En el marco de esta sucesión permanente de cambios tienen lugar los momentos de salud y de enfermedad.

El concepto de “curso de la vida” fue introducido en 1964 por Leonard Cain para referirse a la secuencia de “estados sociales” que ocupan los individuos a lo largo de sus vidas [8]. En la actualidad el curso de la vida se define como un “complejo conjunto de enclavamientos, trayectorias o rutas a través de la duración de la vida... que se caracteriza por secuencias de eventos, transiciones y exposiciones a través de varias etapas o fases de la vida... las cuales tienen un impacto en el desarrollo posterior de las vidas individuales.”[8].

En 1974, el psicólogo social norteamericano Glen Elder (1934--), interesado por relacionar las vidas individuales con los cambios sociales, describió la experiencia de una cohorte de niños californianos nacidos en los años 20 y expuestos a la gran depresión;(9,10). su estudio mostró que esta experiencia había marcado la vida siguiente de los individuos a lo largo de dos generaciones. Los estudios de Elder rompían con los principios tradicionales de la Psicología que explicaban el desarrollo humano a partir de un patrón universal,

determinado por la herencia genética y la evolución biológica; y en cambio daban lugar a ciertas hipótesis novedosas en su momento: a) que las vidas individuales están influenciadas por contextos históricos en constante cambio; b) que el estudio de las vidas humanas requiere nuevas formas de pensar para comprender su patrón y dinámica; y c) que los principios del desarrollo humano deberían aplicarse a todos y cada uno de los procesos que ocurren a lo largo de la vida [11,12].

En los años siguientes se fortaleció entre los psicólogos sociales la inquietud por comprender el desarrollo de la personalidad y las historias de vida colectivas a lo largo de distintas generaciones. Los diferentes estudios fueron consolidando una “Teoría del curso de la vida”, interesada por facilitar la comprensión de las formas que va asumiendo la vida de los individuos y los grupos, a la luz de las condiciones materiales en que viven, y de las estructuras sociales con las cuales interactúan en diferentes momentos de la existencia. Dicha teoría propone que, a lo largo de la vida, un mismo individuo configura patrones diferentes de respuesta que dependen del tipo de exposición a instituciones y normas sociales, y de los roles que en ese momento le asigna la cultura según la edad [12]. Dicha teoría propone estudiar el curso de la vida a partir de tres categorías esenciales [13]:

- Las **trayectorias**: definidas como ciertos recorridos vectoriales que se suceden a lo largo de la vida, pudiendo cambiar en dirección, grado y proporción, Cada dominio de la vida (trabajo, desarrollo psicomotor, nutricional, afectivo, relacional) sigue una trayectoria específica a lo largo del tiempo, que si bien presenta características diferenciables es interdependiente de las demás.
- Los **momentos críticos**, o momentos de inflexión, o coyunturas decisivas (*turning point*): son eventos que provocan una modificación brusca y marcada en el curso previo de la vida; por ejemplo, el matrimonio, o la graduación. Los *turning points* pueden ser favorables o desfavorables; pueden influir simultáneamente en varias trayectorias, y pueden tener efectos acumulativos.
- Las **transiciones**: son cambios de estado en las trayectorias, usualmente impredecibles, que reflejan adaptaciones de los individuos ante un *turning point*. Ej.: el matrimonio marca varias transiciones en la vida emocional, nutricional y recreativa de las personas...

La teoría del curso de la vida plantea tres categorías de análisis: la construcción de la vida, la noción de agenciamiento y las etapas del curso de la vida.

- El primero de estos conceptos se refiere a que cada individuo va **construyendo su vida** a lo largo del tiempo, bajo la influencia de su entorno ambiental y social. Para facilitar el análisis de este proceso se proponen cinco supuestos conceptuales:

a) Las experiencias de cada cohorte se consideran singulares y específicas. Pero en su interior, las líneas de tiempo biográficas (individuales) e históricas (sociales) se van interceptando de manera diferente.

b) Los cambios de una persona ocurren en tiempos biográficos específicos (envejecimiento, desarrollo humano, maduración, ganancias y pérdidas), los cuales deben tenerse en cuenta para entender las trayectorias.

c) Las “*etapas de la vida*” son ciertos períodos gobernados por mecanismos biológicos, sociales y especialmente culturales, durante los cuales los individuos (niños, adolescentes, personas mayores) deben ajustarse al rol que les asigna su entorno cultural. El analista debe diferenciar las *etapas del curso de la vida*, de otros eventos y transiciones que concurren en ellas.

d) Dentro de cada etapa de la vida ocurren eventos, momentos críticos, transiciones y trayectorias o rutas sociales que deben ser reconocidas y valoradas.

e) Mas allá de la descripción, el análisis debe reconocer la interconexión que se va dando entre las diferentes etapas: infancia, niñez, adolescencia, edad adulta, etc [8]

- La noción de **agenciamiento (agency)** se refiere a la acción o intervención requerida específicamente para producir un efecto particular en el curso de la vida. Todos los seres humanos presentan una capacidad variable de agenciar deseos, intenciones y actuaciones creativas; nacemos con una capacidad altamente generalizada para agenciar, de forma análoga a nuestra capacidad para el pensamiento y el lenguaje. La capacidad de agenciamiento es una característica inherente a la construcción de la vida, y ocurre dentro de los límites establecidos por la ontogénesis biológica, los esquemas culturales que regulan cada etapa de la vida, las transiciones entre las etapas, y las interacciones del sujeto con el grupo [8]. Este concepto supone que cada individuo es capaz de ejercer un cierto grado de control sobre las relaciones sociales en las que está inmerso, lo que a su vez implica la capacidad de transformar esas relaciones sociales, hasta cierto punto [8] Evaluar la capacidad de las personas para agenciar sus condiciones de existencia y sus interacciones en cada momento analizado, es un elemento especialmente importante desde el enfoque del curso de la vida.

Las **etapas del curso de la vida** no son momentos biológicos; son esquemas culturales (construcciones sociales) que definen los significados atribuidos a diferentes momentos de la vida (niñez, adolescencia; adultez...) y las transiciones que se dan entre ellas. En su calidad de construcciones sociales, estos esquemas son conjuntos organizados de conocimientos que se van imponiendo a la población definiendo los atributos y roles que deben presentar los individuos en cada fase o

etapa particular de la vida (Ej.: el comportamiento que se espera de una persona al llegar a la vejez) [8]. Las etapas del curso de la vida se superponen al desarrollo biológico y configuran estructuras sociales que conllevan ciertas oportunidades y restricciones al interior de las redes de roles, relaciones y patrones de comunicación.

- Adicionalmente, la Teoría del curso de la vida propone cinco criterios para facilitar los análisis: [13].
- El desarrollo a lo largo del tiempo. Según este criterio, para entender un momento en la vida es necesario entender aquellos momentos que le precedieron.
- La concreción del cambio en un tiempo y lugar específico. El curso de vida de cada individuo no debe analizarse en abstracto, sino desde el lugar y el momento histórico concreto en que éste se desarrolla.
- La oportunidad (*timing*) en que ocurre un evento en un momento particular de la vida. Según este criterio las consecuencias futuras de un *turning point* dependen de las condiciones previas y del orden cronológico en que ocurren los eventos. La muerte de la madre no tiene el mismo efecto en un lactante que en un adulto. En la vida de cada individuo existen momentos (ventanas de oportunidad y riesgo) donde la persona es más sensible al *turning point*.
- La interconexión de las vidas. Las trayectorias de cada individuo influyen y son influenciadas por las trayectorias de otros. La identificación y valoración de estas interacciones es la clave para comprender los cursos que asume la vida de las personas y los grupos.
- La posibilidad de decisión (libre albedrío). A pesar de las limitaciones que nos imponen las condiciones de vida, la historia y la coexistencia, el enfoque del curso de la vida supone que cada individuo puede conservar un grado variable de autonomía para modificar su vida.

Los artículos sobre el tema suelen referirse a dos enfoques con énfasis diferentes, aunque complementarios y estrechamente relacionados en su fundamentación teórica:(8)

- **Análisis del “curso de la vida”:** Este término se refiere al conjunto de procedimientos analíticos interesados por el curso de la vida de los individuos, a partir de su historia personal. Su enfoque se centra específicamente en la naturaleza y los determinantes de las transiciones de cada persona; sus tiempos; sus vínculos con los eventos y exposiciones en otras etapas de la vida; y sus consecuencias para los diferentes resultados del desarrollo humano (por ejemplo, la salud y el bienestar).

- **Perspectiva del curso de la vida:** Es una manera de entender el curso de la vida de las personas en relación con su contexto social. Este enfoque supone que las transiciones y procesos de desarrollo de los individuos se producen durante toda la vida incrustados de forma estrecha en contextos históricos y en instituciones sociales que van configurando patrones que se imponen al rumbo de la vida de los individuos en sus diferentes etapas. En tal sentido se interesa por los procesos sociales y demográficos que ayudan a configurar las transiciones, y tratan de explicar sus consecuencias, no solamente para el desarrollo de los patrones de continuidad o cambio que aparecen con la edad; sino también sobre la capacidad de agenciamiento de las personas. El Enfoque del curso de la vida se interesa más por la dimensión colectiva y los cambios grupales que por la historia singular; pretende explicar los sucesos vitales del grupo a lo largo de las etapas de la vida, donde cada momento conecta estrechamente etapas previas y posteriores, bajo la influencia de condiciones históricas. Para ello estudia el conjunto de eventos históricos y cambios económicos, demográficos, sociales y culturales que van dando forma, tanto a las vidas individuales, como a las formas de existencia de los grupos humanos; y los relaciona con las trayectorias que siguen los individuos en sus diferentes etapas del desarrollo [13]. En particular, se interesa por exposiciones individuales y grupales que se van acumulando y expresando con el tiempo al interactuar con otros eventos. Metodológicamente se apoya en diseños longitudinales (estudios de cohorte o estudios generacionales) y en técnicas cualitativas: entrevistas semiestructuras, biografías e historias de vida.

La Teoría y los enfoques del curso de la vida, abren nuevas perspectivas a la comprensión de la salud y a la enfermedad, las cuales se revelan como procesos siempre cambiantes, que se van configurando a partir de condiciones previas y nuevas experiencias. Sus propuestas reconocen que los sistemas sociales y políticos determinan el curso de la vida de sus integrantes de varias maneras: regulando las condiciones materiales de existencia de los grupos en general y de ciertas personas en particular; regulando de forma implícita o explícita la exposición a los *turnig points* (tipos, oportunidad y secuencia); potenciando o restringiendo de forma variable el nivel de autonomía de las personas y los grupos; regulando de forma variable las interconexiones entre las vidas de los individuos con su grupos; y definiendo rutas fijas para ciertas trayectorias mediante la restricción de su dirección e intensidad. Para quienes han entendido el concepto, las personas ya no se enferman por azar; por

el contrario, asumen que el proceso salud – enfermedad se da a lo largo de la vida en estrecha relación con sus condiciones materiales de existencia y sus interacciones con el resto de la sociedad. Desconocer esta situación limita nuestra capacidad de transformar la realidad y nos impide aliviar el sufrimiento.

La noción de salud y enfermedad en el discurso oficial

La noción de salud es una construcción socialmente determinada, que surge y se desarrolla en contextos históricos específicos; [14] en tal sentido se comporta como un componente ideológico estrechamente relacionado con las categorías y valores predominantes la sociedad, los cuales son impuestos por los grupos hegemónicos en defensa de sus intereses particulares.

La Tabla 1 presenta diferentes enfoques sobre la salud y la enfermedad que han predominado en el discurso oficial.

En este artículo, el término “discurso oficial” se refiere al conjunto de mensajes que el grupo dominante incorpora a la ideología mediante diferentes estrategias, con fines predominantemente persuasivos, dirigidos a estimular un tipo de comportamientos y extinguir otros. El discurso oficial no se limita a los mensajes explícitos del gobierno de turno, porque varios grupos que tienen acceso al poder imponen sus intereses y valores por mecanismos frecuentemente implícitos que impregnan y regulan la conciencia social, con frecuencia de forma inconsciente, moldeando no solamente la manera de ver el mundo, sino también la identidad de las personas como sujetos [31]. En términos generales, el discurso oficial a lo largo de la historia refleja estándares que definen la salud como un valor normalizador, es decir, como una condición apetecible y valiosa, un valor común al que deben ajustarse todas las personas. En tal sentido algunos autores proponen que la opción de salud tiene un carácter normativo [16,32].

El orden natural como criterio para definir la salud y la enfermedad

En los discursos oficiales sobre la salud y la enfermedad han predominado tres categorías estrechamente relacionadas entre sí, que se sobreponen y complementan a lo largo de la historia: armonía, adaptación y funcionalidad. Las tres convergen en el supuesto de un “orden” preexistente y siempre bueno, y en la intencionalidad más o menos implícita de sujetar las personas a este molde único.

La noción de armonía era ya muy fuerte en la cultura griega que la consideraba como la expresión de un ordenamiento idealizado en perfecto equilibrio; libre de excesos y desviaciones; y caracterizado por una conveniente proporción y correspondencia entre

Tabla 1. Diferentes enfoques de la noción de salud

Año	Autor	Argumentos centrales
	Ejemplos de concepciones populares	La salud es no estar enfermo La salud es vivir feliz La salud es no sentir dolor y poder trabajar La salud es poder llegar a viejo sin depender de otros
190	Galeno	La salud es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores que en nosotros existen, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales. O también es la cómoda armonía de los elementos (Definiciones médicas)(15)
1935	René Lériche	La salud es la vida en el silencio de los órganos(16)
1941	Henry Sigerist	La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo(17)
1942	Paul Valery	La salud es el estado en el cual las funciones necesarias se cumplen insensiblemente o con placer. (18)
1943	Georges Canguilhem	La noción de salud una categoría que usamos para calificar el margen de tolerancia o seguridad que cada uno posee para enfrentar y superar las infidelidades (restricciones) del medio... Es un criterio convencional normativo. La salud no es solo la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales(1)
1948	Organización Mundial de la Salud OMS	La salud es el completo estado de bienestar físico mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o dolencias. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.(19)
1956	René Dubos	Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado.(20,21)
1978	Declaración de Alma Ata	... La salud, que es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad; es un derecho humano fundamental y... la consecución del nivel de salud más alto posible es un objetivo social prioritario en todo el mundo, cuya realización requiere la acción de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.(22)
1984	Kamó Nikolaievich Simonian	La salud es el estado de completa satisfacción socio- biológica y psíquica, cuando las funciones de todos los órganos y sistemas del organismo están en equilibrio con el medio natural y social, con la ausencia de cualquier enfermedad, estado patológico, defecto físico.(23)
1980	Instituto de Desarrollo de la Salud de la Habana	La salud es una categoría biológica y social que existe en unidad dialéctica con enfermedad, resultante de la interrelación dinámica entre el individuo y su medio y que se expresa en un estado de bienestar físico, mental y social, y está condicionada por cada momento histórico del desarrollo social.(5)
1980	Milton Terris	Salud es un estado de bienestar físico mental y social (componente subjetivo) con capacidad de funcionamiento (componente objetivo) y no únicamente la ausencia de malestar o dolencia.(24)
1984	Ingman Pörn	La salud es el estado que una persona obtiene exactamente en el momento en que su repertorio de acción es relativamente adecuado a los objetivos y metas por ella establecidos. Metas requeridas para lograr un bienestar mínimo y duradero. (25)

Continuación Tabla 1

Año	Autor	Argumentos centrales
1986	Carta de Ottawa Para la Promoción de la Salud	...El concepto de salud, como bienestar, trasciende la idea de formas de vida sanas... La promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario... Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos.(26)
1986	VIII Conferencia Nacional de Salud Brasilia	En sentido amplio, la salud es la resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, tiempo libre, libertad, acceso y posesión de tierra y acceso a los servicios de salud. Siendo así, es precisamente el resultado de las formas de organización social de producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida.(27)
1989	L Salleras Sanmartí	La salud es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, y de la capacidad de funcionamiento, que permitan los factores sociales en los que viven inmersos el individuo y la colectividad.(28)
1996	James Frankish	La salud es la capacidad de la gente para adaptarse, responder, o controlar los cambios y retos de la vida(29)
1997	Declaración de Yakarta	"La salud es un derecho humano básico y esencial para el desarrollo económico y social". (30)

las cosas. La armonía se percibe como un equilibrio bello, placentero y valioso; es la expresión del orden natural que impera en el cosmos y en la Polis, y en consecuencia constituye un patrón ético, estético y político y que debe defenderse: *Todo debe ser armónico y nada debe alterar el orden sereno de la Polis*. La concepción idealizada de un orden armónico jugó un papel político muy importante como eje articulador de la ideología greco-romana, porque no solamente enmascaraba y legitimaba las grandes inequidades de su modelo esclavista, sino que actuaba también como núcleo articulador de otras concepciones y prácticas sociales. En este contexto, el discurso oficial definió la salud de las personas como un estado idealizado de la armonía y el orden que rige en todo el cosmos. Para ser sano, todo sujeto debe ajustarse a la ley natural del orden, el equilibrio y la armonía. El énfasis en la armonía se observa en autores antiguos como Galeno, quien definía la salud como el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales o la cómoda armonía de los elementos [15].

Paradigma físico antiguo: La enfermedad como pérdida del equilibrio

En Grecia, durante el s. V antes de nuestra era, tuvo lugar un proceso muy importante para comprender la noción de enfermedad, pues la medicina, como arte de curar, se separó de la religión y la magia.

Por esta época el esclavismo, la colonización de las islas del Mediterráneo y el activo intercambio comercial que establecieron los griegos con el norte de África y Oriente, desarrollaron notablemente sus conocimientos y tecnologías. Varios filósofos de la época expandieron una concepción de la realidad que concebía los fenómenos como procesos naturales, explicables desde las leyes del cosmos y no desde la voluntad de seres sobrenaturales. Esta perspectiva se conoce con el nombre de Paradigma físico, o Paradigma gnoseológico antiguo.

Uno de los representantes de esta corriente fue el médico Hipócrates (460-370 a.n.e.) quien, desde la isla griega de Cos, promovió una nueva forma de entender el sufrimiento, en la cual fijaba los fundamentos físicos de la medicina y rompía con el pensamiento mágico religioso. Influenciada por la cosmología de los filósofos de su época, la escuela hipocrática negaba que los acontecimientos fueran el resultado de fuerzas sobrenaturales. Por el contrario, reconocía que la realidad existe, sujeta a leyes físicas definidas, las cuales mantienen la armonía y el orden de la naturaleza, y son comprensibles a través de la observación y el raciocinio. Los hipocráticos compartían también una visión integral del cosmos que obligaba a los médicos a ver los fenómenos en su conjunto y a buscar la relación existente entre ellos [33].

Condicionada por la concepción física vigente en su época, la escuela de Hipócrates centró su arte y sus conocimientos en los males del cuerpo, y desarrolló una noción de enfermedad acorde con esta

visión. El paradigma físico reconoce que la naturaleza (*physis=φύσις*) existe por sí misma sin necesidad de involucrar a los espíritus. En el orden cósmico, el cuerpo humano se compone de cuatro humores donde se mezclan los cuatro elementos de la naturaleza: flema (agua), bilis amarilla (fuego), bilis negra (tierra), y sangre (aire). La salud se percibe desde el equilibrio natural. El individuo “*goza de buena salud cuando los elementos internos (humores) están debidamente equilibrados en lo que respecta a su mezcla, fuerza, cantidad...*” [34-36]. La mezcla equilibrada de estos humores se denomina *crasis*; las enfermedades se producen cuando ocurre un desequilibrio (*crisis*) entre la naturaleza física general y la naturaleza particular de cada persona. Desde la perspectiva hipocrática, las enfermedades dejan de entenderse como una condición difusa y mal definida; y son asumidas en cambio como alteraciones específicas del orden equilibrado y bueno de la naturaleza y de la polis, las cuales son causadas por el exceso o defecto de algunos de los elementos. Dichas alteraciones, se manifiestan como molestias observables, y apartan al hombre de su esencia y de la sociedad; pero a pesar de constituir alteraciones del orden cósmico no obedecen a causas sobrenaturales, sino a fuerzas naturales explicables [34-36].

La enfermedad obedece a la interacción entre causas externas e internas; y aparece cuando una fuerza nociva perturbadora (*Physis* cósmica), expresada en el clima, los miasmas, los alimentos, los venenos, etc., puede más que la contextura de cada persona (*Physis* individual). Esta fuerza perturbadora puede ser ineludible e incontrolable; pero también puede actuar por azar o determinación contingente, y en este caso es controlable. Para el modelo naturalista hipocrático, la enfermedad se comprende mediante analogías (*raciocinio especulativo*) a partir de la observación y la experiencia sistemática. Esta perspectiva fortaleció la práctica médica como una técnica de la curación (*techné iatriké*) que rompía con supuestos metafísicos y proponía la medicina como una profesión centrada en la observación de las alteraciones que ocurren en la dimensión natural (física) del cuerpo, [34,37] y cuyos fundamentos pueden sintetizarse alrededor de cuatro aspectos:

- Su énfasis en la enfermedad como un trastorno del cuerpo, esencialmente desequilibrante, regido por fuerzas naturales, y susceptible de comprensión a través de la observación y del razonamiento.
- Su creencia en el carácter dinámico y cambiante de la enfermedad. La enfermedad no es una fatalidad, pues puede aparecer y desaparecer.
- Su convicción de que la enfermedad existe como una categoría concreta de los individuos (no existen enfermedades sino enfermos). Para el modelo hipocrático, tanto las enfermedades como las prácticas higiénicas se consideran asuntos

individuales y, con excepción de los momentos en que ocurría una epidemia, no mostró un interés teórico ni práctico por el carácter público que ambas pudieran tener.

- Su respeto por el orden natural. La medicina hipocrática promovía una postura conservadora frente al tratamiento. Lo más importante era no hacer daño al enfermo. En tal sentido, la mejor manera de evitar las enfermedades consistía en comportarse de manera razonable y cauta, con el fin de mantenerse en armonía con la naturaleza. Cuando se consideraba estrictamente necesario, se procuraba el restablecimiento del equilibrio con base en la dieta, la higiene individual y la reducción de los humores excesivos, promoviendo la sudoración y el vómito, y la expulsión de heces, orina y flemas.

La escuela hipocrática definió las enfermedades como formas de sufrimiento que reflejaban el desequilibrio corporal del buen orden de la naturaleza; y formuló los fundamentos de la medicina como disciplina, como práctica técnica y como oficio médico [34]. Los médicos hipocráticos buscaban en la sucesión y dispersión de los fenómenos individuales, una regularidad similar a la del cosmos, cuya comprensión les permitiera hacer predicciones y actuar sobre ellas; sin embargo, rechazaban la idea de que esta regularidad fuera única y universal, y proponían en cambio que todo fenómeno, incluyendo la condición de cada enfermo en particular, obedecía a su propio ordenamiento equilibrado.

Seis siglos después de Hipócrates, Galeno de Pérgamo (130-210), médico del emperador romano Marco Aurelio, y quien gozaba de gran prestigio en la corte, expandió los principios hipocráticos por todo el imperio: la enfermedad se consideraba una condición natural que se impone al cuerpo, y por obra de la cual se desequilibran las funciones vitales. En virtud de esta alteración sufren las distintas actividades en que se despliega la vida natural: respiración, digestión, movimiento de la sangre, actividad nerviosa, sensibilidad, pensamiento. Este proceso no sigue siempre el mismo rumbo, y cada enfermo tiene peculiaridades que no pueden enunciarse por completo.

Para comprender los alcances del modelo Hipocrático - Galénico es necesario considerar el contexto histórico en el cual se expandió el paradigma. En sociedades esclavistas como Grecia y Roma, las enfermedades se consideraban condiciones individuales y se valoraban según la clase social del enfermo. Aquellos enfermos que tenían cómo pagar al médico recibían atención. Otra cosa era la enfermedad de los esclavos; aunque se reconocía que las enfermedades reducían su capacidad de trabajo y bajaban su precio, no merecían tratamiento a menos que afectaran la riqueza de sus amos. En sus orígenes, la atención del enfermo

se limitaba a la higiene individual basada en dietas y ejercicio, y a prácticas conservadoras que pretendían restablecer el equilibrio humoral perdido. Sin embargo, cuando el imperio romano requirió soldados, gladiadores y esclavos «sanos», *la cirugía experimentó un notable desarrollo e inclusive se crearon centros militares para atender a los soldados heridos* [36].

Desde el imperio romano, el modelo Hipocrático-Galénico se incorporó al pensamiento medioeval europeo y se expandió al oriente, donde fue acogido y desarrollado por los árabes.

Paradigma mítico religioso medioeval: enfermedad y pecado original

A mediados del s. IV, la crisis del esclavismo en Europa dio lugar a la expansión del feudalismo, un modelo económico y social profundamente inequitativo basado en la propiedad y explotación de la tierra. Los nuevos terratenientes, apoyados por los clérigos, se apropiaron de la riqueza y controlaron los recursos explotando a los siervos de la gleba (campesinos). Su sistema económico y político se prolongaría por casi mil años apoyado en la ideología cristiana. En este nuevo contexto, la concepción naturalista, dinámica e individualista de la enfermedad, propuesta por el modelo Hipocrático-Galénico fue subsumida por concepciones mítico religiosas judeocristianas que subvaloraban el cuerpo e interpretaban las enfermedades y otros infortunios como pruebas o castigos divinos.

El feudalismo retomó la idea de un orden armónico sobrenatural, la cual persistió durante la Edad Media. La ideología religiosa cristiana entendía la naturaleza y la sociedad, como fenómenos generados y regulados por la sabiduría divina, e impuso esta visión a la sociedad de la época: *Todo lo que ocurre refleja la voluntad divina y debemos someternos a ella*. El discurso medieval cristiano sobre este tema es complejo, porque exige compatibilizar el principio de un orden divino con la existencia del mal. A este respecto, supone que el mal, el sufrimiento y el dolor, aparecen en el mundo como resultado del pecado de Adán; la idea del pecado original explica el origen del mal y permite a la ideología religiosa vigente interpretar las enfermedades como expresión de la voluntad celestial.

La enfermedad deja de ser comprendida como un fenómeno sujeto a las leyes de la naturaleza, para ser asumida como una expresión del ordenamiento establecido por la sabiduría de Dios, cuya aparición puede interpretarse de dos formas complementarias: la enfermedad puede ser el justo castigo por los pecados de quien desobedece la ley divina; pero puede ser también una prueba purificadora establecida por la misericordia de Dios [37]. En ambos casos, la sociedad europea medieval fomentó una actitud contemplativa frente a la enfermedad; la resignación, la paciencia, la oración y

la penitencia eran la respuesta esperada frente un hecho originado en la voluntad divina. Los enfermos pasaron a denominarse “pacientes” y se convirtieron en objeto de compasión y misericordia conforme a los principios evangélicos. La caridad y las obras de misericordia son también leyes divinas que deben aplicarse a los que sufren; con excepción de los grandes pecadores, cuya transgresión es irreparable y por ello deben ser exterminados o excluidos de la comunidad.

En el marco de la concepción medieval, donde los monasterios eran los centros intelectuales y técnicos más avanzados de la época, algunas comunidades religiosas crearon alrededor de sus conventos, obispados y parroquias, “xenodoquios”, refugios, albergues y hospitales para acoger gratuitamente a los pobres, menesterosos, huérfanos, peregrinos y moribundos. Los cuidados al enfermo que brindaban los monjes no estaban inspirados por el ánimo de lucro ni el amor por la ciencia, sino por la caridad como principio evangélico. Dichos cuidados comprendían el soporte paliativo y algunas medidas terapéuticas, asegurando en primer lugar la salvación de las almas de enfermos y moribundos [36]. Durante la Edad Media persistieron algunos médicos laicos, los cuales aprendían directamente su arte de un experto y atendían a quienes tenían capacidad de pagar, aplicando la medicina galénica en un contexto religioso donde estaban restringidas las disecciones y la experimentación. La atención de la población pobre se reducía al cuidado que recibían de sus propias familias, al servicio básico y polivalente que las comunidades religiosas brindaban a los más graves en los hospicios y hospitales religiosos, y a los servicios prestados por cirujanos barberos quienes recorrían las aldeas en sus carretas, realizando procedimientos directos sobre el cuerpo que incluían, entre otros, corte de pelo, reducción de esguinces y fracturas, drenaje de abscesos, y extracción de dientes.

Aunque nuestro resumen se centra en la tradición occidental, es necesario anotar que otras culturas tuvieron su propia concepción sobre la enfermedad y su cuidado, las cuales exceden el objetivo de este seminario. Es necesario anotar, sin embargo que en la India, China, Japón y las culturas árabes, no solamente se desarrollaron concepciones propias y profundas sobre la vida, la salud y el sufrimiento, sino también modelos complejos para atender las dolencias, algunas de las cuales eran aún más avanzadas que las aplicadas por la misma época en Occidente [36,38,39].

Paradigma científico moderno: La enfermedad como anomalía biológica individual.

El surgimiento de la ciencia moderna

A mediados del s. XI el sistema feudal europeo entró en crisis. Sus medios de producción eran rudimentarios;

su comercio era incipiente; su sistema político se había debilitado por luchas internas entre los nobles; las condiciones higiénicas eran precarias y las pestes habían diezmando su población. Del otro lado del mar Mediterráneo, las regiones controladas por los árabes mostraban un gran desarrollo económico; comercial y cultural; y sus caravanas llenas de riqueza surcaban el norte de África y el Oriente expandiendo sus conocimientos. La crisis del feudalismo buscó una salida violenta en ultramar; con apoyo de la iglesia, los nobles europeos reclutaron sus siervos y emprendieron varias cruzadas militares al oriente, con el pretexto de rescatar Jerusalén y los santos lugares. Estas expediciones sangrientas permitieron a los europeos apropiarse violentamente de las riquezas de los pueblos árabes. Al volver de las cruzadas, los expedicionarios cargados de riquezas, no regresaron a sus parcelas y en lugar de ellos se ubicaron en los cruces de caminos, donde establecieron asentamientos urbanos denominados burgos (ciudades), y desde los cuales activaron el comercio y promovieron sus intereses y valores. Un poco más tarde los portugueses extendieron sus expediciones bordeando las costas de África hasta la India, y Cristóbal Colón abrió a los españoles la explotación de América. En menos de 400 años todas las riquezas del mundo fueron a dar a los burgos europeos, concentrando en ellos la riqueza de los territorios invadidos y sentando las bases del capitalismo [40].

Las expediciones dieron también lugar al surgimiento de la burguesía, una nueva clase social enriquecida, que abandonó el campo y se dedicó al comercio. Los burgueses tenían dinero, vivían en palacios lujosos llenos de comodidades, comían bien y enviaron sus hijos a las universidades para convertirlos en los sabios de su época; pero eran plebeyos; no tenían títulos nobiliarios ni participaban en los espacios de poder; y debían pagar altos impuestos a la nobleza y al clero para poder establecer sus mercados. Sintiendo excluidos y explotados, los burgueses utilizaron su dinero y su ingenio para derrocar el antiguo régimen. Las luchas de la burguesía contra la nobleza y el clero se prolongaron por casi cuatro siglos mediante múltiples estrategias que incluyeron la violencia armada, la infiltración política, las reformas religiosas, y la lucha ideológica. En este contexto de enriquecimiento y confrontación política los burgueses promovieron el desarrollo de ideas consideradas en su época como “modernas”. La Modernidad, un movimiento ideológico y político que surgió con el capitalismo y reflejaba el ideario de la burguesía oprimida, promovía la igualdad entre los seres humanos; afirmaba la dignidad natural del ser humano y los valores del sujeto; reivindicaba el valor de lo material frente a lo sobrenatural; privilegiaba la razón y la experiencia frente a la fe; legitimaba el utilitarismo como ética centrada en la ganancia; rechazaba el poder

absoluto y las diferencias de clase; en lugar del derecho divino proponía adoptar la ley natural y los derechos naturales (propiedad privada, herencia, etc...); sus promotores consideraban también que el fundamento de los sistemas políticos y de las relaciones de poder debía basarse en un “contrato social”, entendido como el acuerdo logrado por las personas en condiciones de igualdad y libertad; igualmente insistían en separar la Iglesia del Estado y en dividir el poder público en tres ramas independientes que se controlaran mutuamente.

La Modernidad confiaba en el hombre, la razón y la libertad, y se proponía crear un «Estado Moderno» democrático, regido por el derecho natural y por las libertades individuales. Impulsado por sus intereses comerciales, el capitalismo expandió también por el mundo su filosofía utilitarista que propende por el aprovechamiento y explotación de la naturaleza y de los cuerpos humanos como fuentes de enriquecimiento. En contra de los poderes medioevales, el pensamiento moderno impulsó las ciencias naturales como una forma de conocimiento basada en el razonamiento y la observación empírica de los fenómenos, que garantizaba la comprensión, control y aprovechamiento de la naturaleza, la sociedad y las personas [40].

La *Ciencia moderna* es un nuevo paradigma de pensamiento que surge con la Modernidad, recogiendo la ideología pragmática y los intereses utilitaristas del capitalismo naciente. A diferencia de los filósofos y teólogos, los nuevos sabios consideraban que el conocimiento válido es un medio para controlar la naturaleza y beneficiarse de ella, y que no se obtiene mediante la especulación ni la mera reflexión sino mediante la observación empírica rigurosa y la formulación de argumentos contrastables mediante las observaciones. El paradigma científico emergente se negaba a aceptar cualquier argumento que no se basara en observaciones empíricas consistentes y rigurosamente organizadas. Así nació la ciencia que conocemos hoy.

Apoyada en este paradigma, la medicina europea se fue despojando de su concepción religiosa cristiana; retomó elementos de la física greco-romana y los sometió a los criterios de la investigación científica que florecían en el momento. Este no fue un proceso sencillo, y los primeros médicos renacentistas que enfrentaron la enfermedad con una perspectiva científica, entraron en conflicto con las autoridades religiosas. Sin embargo, se recuperaron los principios materialistas de la medicina hipocrática; se reasumió de nuevo la enfermedad como un fenómeno sujeto a las leyes de la naturaleza; y los médicos se interesaron por sistematizar sus hallazgos y observaciones acerca de las características de los enfermos. En este camino, debieron sin embargo apartarse progresivamente del modelo hipocrático-galénico que se mostraba muy limitado para responder a los intereses utilitaristas del capitalismo naciente.

El método clínico sienta las bases de la medicina científica

Durante la Edad Media los hospicios brindaron soporte espiritual y material a pobres menesterosos, peregrinos y enfermos, bajo el cuidado de comunidades religiosas, las cuales administraban los pocos hospitales que existían en occidente. A partir del s. XVII el capitalismo se enfrentó con el reto de garantizar el desarrollo de la producción y de proteger las ganancias. En el contexto del utilitarismo y del desarrollo del comercio, las monarquías absolutistas de la época reconocieron la necesidad de garantizar la existencia y reproducción de un ejército laboral y militar de reserva que fuera capaz de asegurar la riqueza y la seguridad del reino. La salud de este ejército de reserva se convirtió en un asunto de Estado y dio lugar a varios dispositivos dirigidos a mejorar la productividad de los cuerpos humanos. Una de estas estrategias fue la policía médica, un conjunto de estrategias de control social interesadas por el orden de los mercados y la salud de la población; [41,42] como veremos más adelante, la policía médica creada por las monarquías absolutas en Europa constituye el origen de la salud pública actual. Otra de las medidas adoptadas por el absolutismo real fue el fortalecimiento de la medicina y de los hospitales de beneficencia, muchos de los cuales contaban con apoyo del reino, y donde se concentraron los enfermos.

La concentración de los enfermos en un mismo lugar generó una revolución en la dinámica y comprensión de la salud y la enfermedad. Este cambio en el modelo de atención, permitió al médico observarlos y compararlos de forma sistemática y continua, e hizo posible que surgiera el *paradigma clínico*, conjunto de conceptos y métodos que van a marcar el desarrollo posterior de la medicina occidental. Uno de los promotores de la clínica fue el médico inglés Thomas Sydenham (1624-689), considerado el padre de la medicina científica moderna. Sydenham, quien sintonizaba con la idea de los científicos y los empiristas de su época, rompió con la concepción religiosa medieval y con la medicina galénica, proponiendo en cambio que la medicina debía basarse en la observación empírica, detallada y rigurosa de los enfermos. Sobre este argumento propuso el “método clínico” (*del griego kliné = cama, lecho*) según el cual la enfermedad es una «realidad clínica» observable, conformada por signos y síntomas. El enfoque clínico insistía en la observación cuidadosa y sistemática de los síntomas subjetivos y de los signos objetivos, buscando regularidades que permitieran al médico clasificar las enfermedades y diferenciar los tratamientos. El mismo Sydenham propuso una taxonomía que catalogaba las enfermedades como agudas y crónicas; las primeras se relacionaban con cambios inexplicables que podían

proceder del aire, y las segundas con el régimen de vida del enfermo. La clasificación de Sydenham dará lugar a una ruptura entre las acciones colectivas centradas en el control de los procesos agudos y colectivos (higiene pública) y las acciones individuales (higiene privada) interesadas por modificar el curso de los trastornos crónicos [43].

Al lado de la cama de los enfermos, el ojo atento y la percepción cuidadosa del médico comenzaron a registrar irregularidades de color, forma, tamaño, dureza y movimiento, con el fin de definir y clasificar las dolencias [44]. El énfasis en la observación rigurosa de signos y síntomas se expandió rápidamente entre los médicos europeos de la época y fue desplazando al paradigma medioeval. La confianza de los cínicos en la información obtenida mediante los sentidos y la experiencia empírica, que en filosofía de las ciencias se ha denominado empirismo, ha marcado desde entonces la comprensión que la medicina tiene acerca de la enfermedad. Adicionalmente, la medicina fue incorporando un esfuerzo sistemático por clasificar y agrupar los signos y síntomas del enfermo en síndromes y enfermedades con unidad e identidad propias, diferenciables entre sí. El interés por conformar categorías conceptuales de tipo general, dio lugar a una *concepción ontológica* que convirtió las enfermedades en abstracciones o entes con existencia propia por fuera del individuo enfermo (de allí el término “ontológica”). Desde este momento, la medicina occidental entiende las enfermedades como categorías abstractas y ontológicas, construidas a partir de signos observables y síntomas comunes, los cuales configuran un patrón universal al que debe ajustarse cada individuo enfermo. El patrón semiológico caracterizado por el médico define si una condición es reconocida o no como enfermedad y obligará a la medicina a incluir al enfermo en alguna de estas categorías preestablecidas. A partir de entonces los médicos comenzaron a hablar de “la sífilis” como si ésta existiera por sí misma por fuera del enfermo, y no como una condición de los pacientes. Al incorporar una visión ontológica, la medicina dejó de tratar enfermos para tratar enfermedades.

Bajo la orientación de los avances científicos de la época, la noción de enfermedad se convirtió rápidamente en el producto de un raciocinio muy sofisticado que restringía cada vez más sus análisis a la observación empírica y la formulación de leyes universales, características propias del paradigma positivista. En todo caso, el raciocinio de la medicina científica no permaneció estático y experimentó la influencia de los avances sucesivos que se dieron en la ciencia y la tecnología, entre los que se destacan tres enfoques: la concepción anatómo-clínica, la concepción fisiopatológica, y la concepción etio-patológica [35].

Concepción anatomo-clínica de la enfermedad

Esta vertiente de la medicina científica surgió en el s. XVI apoyada en la práctica de las disecciones. Aunque la conservación de los cadáveres y la disección fueron prácticas usadas por los antiguos egipcios, los médicos griegos y el mismo Galeno, su práctica decayó en la Edad Media tanto en Europa como en oriente. A partir del s. XIII algunas Universidades fueron autorizadas para realizar disecciones cada cierto tiempo [45]. La expansión de la Modernidad flexibilizó las normas regulatorias y facilitó la expansión de las disecciones en las Universidades, generando un cambio profundo en el paradigma médico. A la luz de los descubrimientos en anatomía e histología, los científicos se interesaron de manera particular por relacionar topográficamente los signos y síntomas con algún órgano específico donde pudiera localizarse el mal. Impulsada por los estudios del belga Andrés Vesalio (1514-1564), el holandés Hermann Boerhaave (1668-1738), el italiano Juan Bautista Morgagni (1682-1771) y el francés Xavier Bichat (1771-1802), se fue expandiendo en Europa la idea de que cada enfermedad se ubica en algún lugar específico del cuerpo, y que el médico no puede entender la dolencia mientras no sepa localizarla anatómicamente. Para responder a esta inquietud, las enfermedades se fueron clasificando según el órgano afectado.

El énfasis en el órgano lesionado fracciona el cuerpo del enfermo y deshumaniza el sufrimiento; la enfermedad ya no es una experiencia humana, con historia y nombre propio, sino un fragmento de su cuerpo: su hígado, su intestino, su riñón... La anatomía se integró a la concepción clínica de los médicos científicos. En los primeros años del s. XVII el enfoque clínico de Sydenham se apoyó en los descubrimientos de los anatomistas, y la enfermedad se consideró una “realidad clínica” ligada a la lesión de un órgano específico. Sin embargo, los descubrimientos anatómicos avanzaron tan rápidamente, que el interés por la localización orgánica se fue imponiendo al síntoma, y la enfermedad fue asumida como una “realidad anatómica” fraccionada del resto del cuerpo, separada del sujeto que sufre, y aislada del contexto histórico. A partir de este período, el médico será incapaz de ver la enfermedad si no ve la lesión, y asumirá que *no hay enfermedad sin daño orgánico observable empíricamente*. La lesión anatómica de una parte del cuerpo se convertirá desde entonces, en el punto de referencia para entender y controlar la enfermedad. Para los anatomistas, no hay enfermedad sin lesión orgánica demostrable y la salud se definirá en términos negativos como ausencia de lesión anatómica.

El desarrollo de la clínica y de la anatomía consolidaron la influencia de la *concepción “naturalista”* defendida por los médicos modernos, quienes asumían las enfermedades como eventos

naturales, esencialmente perjudiciales, y las clasificaban con base en criterios técnicos observables, localizados en un órgano, sin tener en cuenta argumentos éticos ni juicios de valor. Este argumento es importante, pues luego veremos una concepción completamente opuesta que define las enfermedades desde juicios y valoraciones subjetivas [16].

Concepción fisiopatológica: la estadística define la normalidad

La idea del orden armónico defendida por los filósofos antiguos, prevaleció también en los albores del capitalismo, y se fortaleció aún más a mediados del s. XV. Por esta época, la concentración acelerada de la riqueza mundial en los burgos europeos, expandió el interés social por el mundo material y contribuyó al desarrollo de las ciencias naturales. Las observaciones de los primeros científicos destacaban la existencia de un orden natural armónico, que regula el cosmos y que explica cómo y por qué ocurren los acontecimientos. A mediados del s. XVII, los avances en física del polaco Nicolás Copérnico (1474-1543) y del italiano *Galileo Galilei* (1564-1642) van expandiendo entre los científicos modernos la idea de que la naturaleza funciona como una máquina perfecta, cuyo comportamiento obedece a ciertas leyes universales. Para los pensadores de la época, conocer la naturaleza consistía en conocer las leyes físicas que explican su funcionamiento, en cumplimiento del ordenamiento cósmico donde ciertos eventos previos actuaban como causas que producían ciertos efectos específicos. Esta corriente, liderada por el filósofo René Descartes, recibió el nombre de “mecanicismo” y se expandió con gran fuerza en Europa a partir del s. XVII, ejerciendo una gran influencia en la concepción posterior de la salud y la enfermedad. Desde el mecanicismo, los fenómenos se consideran regulados o normados por leyes naturales invariables que se materializan en ciertas formas de relación fija y específica entre ciertos eventos, las cuales se consideran relaciones causales, e imponen su rumbo a los fenómenos que observamos en la vida cotidiana. En el marco de este paradigma se desarrolló el concepto de “normalidad” para hacer referencia a aquel ordenamiento que actúa como regla única y dirige el funcionamiento del mundo. Un fenómeno se considera “normal” mientras se ajuste a la regla única del cosmos, y toda variación a esta ley universal debe considerarse “anormal”.

Dos descubrimientos fortalecieron la idea de “normalidad” en salud: los avances en fisiología y la curva de Gauss.

- A partir del s. XVIII, los trabajos de los alquimistas y químicos estimularon el desarrollo de la fisiología. El biólogo y químico francés Antoine-Laurent de Lavoisier (1743-1794) descubrió el oxígeno y el

hidrógeno, describió los procesos de combustión y oxidación, elaboró la primera tabla periódica y sentó las bases de la química moderna. En el campo de la medicina, el médico y fisiólogo Claude Bernard (1813-1878) describió la función digestiva del páncreas, la acción glucogénica del hígado, el funcionamiento de los pulmones y del sistema nervioso; estudió también la acción de diferentes sustancias sobre los órganos sentando las bases de la farmacodinamia.

- Por esta época se producían también avances importantes en estadística. El matemático y físico alemán Johann Carl Friedrich Gauss (1777-1855) descubrió que, cuando los fenómenos se repiten muchas veces, tienden a agruparse alrededor de su valor promedio, y que su frecuencia se refleja en un gráfico de campana, donde los eventos raros se alejan de la media. Este descubrimiento ejerció una fuerte influencia sobre los científicos, quienes asumieron los promedios como el reflejo de la ley única universal que rige los fenómenos. El promedio se consideró expresión de la norma universal. En el mismo sentido, lo que se aleja del promedio es anormal, desviado, sospechoso y peligroso. La idea de que las mediciones estadísticas son el mejor reflejo del orden natural armónico y perfecto, fue rápidamente adoptada por los científicos positivistas que incorporaron este criterio a su monismo metodológico.

Bernard, considerado el padre de la medicina experimental, propuso que el cuerpo humano se comporta como una máquina regulada de manera precisa por leyes naturales que ocurren de la misma forma en todos los individuos y permiten su adecuado funcionamiento. En su concepto, los seres vivos están ligados a su medio externo y dependen de él; adicionalmente, todo organismo contiene un medio interno ordenado y en equilibrio denominado “homeostasis” que puede ser observado y medido. El cuerpo es una máquina, y el estudio de sus funciones es la clave para comprenderlo. La vida no se explica por la anatomía sino por el adecuado funcionamiento de la máquina; el órgano no crea la función; por el contrario, la función crea al órgano, y por consiguiente cada órgano del cuerpo aparece y se modifica para cumplir una función definida al interior del mecanismo. Desde la perspectiva de Bernard, las alteraciones funcionales surgen antes del daño anatómico y se van reflejando posteriormente en la lesión del órgano; por eso los marcadores fisiológicos pueden ser la primera manifestación del trastorno. La enfermedad constituye una alteración del orden natural, y para controlarla se requiere entender qué función ha sido alterada. Este daño funcional es observable empíricamente porque el ordenamiento natural universal se impone a las variables biológicas

generando un patrón uniforme que se refleja en todos los sujetos y que puede ser medido mediante el cálculo de los promedios. Las alteraciones funcionales pueden aparecer aún antes de la lesión anatómica, e inclusive generar síntomas indicando que el proceso está siendo alterado. Asumiendo que todas las variables biológicas siguen una distribución en campana de Gauss, pueden definirse valores límite (claramente identificables) entre lo que es normal y lo que es “anormal o patológico”. La medición de las condiciones homeostáticas permite establecer claramente los valores límite entre lo normal (el orden) y lo patológico (el desorden). Los promedios de los parámetros fisiológicos se consideran “normales”, y la conservación de estos parámetros se asume como requisito para una vida libre e independiente.

Según este razonamiento, la comprensión de la enfermedad debe realizarse midiendo los atributos observables del individuo y comparándolos con el valor promedio del grupo; las diferencias observadas entre la medición obtenida en un individuo y el promedio poblacional deben considerarse “anormalidades patológicas”. La estadística de los procesos revela la norma; lo normal es lo frecuente, y es en estos términos cuantificables, como se definen la salud y la enfermedad. Ser sano es ser “normal”; es decir, parecerse a lo que es común, reflejando la norma natural. El orden es único y universal. Los fisiólogos suponen que la máquina perfecta del cuerpo funciona en todas partes y a toda hora de manera similar. Este patrón común debe considerarse normal y puede medirse estadísticamente (normalidad estadística). Por su parte, la enfermedad es una alteración funcional y cuantitativa de la máquina humana, que se ha apartado del orden natural, que es demostrable en el laboratorio, y que se aleja del promedio. En consecuencia, no hay enfermedad sin desviación funcional.

El aumento en la alteración de los parámetros puede dar origen a los síntomas. La importancia que Bernard y los fisio-patólogos confieren a los síntomas como expresiones de la anormalidad estadística, los llevará también a definir la salud como la “ausencia de síntomas” y a considerar que la diferencia entre un individuo enfermo y uno sano es cuantitativa. Su concepción de la normalidad como un patrón único y genérico llevará a la medicina positivista a desconocer los contextos sociales o históricos en que ocurre la vida del individuo y de su grupo, e introduce también una ruptura teórica y práctica al interior de la comprensión del sufrimiento humano; la salud se refiere a los fenómenos normales y son objeto de estudio de la fisiología, mientras la enfermedad se refiere a la alteración de las mediciones y es objeto de la medicina [46]. El saber de la medicina científica se dejará arrastrar por la anormalidad y se alejará cada vez más de la salud como objeto de estudio.

Los avances de Bernard reflejan la fuerza del mecanicismo reinante en su época. Bajo la influencia del paradigma fisiopatológico, el discurso oficial de la medicina entenderá el cuerpo humano como una máquina en movimiento, y las enfermedades como anormalidades físico-químicas cuantitativas y observables empíricamente, cuyas mediciones señalan el mal funcionamiento de alguna de las piezas del mecanismo. A diferencia de los anatomistas, quienes consideraban el daño como una lesión observable que explicaba el síntoma, sin preocuparse por la historia del enfermo, la fisiopatología proponía la enfermedad como “un proceso” que ocurre en etapas, donde la anormalidad se va dando gradualmente de forma cuantitativa. Esta perspectiva es novedosa pues incorpora la idea de cambios; sin embargo, el proceso del que hablan los fisiopatólogos sigue siendo una alteración mecánica, gradual y cuantitativa del órgano, más que un cambio cualitativo e integral del ser humano en su contexto.

Las ideas de Bernard y de la fisiopatología concordaban bien con las tesis positivistas del filósofo y sociólogo francés Augusto Comte (1798-1857), quien también percibía el universo como una máquina perfecta que solo puede ser comprendida mediante la observación empírica, la medición y la experimentación. Ambos enfoques coincidían, y en tal sentido se reforzaron mutuamente hasta hoy. A semejanza de lo que ocurrió en las sociedades esclavistas, la creencia en un orden natural, bueno y armónico que define el estándar de normalidad, se reveló como una herramienta muy útil para esconder las inequidades del capitalismo en desarrollo. En virtud de ello la noción de normalidad se incorporó fuertemente a la ideología de las sociedades capitalistas [41,47] y fue acogida por los científicos positivistas, para quienes lo “anormal” se va a considerar desde entonces una alteración patológica y peligrosa que altera el orden único y bueno de la naturaleza. Todas las enfermedades reconocidas son sólo alteraciones por exceso o defecto del estado normal. La salud es la adaptación al orden normal, y la enfermedad es todo lo que se aparte del patrón de normalidad. El ordenamiento natural y social es por sí mismo bueno y toda desviación debe considerarse peligrosa. Una persona es sana cuando se ha normalizado, adoptando los estándares de producción y consumo. Si quieres ser sano debes parecerle al resto; ¡si no eres como los demás estás enfermo y debes ser tratado! Sano es aquel que se ha sometido...[47].

A pesar de su gran influencia sobre la práctica médica actual, el enfoque fisiopatológico que hemos revisado ha sido objeto de múltiples críticas por varios pensadores que lo consideran biólogo, mecanicista, positivista y alienante [35,16].

Concepción etio-patológica

Las corrientes anatómico-clínica y fisiopatológica lograron grandes avances en el conocimiento del cuerpo y sus trastornos, pero sus hallazgos se mostraban insuficientes para controlar las enfermedades infecciosas y carenciales que seguían azotando la humanidad. La anatomía y la fisiología ayudaban a describir las enfermedades, pero no explicaban su origen. En Europa, los enfoques sobre la causalidad seguían siendo un asunto de los filósofos, y entre los científicos predominaba la concepción miasmática, que atribuía las enfermedades a los efluvios y vapores de una nube tóxica imprecisa y mal definida. Sin saber de dónde viene la enfermedad y cuál es su causa, las intervenciones eran mayormente intuitivas.

A mediados del siglo XIX, el químico y biólogo francés Luis Pasteur (1822 -1895) generó grandes avances en la identificación y clasificación de los microorganismos y estableció el origen microbiano de varias enfermedades que ocurrían en animales. Años más tarde el médico alemán Robert Koch (1843-1910) descubrió el bacilo productor de la tuberculosis que lleva su nombre (1882), y el bacilo causante del cólera (1883). Los avances en microbiología dieron lugar a una *Teoría del germen* que parecía desenmascarar el origen de las enfermedades infecciosas predominantes en su época. En un período de la historia humana cuando gran parte de las defunciones correspondía a tuberculosis, viruela, cólera y otros trastornos infecciosos, el descubrimiento de los microbios como causas externas que explicaban el origen de las enfermedades parecía ser la explicación definitiva del sufrimiento humano. A estos hallazgos se sumaron los descubrimientos en toxicología que fortalecían la idea de una causa externa del trastorno. A la luz de este paradigma, la enfermedad se fue asumiendo como una alteración orgánica generada en el individuo por causas externas identificables, las cuales podían ser controladas también de manera específica, sin necesidad de tener en cuenta las condiciones sociales ni la historia personal del enfermo. La medicina científica centró el control de la enfermedad en el control del agente causal externo, fortaleciendo un paradigma que sigue influyendo en la medicina y la salud pública.

La Teoría del germen fue tan revolucionaria para su época, que la medicina se centrará a partir de entonces en la identificación y eliminación de los microbios u otras causas externas como los agentes tóxicos [35]. El problema se redujo a identificar el agente causal externo y erradicarlo. La cuestión es simple; la clave para controlar la tuberculosis consiste en suministrar al enfermo el tratamiento tri-conjugado que elimine la causa externa; las condiciones internas del sujeto y de su entorno social son accidentales y pasan a un segundo plano; no cuentan como explicaciones del proceso que experimenta el enfermo; basta con eliminar el bacilo tuberculoso; no es necesario atender el estado

nutricional, el desempleo, ni el hacinamiento; tampoco importa intervenir la trayectoria del grupo...

Paradigma ecléctico

A pesar de que los diferentes enfoques del paradigma científico se han opuesto entre sí en varios momentos de su desarrollo, [48] desde mediados del siglo XX se han integrado en un modelo ecléctico y pragmática que considera la enfermedad como la alteración biológica resultante de lesiones histológicas, alteraciones funcionales y causas externas. Desde la segunda mitad del siglo XX, la comprensión de la enfermedad ha venido incorporando también los avances en inmunología. Por su parte, el desarrollo de la genética ha conducido a una reconceptualización de las enfermedades desde los determinantes genómicos, generando un interés creciente por controlar el código genético como la mejor manera forma de controlar también la enfermedad [35].

Al interior de los enfoques eclécticos se destacan la tríada ecológica de Cockburn, el modelo dinámico de Leavell y Clark, el modelo de Blum y el Modelo canadiense de Lalonde, enfoques que han ejercido una notable influencia en la salud pública.

La Tríada ecológica. En 1963 el epidemiólogo y paleo-patólogo inglés Thomas Cockburn (1912-1981) propuso un modelo [49] para explicar la enfermedad, que recibe el nombre de Tríada Ecológica. Según este modelo, las enfermedades son alteraciones orgánicas desarrolladas en un individuo (hospedero) como resultado de la acción de un agente causal externo identificable que ingresa al cuerpo en ciertas condiciones ambientales. La Tríada ecológica propone que para entender la enfermedad es necesario comprender las condiciones del hospedero, el agente y el medio ambiente; sin embargo, considera que la clave del control está en la eliminación de la causa externa. El nombre de hospedero evoca la acción pasiva de un enfermo sin grupo y sin historia, que recibe la causa externa y alberga el sufrimiento. Por su parte, el ambiente se entiende como un conjunto de condiciones naturales, también externas, donde habitan los agentes causales, y cuyo papel en el proceso es también pasivo. En tal sentido la Tríada Ecológica reforzó un paradigma unicausal, el cual explicaba las enfermedades a partir de ciertos eventos naturales y específicos que actuaban desde el exterior; la influencia de otras condiciones tenía una menor importancia y era subestimada por el modelo.

Historia natural de la enfermedad. En 1958, los epidemiólogos Hugo Rodman Leavell, de Harvard y E. Gurney Clark de Columbia, propusieron un modelo dinámico que concebía la enfermedad como un proceso secuencial que seguía un cierto curso definido y regido por leyes naturales, al que denominaron *Historia natural de la enfermedad* [50]; en su concepto las personas nacen con la capacidad para desarrollar los procesos vitales y también un cierto grado de susceptibilidad

para presentar alteraciones. A lo largo de la vida, los individuos pueden, en cierto momento, exponerse a una condición dañina denominada *noxa* la cual desencadena la enfermedad. El daño no aparece siempre de forma inmediata; por el contrario, suele comenzar de forma silenciosa configurando un estado preclínico, que posteriormente puede evolucionar y manifestarse mediante signos y síntomas, los cuales conforman una etapa clínica observable. La manifestación clínica no significa el final del proceso; la enfermedad sigue evolucionando hacia diferentes formas de resolución que van desde la curación hasta las complicaciones, las secuelas y la muerte.

Una vez que Leavell y Clark han definido las fases que siguen las enfermedades a lo largo de su *historia natural*, proponen intervenciones específicas para cada estadio. En tal sentido acuñan el término de *prevención primaria* para referirse al conjunto de acciones aplicadas a personas sanas con el fin de evitar el contacto con la noxa; la prevención primaria puede ser colectiva o individual. La prevención primaria colectiva (fomento de la salud) se aplica grupalmente; este es el caso de la fluoración de la sal para prevenir la caries, o el uso de señales de tránsito para prevenir accidentes. La prevención primaria individual (protección específica) se aplica selectivamente a individuos expuestos a un mayor riesgo de enfrentar la noxa: por ejemplo, el casco y el arnés en los obreros de construcción y el uso de condón para evitar las infecciones sexualmente transmisibles. En relación con este concepto Navarro dirá posteriormente que la mejor prevención primaria consiste en mejorar las condiciones económicas y sociales de la población, y ofrecerle las herramientas necesarias para defender y representar mejor sus intereses, así como desarrollar su potencial político [51]. Cuando fracasa la prevención primaria y el sujeto se ha expuesto a la noxa, se requiere aplicar precozmente medidas de *prevención secundaria* (diagnóstico y tratamiento adecuados) dirigidas a limitar el curso de la enfermedad y evitar la aparición de complicaciones. Si éstas últimas aparecen se requiere realizar acciones de *prevención terciaria* dirigidas a rehabilitar al enfermo y evitar la discapacidad, la invalidez y la muerte temprana.

Uno de los aportes más importantes de Leavell y Clark consiste en considerar la enfermedad como proceso dinámico; sin embargo, su concepto de historia natural sigue centrado en las condiciones biológicas del sufrimiento, ignorando otras dimensiones esenciales de la historia humana como son los procesos sociales de producción de bienes materiales y de reproducción de las condiciones del grupo, categorías que continúan en un segundo plano.

Inmersa en el paradigma de las ciencias naturales, las corrientes médicas de principios del siglo XXI han

reforzado su visión de la enfermedad como proceso biológico individual, y la conciben como una reacción del organismo humano a un cambio externo que desequilibra su ambiente interno. Dicho desbalance se origina en intercambios desventajosos con agentes causales específicos que provienen del ambiente externo, o en fracasos en el diseño estructural y funcional del organismo. En última instancia, la enfermedad humana se atribuye a la dependencia del organismo de un ambiente externo hostil, y a legados evolutivos infortunados.

El funcionalismo: La salud como capacidad de producir

Los diferentes paradigmas que actúan en un mismo momento histórico mantienen entre sí una interacción dinámica, caracterizada no solamente por la lucha sino también por la integración alrededor de contenidos comunes. Dicha interacción ha ocurrido continuamente a lo largo de la historia y ha marcado las concepciones de salud y enfermedad. Alrededor del s. XVII en expansión del Positivismo influyó también fuertemente en el desarrollo de las ciencias sociales. Precursores de la sociología, como los franceses Augusto Comte (1798-1857) y Emile Durkheim (1858-1917), adoptaron los principios positivistas asumiendo que la sociedad humana se regía también por un “orden” natural observable empíricamente. Por la misma época, el Utilitarismo desarrollado en el seno del capitalismo valoraba las acciones humanas según su beneficio económico. A mediados de 1930, la convergencia del Positivismo y el Utilitarismo dio origen al Funcionalismo, una corriente de pensamiento desarrollada entre sociólogos y antropólogos, que concibe la sociedad humana como una organización claramente ordenada, equilibrada y digna de respaldo, regida por leyes comunes que convienen a la mayoría. Desde su perspectiva, la sociedad está constituida por partes que deben funcionar articuladamente para mantener el conjunto, y donde el mal funcionamiento de una de las partes amenaza la sociedad en su conjunto y la obliga a efectuar ajustes y controles. El orden social vigente exige que los sujetos «funcionen» para conservarlo, y por ello los funcionalistas se interesan por estudiar los fenómenos humanos según su papel o función en el orden social. El enfoque funcionalista soporta sus análisis en el reconocimiento de que las acciones humanas, y los roles que desempeñan las personas, juegan un papel muy importante y valioso para asegurar el funcionamiento ordenado y la estabilidad del grupo.

Parsons y la enfermedad como desviación social

El reconocimiento de un orden natural armónico que se impone a la sociedad, es un elemento nuclear del Funcionalismo, uno de cuyos mejores representantes es Talcott Parsons (1902-1978), un sociólogo

norteamericano quien, en el marco de sus trabajos sobre los fenómenos sociales, propuso una teoría muy extendida hoy para explicar la noción de enfermedad. Parsons realizó sus trabajos a mediados del s. XX, durante la postguerra, y en ellas reflejaba el anhelo de su país por una sociedad ordenada que funcionara normalmente y sin contratiempos ni sobresaltos. En sus análisis, Parsons trata de responder a las expectativas prioritarias de su contexto histórico, incluyendo entre estas inquietudes la enfermedad; y para explicar este fenómeno se apoya en la observación de la sociedad norteamericana, proponiendo hipótesis que, a semejanza de los científicos positivistas, formula posteriormente como teorías generales. Según sus planteamientos, algunos traumatismos y dolencias físicas de las personas, constituyen una seria amenaza para la supervivencia y cohesión de la sociedad y alteran su funcionamiento armónico [52,53]. Los sujetos heridos o afectados por diferentes dolencias no solamente dejan de cumplir con sus responsabilidades ante el resto del grupo, sino que interfieren con las actividades cotidianas de los demás, imponiendo cargas adicionales a los cuidadores. En esta medida, los sujetos afectados por dolencias que interfieren con el “normal comportamiento del grupo” se convierten en sujetos “desviados” del orden social habitual, perturbando el bienestar colectivo. Las enfermedades son entonces *ciertas condiciones alteradas o desviadas que incapacitan a una persona para desempeñar efectivamente sus “roles” en la sociedad y trastornan el funcionamiento social*. Como consecuencia de esta concepción, el enfoque funcionalista propone que la “salud” es un estado de funcionamiento “normal” ajustado a los estándares vigentes, el cual permite a los individuos mantener el funcionamiento del sistema social; el enfermo, por su parte, es un desviado cuyo comportamiento se aleja de los estándares y perturba la dinámica del grupo. Es importante tener en cuenta que, cuando habla de “desviaciones”, el funcionalismo asume implícitamente el ordenamiento social vigente como algo bueno por sí mismo; el orden es bueno y no se cuestiona; en cambio, las desviaciones que se apartan del orden son algo negativo. Si profundizamos en la perspectiva funcionalista de “desviación” descubrimos que, para estos pensadores, el hecho de estar enfermo no se reduce a experimentar la condición física de enfermedad, sino que configura un rol social, en la medida en que esta condición involucra conductas estrechamente relacionadas con expectativas institucionales y con normas sociales. Parsons advierte, sin embargo, que la enfermedad, aunque constituye una desviación del orden social y configura un rol, no es siempre una elección consciente ni deliberada del sujeto.

El surgimiento de los curadores

El enfoque funcionalista presta una especial atención a los roles. Según Parsons, en su afán por resolver estas perturbaciones funcionales que amenazan la supervivencia, la productividad y la tranquilidad colectivas, la sociedad genera el rol de *los curadores* [52,54]. El curador es un miembro del grupo, a quien se asigna la responsabilidad básica de intervenir sobre la desviación y restablecer el orden y la armonía. En este documento hemos preferido el término “curador” al de “médico” para dar a entender que el rol que vamos a tratar no sólo se aplica a los médicos modernos, sino también a quienes han desempeñado papeles similares en las diferentes culturas, como son por ejemplo el resto del personal sanitario, los chamanes, magos, curanderas, matronas y parteras [55].

Para que pueda cumplir con su función de reordenamiento y control, la sociedad reconoce a los curadores autoridad para realizar cuatro competencias:

- 1. Explicar al grupo la naturaleza de las dolencias y traumatismos.** Los curadores atienden las dolencias que el grupo somete a su cuidado, las clasifican, y actúan sobre ellas con la intención de controlarlas. De acuerdo con su experiencia y el éxito de su intervención, los curadores explican y clasifican las dolencias. A este respecto, algunos autores que se distancian del funcionalismo, como Canguilhem [16] y Foucault [44] consideran también que la noción de enfermedad impuesta a la sociedad occidental, ha estado a cargo de los médicos, quienes han determinado no solamente qué es y qué no es una *enfermedad*, sino también *qué la causa*.
- 2. Definir y legitimar el rol del enfermo.** De acuerdo con su noción de lo que considera enfermedad, el curador define quién es un enfermo y cómo debe comportarse en la sociedad. El enfermo, por su parte, debe someterse a la norma que fija el curador. Como veremos adelante, esta concepción del rol del enfermo tiene implicaciones técnicas sobre la población enferma y sana, pero también implicaciones sociales, éticas y políticas sobre el comportamiento del grupo.
- 3. Actuar sobre el cuerpo del enfermo y sobre su entorno.** En el marco de otras normas y mecanismos de control dirigidos a garantizar un cierto tipo de orden, la sociedad reconoce al curador autoridad para observar, manipular, invadir e intervenir el cuerpo del enfermo, y ordenar cambios en sus comportamientos y condiciones de vida.
- 4. Definir la conducta del grupo frente al enfermo.** Desde la explicación funcionalista, el curador no sólo tiene competencia para definir el comportamiento del enfermo, sino también el comportamiento del resto de la sociedad frente a la enfermedad.

Cada una de estas prerrogativas del curador implica un poder enorme sobre el cuerpo y la vida de las personas; en tal sentido, los curadores (médicos y afines) se constituyen en agentes de poder (agentes políticos) con funciones de control social. Los médicos y demás curadores han tenido desde sus orígenes una clara función de control social cuyas formas varían de acuerdo con el contexto histórico y los intereses predominantes en cada momento. Este concepto, que revela la dimensión política de la atención al enfermo, será esencial al estudiar la gestión de los servicios.

El rol del enfermo

Desde la perspectiva funcionalista que venimos analizando, el enfermo desempeña también un rol específico en la sociedad; una persona puede sentirse mal (dimensión subjetiva), pero solo es reconocida como enferma cuando el resto del grupo acepta su enfermedad (dimensión objetiva), y la responsabilidad de legitimar este juicio es usualmente asignada a los curadores. Un enfermo es, entonces, aquella persona reconocida y catalogada como tal por un curador, quien diferencia su estado de otras desviaciones sociales, las cuales (según este enfoque) deben corregirse o castigarse de manera distinta: si el forense conceptúa que el homicida padece un trastorno mental, el juez debe considerarlo inimputable y lo remite a un servicio médico; de otra manera, lo considera responsable de un delito y lo somete a la pena establecida. En todo caso, los curadores no son completamente autónomos para clasificar la enfermedad; son agentes del sistema político vigente y sus concepciones se ajustarán al esquema de pensamiento predominante en la sociedad en cada momento. Al ser catalogado como enfermo, el sujeto asume un rol que varía para cada sociedad, pero que en principio se define con base en su condición de *desviado legitimado*, y según el grado de responsabilidad que el grupo le atribuya por su propia enfermedad.

De acuerdo con el funcionalismo, el enfermo se considera un caso excepcional de desviado social, legitimado gracias a la medicina. La desviación lo inhabilita para desarrollar las funciones usuales en el grupo, pero dicha condición no siempre es consciente ni voluntaria; por tal razón, el enfermo no se considera responsable de su enfermedad ni capaz de recuperarse por su voluntad. Ello implica el derecho a ser eximido de otras responsabilidades usuales mientras persista la desviación, y a recibir de los demás la atención y el cuidado requeridos para sobrevivir y curarse. Sin embargo, el rol de enfermo implica también deberes, tales como reconocer su estado como indeseable, hacer lo que esté a su alcance para retornar a su estado funcional (normalizarse) y colaborar con el curador.

No todas las sociedades reconocen el origen involuntario de la enfermedad, pero el asunto reviste

especial importancia porque constituye uno de los pilares en que se fundamenta actualmente el reconocimiento de los derechos y deberes del enfermo.

La especialización de los curadores

Las teorías de Parsons son muy interesantes, pero dejan también muchos interrogantes sin resolver. Desconocemos aún en detalle cómo se llevó a cabo la asignación del rol de curador en las comunidades primitivas, y los cambios que ha experimentado este rol a lo largo de la historia. Es posible que las mujeres hayan jugado un papel protagónico en los comienzos de este proceso, y que su rol de curadoras de enfermos y heridos pudiera haberse dado como una extensión de la crianza. El papel de curador ha estado marcado, sin embargo, por una larga historia de dominación y control político que en diferentes culturas se ensañó en las curanderas y parteras, a quienes se calificó y persiguió como brujas y hechiceras [55–57]. Es también mucho lo que nos falta por reconstruir de esta historia, y su discusión trasciende los objetivos de este resumen.

La conciencia mítica que atribuía la causa de los males a fuerzas sobrenaturales, pudo llevar a la comunidad primitiva a fortalecer la figura de curadores, capaces no solamente de tratar las enfermedades, sino también de enfrentar a los espíritus. En sus inicios, la curación y el cuidado de los enfermos se encuentran estrechamente ligados a la magia y la religión. Los magos, chamanes y sacerdotes asumieron el papel de curadores con la función de controlar las fuerzas del mal que causaban el dolor y el malestar. Pero esta forma de entender y atender las enfermedades no va a durar por siempre. Inicialmente matronas, chamanes, magos, sacerdotes y curanderos, atendían una amplia gama de perturbaciones que iban desde el cuidado de los traumatismos y dolencias orgánicas de los sujetos, hasta la legitimación de los roles aceptables en quienes tenían heridas y discapacidades, y la sanción de los comportamientos que pudieran poner en peligro la seguridad o bienestar del grupo. Cada momento histórico configura no solamente sus propias formas de dolencia y traumatismo, sino también las formas de entenderla.

Las condiciones cambiantes de su propio grupo social pudieron llevar a los curadores a especializarse alrededor de dispositivos teóricos y tecnológicos cada vez más complejos, y a desarrollar nuevos discursos, ajustando sus roles al nuevo orden social vigente y a los nuevos criterios de causalidad que explicaban el origen de las dolencias. De todos modos, en la medida en que la diferenciación y especialización de curadores y médicos encaja o contradice el orden social vigente, asume una dimensión política que debe tenerse en cuenta en los análisis sobre la salud y el sufrimiento.

Influencias del funcionalismo en el sector sanitario

Los planteamientos de Parsons han sido objeto de diferentes objeciones que cuestionan su generalización. En principio, las críticas destacan tres aspectos: que su perspectiva presume las bondades de cualquier orden social; que no da buena cuenta de las enfermedades crónicas; y que los roles descritos para enfermos y curadores varían de acuerdo con condiciones culturales e individuales.

A pesar de las críticas al funcionalismo, el argumento de que la noción de enfermedad vigente en la sociedad se relaciona con ciertos roles sociales ha sido acogida por varios científicos sociales. En 1969, el sociólogo David Mechanic desarrolló el concepto “*conducta de enfermedad*” [58,59], para referirse a la forma particular como cada persona responde a sus experiencias corporales y a las condiciones bajo las cuales percibe esos signos como anormales. En su opinión, el patrón de conducta de cada enfermo es el resultado de tres condiciones complementarias: a) una disposición relativamente estable de las personas a reaccionar de una determinada forma ante la enfermedad (firmeza, miedo, derrota); b) el tipo de normas y reglas impuestas al grupo por el sistema sanitario vigente; y c) la interacción entre las condiciones personales y los patrones sociales, la cual determina el significado que cada sujeto asigna a la enfermedad [60–62]. Desde la perspectiva de Mechanic, la enfermedad involucra una conducta individual; y a pesar de que responde a una condición biológica y socialmente controlada, cada enfermo la «vive» a su manera. La “conducta de enfermedad”, como categoría de análisis, sigue siendo un campo de interés en estudios sobre el significado de la enfermedad [63].

En el marco del enfoque funcionalista surge también el concepto de “discapacidad” dirigido inicialmente a personas cuyas limitaciones biológicas sensoriales, motoras o mentales les impedían cumplir con ciertos roles sociales considerados como parones universales. Dicha concepción ha dado lugar a clasificaciones de la discapacidad adoptadas internacionalmente [64]. Varias voces se han levantado contra estas clasificaciones funcionalistas, insistiendo que la “discapacidad” no puede asumirse como un estado definitivo atribuible al sujeto improductivo, sino como una condición contingencial que resulta de la interacción que se establece entre las personas con propiedades diferentes y los entornos ambientales y sociales que desconocen su diversidad [65,66]. Para los críticos de la perspectiva funcionalista, las discapacidades, más que estados carenciales inherentes al sujeto mismo, son el producto de ciertas interacciones de las personas con entornos sociales que dificultan su autogestión y participación, y que convierten en discapacitados aún a muchos

individuos que gozan de plenas facultades para decidir y actuar. En tal sentido, la discapacidad no debe entenderse como una fatalidad de la naturaleza sino como una manifestación de inequidad social, que puede intervenir integrando a las personas con atributos diferentes [67].

El funcionalismo ha ejercido una influencia importante en la noción de salud y enfermedad adoptada por académicos y políticos desde el s. XX. A este respecto es importante hacer una advertencia. Un enfoque no es funcionalista porque mencione los términos “función” o “rol”, sino porque interpreta los hechos como fenómenos generados en ordenamientos sociales óptimos que constituyen su estándar, y a los cuales deben adaptarse los sujetos. Aproximaciones que definen la salud como la capacidad de la gente para adaptarse o responder a las exigencias de la vida social, encajan también en esta perspectiva [29]. Aún salubristas comprometidos con perspectivas integrales reflejan la influencia de esta corriente (Tabla 1).

El funcionalismo se ha fortalecido en el campo de la salud con la expansión del modelo neoliberal y es utilizado en el discurso oficial como argumento justificador (conservador) que atribuye la enfermedad al individuo y exonera de responsabilidad a la sociedad. Pero ha sido también objeto de múltiples críticas: En primer lugar, asume el “orden social” como un hecho legítimo por sí mismo capaz de definir acertadamente los roles de sanos y enfermos; una persona se considera sana cuando funciona bien y se adapta a la norma. En el mismo sentido, valora la salud de las personas desde la sostenibilidad del orden social vigente y desde su capacidad productiva; un sujeto es sano si no altera el orden, y deja de ser sano cuando deja de producir.

La medicalización de la salud y la enfermedad

Bajo la influencia del modelo positivista, que ha inspirado a los pensadores y científicos occidentales desde el Renacimiento, las nociones de salud y enfermedad que predominan actualmente tanto en el discurso oficial como en el saber popular, han adoptado los conceptos y supuestos de la medicina científica. Este paradigma parte de la noción de enfermedad, concebida como aquella condición biológica observable empíricamente, que se aleja de los estándares estadísticos considerados normales. Esta es la categoría definitoria. Lo demás, lo que no encaje en esta condición, es lo sano: la salud es la ausencia de enfermedad; el sujeto es sano mientras no sea diagnosticado por el médico. Siendo la enfermedad un asunto biológico, debe estudiarse y controlarse desde el cuerpo y sus funciones. Los asuntos psíquicos y sociales pueden ser problemas para el enfermo, pero no son problemas médicos y en consecuencia tampoco son problemas de salud. Este enfoque, que algunos califican

como *medicalización de la salud* [68,69], puede verse en varias de las definiciones que encontramos en la literatura.

La clasificación medicalizada que patologiza el sufrimiento físico [70] se aplica también a otros problemas de la existencia humana, como la malnutrición, las violencias, la discapacidad, las adicciones, la desesperanza y las formas de frustración e insatisfacción, los cuales se conciben como patologías individuales susceptibles de tratamiento médico abierto al consumidor [71,72,73]. La influencia de este tipo de enfoques se observa en taxonomías de amplio uso mundial. Entre estas clasificaciones se destacan dos:

La *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud- CIE*, cuya primera versión, denominada Lista Internacional de las Causas de Muerte, fue adoptada por el Instituto Internacional de Estadística en 1893. La clasificación se revisa y adopta oficialmente cada cierto tiempo para unificar el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes momentos. La Décima Revisión (CIE-10) fue adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1990 y entró en vigencia en los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1994 [74]. El sistema de clasificación de la CIE, utilizado para fines estadísticos por todos los países miembros de la OMS, asigna a cada entidad, trastorno y condición de interés un código alfanumérico de una letra y dos dígitos, los cuales se subdividen en condiciones cada vez más específicas. La CIE 10 se publica en tres volúmenes; el primero contiene la clasificación propiamente dicha ordenada por aparatos sistemas y especialidades; el segundo es un manual del usuario que contiene los procedimientos para el registro, la codificación de las defunciones, enfermedades, traumatismos y otros problemas de salud; el tercer volumen contiene un índice alfabético que ayuda al usuario a localizar los códigos respectivos para cada término diagnóstico anotado por el médico.

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- DSM)*, es otra taxonomía ampliamente utilizada en el mundo para clasificar los trastornos mentales, elaborada e impulsada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría -APA, desde 1952. Este manual se ajusta cada cierto tiempo; la última versión (DSM-5) está vigente desde 2013, [75] y ha recibido fuertes críticas que cuestionan sus inconsistencias, su patologización del comportamiento y su estrecha relación con el complejo industrial médico farmacéutico [76].

La medicalización de la salud, que convierte a los enfermos en consumidores de servicios y medicamentos es perfectamente compatible con la ideología liberal y

los modelos económicos de mercado. En el contexto de la mercantilización, el médico no es sólo un agente de control social sino también un agente productivo, un proveedor de mercancías, cuyos servicios pueden y deben generar utilidad económica. Los trabajadores del sector de servicios de salud pierden progresivamente su control sobre la enfermedad y se convierten en empleados de empresarios y administradores de los sistemas de salud, quienes asumen el control social que antes ejercía la medicina. Por su parte, los derechos de los enfermos se restringen cada vez más y se limitan según su capacidad económica para cubrir los gastos de la incapacidad y de los tratamientos requeridos. Las enfermedades y tratamientos se re-definen también en función de taxonomías administrativas dirigidas a segmentar y controlar la demanda, y a optimizar la rentabilidad de la oferta de servicios (enfermedades de alto costo, enfermedades de la tercera edad, enfermedades ocupacionales...).

Críticas al positivismo: no existe un orden único

Frente a la noción monista asumida por las variantes del positivismo las cuales definen la salud como aquella condición biológica estándar que se ajusta al orden natural, se han levantado múltiples críticas. Entre ellas se destacan los planteamientos de Leriche y de Canguilhem.

Leriche y su concepción ontológica de la enfermedad

A principios del s. XX, el cirujano y fisiólogo francés Rene Leriche (1879-1955) reaccionó contra la noción positivista de normalidad estadística, proponiendo que en biología no existe un orden único; por el contrario, los organismos evolucionan, cambian y se adaptan permanentemente a su entorno, adoptando nuevos patrones de existencia. Este proceso suele ser imperceptible y con frecuencia inconsciente. La ausencia de síntomas que ocurre la mayor parte del tiempo lleva a Leriche a definir la salud como las variaciones de la vida en el silencio de los órganos; [16] desde su perspectiva este silencio fisiológico refleja el cumplimiento del orden multiforme de la vida, y es más difícil de observar que las anomalías. La enfermedad es algo diferente; es un estado experimentado de forma displacentera que se aparta del ordenamiento silencioso de la naturaleza; sin embargo, no puede considerarse como una falta de orden; sino que surge como un nuevo tipo de orden; es más bien una “novedad fisiológica”, organizada de una manera diferente, cuyas reglas y propiedades no deben ignorarse. La aparición de los trastornos, como nuevas formas de organización de la vida, es más fácil de detectar y comprender que la cotidianidad de la

salud; paradójicamente, el estudio de las enfermedades como condiciones diferentes a la salud, nos permite comprender mejor la condición de normalidad.

El ordenamiento normal y los nuevos ordenamientos que aparecen a lo largo de la vida, se enfrentan de forma permanente. La existencia humana no es más que una sucesión de estados patológicos en potencia que luchan con el ordenamiento normal, tratando de imponerse y desplazarlo. La enfermedad no es entonces el extremo raro de la curva de Gauss; existe en sí misma como un «orden» diferente, incompatible con la vida, y que por lo mismo no puede someterse al orden estadístico corriente [16]. En consecuencia, no existe un umbral cuantitativo claro entre la salud y la enfermedad, sino un salto cualitativo del orden sano al orden enfermo. No es cuestión de grado o cantidad: ¡Solo tienes dos opciones: O estás enfermo o estás sano! Por su énfasis en reivindicar la existencia de la salud y las enfermedades como realidades independientes y con existencia propia, el enfoque de Leriche se ha calificado como “ontológico”. La conclusión terapéutica de Leriche es adaptativa; considerando que la enfermedad es un nuevo tipo de ordenamiento de la vida, el tratamiento médico debe consistir en adaptar al enfermo a ese orden nuevo que se le impone desde la existencia. La concepción de Leriche, contraria a la concepción positivista de un orden universal y único, influirá en el pensamiento de Canguilhem.

Canguilhem: la salud y la enfermedad son juicios de valor

Unos años más tarde, el filósofo y médico francés Georges Canguilhem (1904-1995) escribió su tesis doctoral *Lo normal y lo patológico*, [16] una de las obras que más ha influenciado el pensamiento occidental, no solamente en el campo de la filosofía de las ciencias sino también en relación con la biología, la salud y las enfermedades. En su juventud, Canguilhem estudió filosofía y ejerció como profesor en este campo, aunque siempre estuvo inquieto por el estudio de la vida. Siendo profesor, estudió medicina y se graduó en 1943, en plena guerra. Ejerciendo como médico fue miembro de la resistencia contra el régimen nazi y un poco más tarde publicó su tesis. En ella se enfrentaba al positivismo, a la posición ontológica y al vitalismo, que en su momento ejercían una influencia dominante en Europa. En relación con la definición de la salud y la enfermedad, Canguilhem considera que las personas podemos sentirnos bien pero nunca estaremos seguras de que somos sanas; en este sentido la noción de salud no es tanto un concepto científico; sino un concepto vulgar, queriendo decir con ello que esta idea está al alcance de todos nosotros. Adicionalmente, al revisar la literatura de su época, descubre que la mayoría de los biólogos y médicos se centran en el estudio de aspectos

fisiológicos y patológicos, pero evaden el problema de conceptualizar en profundidad la salud; en otras palabras, que la medicina habla mucho de las enfermedades pero se interesa poco por la salud [16].

Para Canguilhem, el concepto vulgar de salud hace relación al juicio que emiten las personas sobre su experiencia diaria, calificando favorable o desfavorablemente su margen de seguridad frente a las agresiones y desafíos que va imponiendo la existencia; la noción de salud se aplica a la posibilidad de enfrentar situaciones nuevas, según el margen de tolerancia (o de seguridad) de cada persona para enfrentar y superar las “infidelidades” del medio, condición que se experimenta y valora como algo favorable. Por “infidelidades” Canguilhem se refiere las anomalías, los errores, los desafíos y retos que nos impone la vida misma [16,32,77]. Ser sano significa entonces algo distinto a la ausencia de dolencias orgánicas: significa ser capaz de tolerar y superar las dificultades de la vida. Por su parte, la enfermedad es un tipo de regla u ordenamiento desfavorable, que impone restricciones a la existencia y que por ello se experimenta como un estado de sufrimiento e impotencia, valorado por el sujeto como contrario al disfrute de la existencia (lo sano).

Habiendo afirmado que la salud es inicialmente una experiencia subjetiva y que es objeto del conocimiento vulgar, Canguilhem propone que este asunto es también un problema filosófico y puede aclararse analizando las ciencias biomédicas. A este respecto, se opone a las corrientes predominantes en su época; considera que los seres vivos no son máquinas como lo plantea el mecanicismo; ni «viven» debido a su alma, como lo plantean los vitalistas; ni acepta que toda anormalidad es incompatible con la salud como decía Leriche. Por el contrario, los seres vivos, incluyendo los seres humanos, existen gracias a su capacidad de cambiar e interactuar con el medio y superar las adversidades que éste les impone.

Al enfrentar este problema Canguilhem critica el concepto positivista de normalidad. En su concepto, el término “normal”, que suele usarse como la media estadística y como el único estándar de vida posible, es inadecuado. En primer lugar, porque lo patológico (la enfermedad) no es lo raro, sino lo que se valora o califica como desfavorable. Adicionalmente, confundir lo sano con lo normal induce al error, porque hace pensar en la uniformidad de la existencia, desconociendo su variabilidad. Los promedios no son los que definen la normalidad de la vida; por el contrario, son sólo la expresión de normas sociales y biológicas que se imponen a la existencia en un momento dado. La diferencia entre lo normal (norma compatible con la vida) y lo patológico (norma contraria a la vida), no es un hecho objetivo ni cuantitativo, pues no existe una frontera estadística clara entre ambas condiciones;

esta diferencia es ante todo un juicio de valor emitido por los sujetos y los grupos. La salud no es una noción estadística; es una valoración subjetiva sobre la capacidad de sobrellevar las crisis e instaurar nuevos órdenes. En lugar de referirnos al estado fisiológico como “normal” deberíamos hablar del “estado sano” para referirnos al conjunto de regulaciones que emanan de constantes biológicas y sociales, y que juzgamos favorables cuando las consideramos compatibles con la existencia. El término “anormalidad”, que suele referirse a lo patológico (la enfermedad), también confunde; en primer lugar, porque no todo lo raro es desfavorable, ni todo lo frecuente es favorable; se puede ser estadísticamente «normal» y sufrir mucho; se puede ser raro (“anormal”) y aprovechar la existencia. En consecuencia, lo patológico (la enfermedad) no debería referirse a lo raro, sino a lo que se valora o califica como desfavorable. Adicionalmente, el término “anormal” hace pensar que el evento no obedece a reglas, cuando nada en la vida ocurre sin obediencia a una normatividad propia. En resumen, lo que llamamos salud y enfermedad son realmente calificaciones subjetivas y normativas que damos a los cambios cuando los valoramos como favorables o desfavorables. Canguilhem insiste en marcar las diferencias; sin embargo, reconoce que es muy difícil hablar de salud sin hacer alusión a la enfermedad, pues fue a partir del estudio de los errores como se estableció el concepto de normalidad.

Los cambios que calificamos como sanos o patológicos no aparecen por azar; son el producto de reglas resultantes de las interacciones con el medio y pueden coexistir en un mismo sujeto. El cuerpo es a la vez algo dado y un producto, pues a lo largo de la existencia y en contacto con el medio, va moldeando su fenotipo y desarrolla sus potencialidades. En el mismo sentido, la salud y las enfermedades son a la vez estados y tipos de ordenamiento. La salud es un estado en la medida en que nos permite caer enfermos y recuperarnos; lo patológico (la enfermedad) es también un estado que reduce nuestro margen de tolerancia y recuperación. La salud es, por otra parte, un tipo de ordenamiento que nos permite instaurar nuevas normas en condiciones adversas; la enfermedad es otro tipo de ordenamiento que impone restricciones a la existencia, predisponiendo al organismo a un resultado adverso, dañino y susceptible de ser tratado y que por lo mismo es calificado de manera desfavorable. Según las propuestas de Canguilhem, para entender el proceso vital es necesario comprender las enfermedades como sistemas de reglas, que juegan un papel importante en la supervivencia, la interacción con el ambiente, y el desarrollo personal.

Desde una tradición académica diferente, el psicoanálisis de Freud valora también el carácter positivo de los síntomas: “Por cruel que suene, debemos cuidar que el sufrimiento del paciente no termine

prematuramente en una medida definitiva, una vez que la reducción de los síntomas haya mitigado el dolor. Por el contrario, tenemos que levantar el sufrimiento en otra parte bajo la forma de una privación sensible o de otra exigencia, de lo contrario no habrá realmente curación y corremos el riesgo de conseguir solamente mejoras modestas y no duraderas” [78]. La vida intrapsíquica de todo ser humano es esencialmente conflictiva reflejando, la lucha entre las pulsiones e instintos originales, la adversidad de las condiciones reales y el poder normalizador de la cultura. Dado que todas las personas invierten diariamente cantidades enormes de su energía para resolver estos conflictos, la diferencia entre enfermos y sanos es que éstos últimos conservan suficiente energía para amar, trabajar y gozar.

Vistas de esta manera, las manifestaciones de enfermedad corresponden a intentos de adaptación y defensa de cada individuo, los cuales se experimentan como sufrimiento, pero reflejan también sus esfuerzos para responder a las nuevas exigencias de su medio interno o externo. Al hacer esta afirmación, Canguilhem no solamente reivindica el valor que tienen para la vida humana las anomalías, las singularidades, las variaciones, los riesgos, y los cambios inesperados; sino que rechaza también la concepción de la salud como regla única de existencia. En este sentido, su enfoque niega que la salud pueda entenderse sólo como un proceso adaptativo mecánico, o como un equilibrio pasivo con el entorno como proponen los funcionalistas [16,32,77].

El argumento central de Canguilhem es que las normas que rigen la salud y las enfermedades son siempre el producto de un poder regulador previo. En su concepto, tanto lo fisiológico como lo patológico son fenómenos normados; es decir, obedecen a sistemas diferentes y preexistentes de normas que se imponen a la vida. Por tal razón, lo sano y lo patológico pueden coexistir en un mismo sujeto. Se puede estar sano en muchos aspectos y al mismo tiempo estar enfermo en otros. La diferencia entre lo sano y lo patológico no es entonces cuantitativa sino cualitativa, y ambas dimensiones corresponden a tipos diferentes de reglas que pueden coexistir en direcciones diferentes. Lo patológico no es la ausencia de lo sano; es por sí mismo una realidad, cualitativamente diferente de la salud, que no puede interpretarse ni como una desviación de las reglas que operan en la fisiología normal, ni como una ausencia de reglas, sino como un proceso regulado por normas diferentes que deberían ser objeto de estudio.

Los técnicos se sienten más cómodos y seguros hablando de enfermedades, que de salud. En el primer caso abunda la literatura científica desarrollada por la medicina, donde se cuenta con taxonomías y se definen los límites y los criterios de las definiciones. Al enfrentarse a la

salud, la perspectiva medicalizada se siente más insegura, percibe esta situación como ambigua, y en consecuencia la considera de menor importancia que la patología al momento de tomar decisiones

La salud y la enfermedad como construcciones culturales

La salud y la enfermedad en el saber popular

En un artículo anterior estudiamos el origen y la estructura del saber popular. En el presente seminario retomaremos algunos conceptos sobre este tipo de pensamiento y nos centraremos en la manera como los seres humanos nos imaginamos las experiencias y las convertimos en expresiones lingüísticas.

Desde la perspectiva materialista, las ideas y los conceptos, tanto de los individuos por separado como de los grupos en su conjunto, son representaciones mentales de las experiencias, que pueden expresarse mediante el lenguaje. Dichas representaciones son históricamente determinadas por la forma como los seres humanos producimos los bienes materiales necesarios para sobrevivir mediante el trabajo. Esto quiere decir que nuestra comprensión de la naturaleza y la sociedad cambia continuamente, dependiendo de la forma como vivimos, y especialmente de la manera como participamos en las actividades económicas. Este principio que se impone a la formación y evolución de las ideas, se aplica también a la forma como hemos entendido, a lo largo de la historia, la salud y las enfermedades [5].

Aunque cada persona siente y vive a su manera las diferentes experiencias de la vida diaria, las nociones de enfermedad, salud, y otras que les son afines, son en esencia representaciones colectivas o formas de conciencia social que los individuos incorporan en la medida en que desarrollan el lenguaje, y que son generadas colectivamente por los diferentes grupos humanos desde sus condiciones históricas particulares.

En general, el origen de los conceptos está relacionado con el desarrollo del pensamiento y el lenguaje. En la medida en que desarrollaban su inteligencia, los primeros seres humanos fueron capaces de valorar de manera consciente sus experiencias placenteras o desagradables, y alrededor de estas dos emociones básicas articularon otras, para formar símbolos lingüísticos que les permitieran comunicarse. El desarrollo evolutivo del lenguaje es un campo teórico especialmente complejo donde aún existen grandes interrogantes [79]; sin embargo, los estudios en lingüística sugieren que el lenguaje y la capacidad

de generar y comunicar representaciones de las experiencias se remontan a nuestros ancestros primates y evolucionan como resultado de tres condiciones complementarias: a) el proceso de trabajo [80]; b) el desarrollo cerebral [81]; y c) la interacción social [82,83,84]. Para llegar al momento en que los seres humanos imaginamos el mundo y lo representamos en palabras, debieron transcurrir millones de años de evolución e interacción compleja de los individuos con sus condiciones materiales y con su grupo. Según algunas teorías psicológicas, fundamentadas en el desarrollo infantil, se considera que el pensamiento del hombre primitivo ha llegado hasta nosotros mediante un desarrollo relativamente “progresivo”, y profundamente ligado al placer y al dolor que desencadenan las experiencias cotidianas [85].

Desde la perspectiva psicoanalítica, las obras de Sigmund Freud (1856-1939) y Jaques Lacan (1901-1981) aportan argumentos muy interesantes para comprender este proceso.

Según Freud, la masa se va constituyendo cuando varias personas, inicialmente muy diferentes, se enfrentan a un objeto representándolo de la misma manera, y configurándolo como un ideal colectivo con el cual se identifican y ante el cual sacrifican sus intereses y voluntades; esta forma de identificación común con ideales colectivos, soportados por los líderes y por la cultura, va borrando las características individuales de las personas alrededor de objetos que parecieran iguales para todos. Pensar y sentir como la masa confiere a los individuos cierta seguridad, pero a menudo pagando un precio emocional muy alto [86,87,88].

Lacan, por su parte, considera que los seres humanos nacemos sin una maduración suficiente que nos permita adaptarnos a las exigencias del medio y garantizar nuestra existencia. En su concepto somos *seres en falta*, indefensos y limitados que dependemos de los otros. A ello se suma que no tenemos aún la capacidad de comunicarnos mediante el lenguaje; por ello nuestros requerimientos y necesidades surgen como un grito inicialmente ininteligible que debe ser interpretado por la madre y por los otros, quienes ya han desarrollado el lenguaje. Son los Otros quienes, con base en el lenguaje, van a dar sentido a nuestras necesidades originarias, las cuales vamos transformando también a medida que pasan por las estructuras lingüísticas. En consecuencia, nuestra naturaleza original se va sujetando a los significados que el otro dio a nuestras necesidades y que nosotros mismos vamos incorporando como lenguaje. Lacan insistirá a lo largo de su obra en las profundas implicaciones de esta ruptura entre la necesidad originaria (el grito sin sentido) y la necesidad convertida en un llamado con significado para los otros y para el mismo sujeto que habla. Las necesidades “naturales” tendrán que sujetarse

“al lenguaje del Otro”, a la cultura; en tal sentido, los seres humanos se ven obligados a desnaturalizar y reconfigurar sus necesidades, deseos y aspiraciones sometiéndolos a los patrones de la cultura, los cuales le ofrecen una falsa ilusión de identidad propia envuelta en categorías idealizadas. Esta sujeción a los patrones idealizados por la cultura y por el discurso lingüístico, será la que nos definirá como seres humanos: un “sujeto” es el individuo que se ha sometido a la cultura y es controlado por ella [7,88].

La transformación de las necesidades y experiencias en representaciones mentales racionales se va desarrollando desde una forma egocéntrica, intuitiva, emocional e irracional, hasta un pensamiento lógico ligado con la realidad y con los demás miembros del grupo; estas formas de experimentar la realidad no son necesariamente secuenciales ni excluyentes; coexisten en una misma persona e inclusive pueden contradecirse... El lenguaje no solamente revela nuestras experiencias profundas sino que las enmascara y esconde [85]. Los primeros significantes gestuales y fonéticos desarrollados por la humanidad prehistórica pudieron tener un alcance genérico, amplio e impreciso, aunque capaz de servir a los fines de la supervivencia, la lucha y el apareamiento. Estimulados por la interacción social, estos símbolos sufrieron en su interior procesos de diferenciación y especialización dirigidos a designar y distinguir entre sí las experiencias, de una forma cada vez más específica y precisa. En relación con sus condiciones cotidianas, los primeros símbolos elaborados por el hombre, fuertemente cargados de emociones y contenidos instintivos, pudieron referirse simultáneamente al peligro, el hambre, la sed, el frío y el dolor. Estas primeras señales de alarma han sido esenciales para garantizar la supervivencia del grupo y dan origen a expresiones lingüísticas progresivamente más precisas y elaboradas, las cuales van marcando una diferencia cada vez más clara entre las experiencias displacenteras y peligrosas que amenazan la vida, y otras vivencias experimentadas de forma placentera y satisfactoria, como la seguridad, el hartazgo y la vitalidad.

La capacidad de cada persona para representar su vivencia mediante el lenguaje y comunicarla a los demás, no es solamente un asunto individual. Toda experiencia vital, inicialmente subjetiva, es mediada por la cultura. En la medida en que el lenguaje es el producto de un proceso de interacción social, las nociones de salud y enfermedad que usan las personas para describir sus experiencias deben ser estudiadas también como contenidos ideológicos configurados culturalmente, campo que ha sido de interés para ciencias sociales como la historia, la antropología, la sociología, la psicología y la lingüística. Los hallazgos de estas disciplinas, no

siempre son convergentes, pero nos permiten formarnos una idea (en algunos aspectos aún muy imprecisa) acerca del desarrollo que ha experimentado nuestra concepción de las experiencias vitales a lo largo del tiempo [89].

A través de la historia humana, tanto las nociones populares de “enfermedad” como de “salud” han experimentado la influencia del discurso oficial. De acuerdo con este planteamiento, la noción popular de enfermedad es una construcción social que cambia de un grupo a otro y a lo largo del tiempo. Al calificar un estado como enfermedad, cada grupo puede estar influenciado tanto por los criterios de sus líderes y curadores, los cuales se presumen válidos, como por otras categorías ideológicas vigentes en el imaginario. Al experimentar los momentos de goce y sufrimiento, es posible que la gente del común haya construido nociones propias para calificar esos estados en que se siente bien, por contraste con las nociones de enfermedad que proponen los curadores como representantes del discurso oficial.

A continuación, revisaremos algunos de momentos claves en el desarrollo de la noción popular sobre salud y enfermedad.

La concepción mítica de la salud y la enfermedad

Sabemos aún muy poco sobre la manera de entender la salud y la enfermedad en las comunidades prehistóricas. Nuestras hipótesis sobre este tema suelen basarse en estudios arqueológicos y antropológicos, y en la observación de comunidades actuales que han logrado escapar a la colonización occidental. Para comprender el pensamiento del hombre primitivo es necesario entender primero sus condiciones de vida. El hecho de que las comunidades prehistóricas debieran sobrevivir en un entorno hostil lleno de peligros y exigencias, les obligó a desarrollar una fuerte cohesión gregaria, donde separarse del grupo implicaba sucumbir. La organización en manadas es un mecanismo adoptado por muchas especies para mejorar sus opciones de supervivencia, pero en el ser humano fue la base de la socialización y el pensamiento. La supervivencia imponía a la horda primitiva restricciones que inicialmente eran biológicas, pero también sociales, y fuertemente ligadas al placer y el dolor, las cuales debían resolverse en estrecha interdependencia con los demás. En este contexto de lucha colectiva por la supervivencia en un mundo frecuentemente lleno de peligros y amenazas, se desarrolló el pensamiento mágico religioso, una forma de consciencia social emocional, plástica, onírica, fantástica y no racional, que permitía a los individuos cargar de significado sus experiencias, y relacionarse con la naturaleza y con el resto del grupo [90].

El pensamiento mítico religioso es una forma muy antigua de consciencia social, que se observa desde la comunidad primitiva, y persiste hasta nuestros días en todas las sociedades y en casi todas las personas.

Esta forma de pensar está conformada por un conjunto heterogéneo de creencias y prácticas que atribuyen el origen y desarrollo de los hechos a seres sobrenaturales, quienes no forman parte del mundo físico natural sino de otro tipo de mundo; de allí que sus argumentos para dar cuenta de las cosas reciban el nombre de “concepciones metafísicas” (más allá del mundo físico). Las concepciones metafísicas se incorporan al saber popular de los grupos humanos en forma de creencia y prácticas basadas en la re-significación de observaciones y experiencias. Algunos de los contenidos metafísicos que configuran la consciencia mítica, evolucionarán hacia formas ideológicas más complejas, como las religiones, dando lugar prácticas sociales y patrones culturales profundamente arraigados en el conocimiento de la gente.

Para la concepción mítica religiosa todos los fenómenos tienen un origen externo sobrenatural (causa *meta physica*) y están fuertemente conectados entre sí gracias a fuerzas espirituales que mantienen el orden y la armonía del cosmos. Este “ordenamiento” cubre también al grupo, y no constituye solamente una explicación del mundo sino también un manual de conducta, pues las personas se consideran buenas mientras obedezcan las leyes sobrenaturales (cosmovisión ética primitiva). Desde la concepción mítica, el mundo es el producto equilibrado y armónico de fuerzas sobrenaturales que suelen representarse con características antropomórficas como seres espirituales cargados de bondad, maldad, ira, amor y otras pasiones; y cuya voluntad es impredecible e incomprensible. Los males aparecen cuando los seres humanos quebrantan las normas impuestas por las fuerzas sobrenaturales, en cuyo caso deviene el castigo en forma de penas y sufrimientos. Esta forma de representar las experiencias displacenteras pudo haberse desarrollado y mantenido en el contexto de la ideología mítica religiosa, configurando un modelo de pensamiento (paradigma), un lenguaje y un tipo de prácticas que predomina en las comunidades primitivas y que persisten hasta hoy. Dicho paradigma presenta varias características que definen su esencia: a) un predominio de lo emocional que no se somete a la lógica racional; b) un carácter obligatorio (normativo) que reproduce y legitima el orden social vigente; y c) la confianza en prácticas mágicas que permiten a las personas y los grupos negociar con las fuerzas sobrenaturales para influenciarlas y lograr un mejor control del mundo [90].

La representación mítica religiosa del sufrimiento desarrollada por las comunidades prehistóricas no se refería solamente a aquellos procesos del cuerpo que causaban dolor, sino también a ciertos estados físicos y psíquicos displacenteros e incapacitantes que impedían al sujeto participar en las actividades de supervivencia del grupo, y que interferían con el bienestar colectivo y el orden social. En relación con el origen del sufrimiento, el paradigma mítico religioso asume una explicación

metafísica multicausal que atribuye la pena y el dolor a la acción de espíritus y fuerzas sobrenaturales, las cuales se imponen a los individuos desde el exterior. Las dolencias, las pérdidas, la muerte, y las experiencias penosas en general, se interpretan como castigos y pruebas que nos imponen los espíritus y los dioses, cuando transgredimos sus normas o caemos en desgracia ante sus ojos. No podemos controlar la voluntad de los seres sobrenaturales, pero podemos mitigar su castigo ajustándonos a las normas cósmicas que dichas fuerzas han definido, y negociando su protección mediante rituales y prácticas mágico-religiosas [90,91].

Desde sus orígenes mítico religiosos, las concepciones de la enfermedad se van configurando entre la población como una categoría amplia, que incluye una vasta gama de situaciones displacenteras y peligrosas para el individuo y para el orden social. En tal sentido las enfermedades tienen una triple dimensión, individual, colectiva y ambiental, cuyo origen se atribuye a la infracción de normas cósmicas sobrenaturales y de la cual se deriva el castigo para el enfermo, su grupo y su entorno. La infracción originaria al orden sobrenatural, da origen al castigo y constituye también una transgresión del orden social, la cual se manifiesta en el comportamiento *anti-normal* del enfermo comprometiendo no solamente el cuerpo sino otras dimensiones de la vida propia y ajena. La noción mítico religiosa de la enfermedad no se limita entonces a las perturbaciones corporales, sino también a aquellas condiciones emocionales e interacciones con el ambiente y con los demás miembros de la comunidad, que dan lugar a experiencias penosas y displacenteras. Adicionalmente, en el marco de la consciencia gregaria e integral predominante en la comunidad primitiva, las enfermedades no se entienden como asuntos individuales sino como perturbaciones que afectan al grupo en su conjunto y al medio ambiente. Por tanto deben ser corregidas, restableciendo el orden cósmico mediante rituales que movilizan las fuerzas sobrenaturales, y cuya ejecución se asigna a magos, curanderos y chamanes [90]. Con el paso del tiempo, algunas concepciones míticas se fueron estructurando como religiones, donde la función de curadores fue asumida por sacerdotes, quienes evaluaban los enfermos y prescribían los tratamientos desde los templos [92].

Vista de este modo, la concepción mítico religiosa del individuo, de la sociedad y de la naturaleza, nos revela una perspectiva más holística y menos fragmentada de la que hoy nos ofrece la academia. En lugar de asumirlo como un pensamiento erróneo, deberíamos considerar el paradigma mítico religioso como una ideología que reflejaba las relaciones de producción de estos grupos humanos, los cuales debían mantenerse estrechamente unidos para asegurar la subsistencia material, y para sobrevivir en un mundo agreste y hostil, cuya dinámica

apenas comenzaban a conocer y controlar. Aunque el origen del paradigma ideológico mítico religioso se remonta a la prehistoria, sus contenidos y prácticas se expandieron entre las culturas antiguas, impregnaron las religiones monoteístas y desde allí se extendieron a la cultura occidental. Varios de sus contenidos persisten hoy, no solamente en los pocos grupos humanos que han logrado escapar a la colonización, sino también en la mentalidad del hombre contemporáneo.

Como ideología, el paradigma mítico religioso reproducía las condiciones sociales del grupo, y en tal sentido jugó un papel fundamental como elemento estructurante de la organización social primitiva que sigue actuando en muchas sociedades actuales. Sus explicaciones, aunque insuficientes desde nuestra racionalidad, juegan un papel fundamental en el significado y la carga emocional que las personas atribuyen a las dolencias y sufrimientos. En tal sentido, las concepciones mítico religiosas tienen una doble dimensión que debería valorarse en los análisis: pueden aliviar el dolor humano y suscitar respuestas adaptativas, pero pueden actuar también como instrumentos políticos de dominación, control y alienación. En el ámbito práctico sus explicaciones sobre las condiciones concretas que determinan el desarrollo de las enfermedades suelen ser limitadas, y por sí mismas no dan lugar a prácticas efectivas de control.

La racionalización del saber popular frente a la salud y la enfermedad

Como hemos analizado antes en estos seminarios, la capacidad de los individuos para convertir sus necesidades y experiencias en símbolos lingüísticos constituye un proceso esencial para asegurar la socialización y la supervivencia de la especie. La capacidad de elaborar ideas y pensamientos sobre los requerimientos que nos impone la vida, sobre la forma como podemos satisfacer nuestras necesidades, sobre los peligros que nos amenazan y la forma como podemos superarlos, nos da mucha ventaja sobre otras especies y sobre aquellas personas que no logran prever los problemas o imaginarlos de forma clara. Desde la infancia, y a lo largo del curso de la vida, las personas vamos desarrollando nuestra capacidad de razonar y a aprendemos a confiar en las ideas como recursos para vivir mejor. Sin embargo, no todos los individuos logran imaginar de manera racional sus necesidades íntimas, ni configurar los peligros como experiencias conscientes. Por otra parte, las ideas que nos formamos sobre estas experiencias vitales tampoco las reflejan siempre de forma adecuada.

La capacidad de pensar de forma lógica y coherente, es un proceso complejo que involucra dos dimensiones complementarias: a) el desarrollo individual del razonamiento lógico que realiza cada individuo a la

luz de su historia personal; y b) la configuración de una conciencia social que se va imponiendo al grupo como un patrón de razonamiento colectivo.

La racionalización del saber popular como producto del lenguaje

Las nociones de salud y enfermedad que se dan en la población, se manifiestan en el lenguaje. El lenguaje es un sistema altamente estructurado de comunicación observable en ciertas especies animales y en los seres humanos, que responde a contextos específicos y que se rige por principios convencionales definidos. El lenguaje humano se realiza por medio de signos lingüísticos (secuencias sonoras, gestos, señas y signos gráficos) con propiedades heurísticas (interpretativas) que no se limitan a responder mecánicamente a los estímulos. Las lenguas pueden cambiar de un grupo a otro, pero la facultad del lenguaje, de comunicarse mediante símbolos, es una condición natural y universal propia de los seres humanos y no producto del aprendizaje. Los seres humanos nacen con la facultad de desarrollar el lenguaje; pero la conducta lingüística no se considera instintiva, sino que constituye un avance evolutivo del cerebro desarrollado desde el Homo sapiens por contacto con otros seres humanos, y especialmente durante la infancia.

A comienzos del s. XX, el lingüista suizo Ferdinand de Saussure (1857-1913), propuso que el lenguaje permite a las personas exteriorizar sus deseos y afectos, y expresar adecuadamente sus ideas y pensamientos, asumiendo que entre el significado que las personas querían expresar, y el significante que le daba forma lingüística, existía una fuerte correspondencia estrecha y biunívoca; [93] estos planteamientos del fundador de la lingüística reflejaban un alto nivel de confianza en la capacidad del lenguaje para dar cuenta de las experiencias subjetivas de las personas; en otras palabras, que los seres humanos dependemos del lenguaje para razonar. Un poco más tarde, el educador ruso Lev Semiónovich Vygotski (1896-1934) propuso que las personas cuentan con estructuras biológicas que les permiten crear signos y comunicarse, pero que el lenguaje humano no es un proceso biológico mecánico, sino una función social desarrollada activamente por cada individuo mediante el contacto con su entorno y con la cultura; [94] la interacción social permite a las personas desarrollar dos tipos de lenguaje: un lenguaje egocéntrico que le permite abstraer símbolos, codificar situaciones y comprenderlas; y un lenguaje comunicativo que le permite representar la realidad y hacer generalizaciones compartidas con los demás miembros del grupo. Este proceso es colaborativo e involucra la participación y el apoyo de agentes externos que influyen en el proceso mediante transmisión e intercambio de conocimiento. Años después, el epistemólogo y psicólogo suizo Jean

Piaget (1896-1980) reconocerá también el origen social del pensamiento y el lenguaje, y que el desarrollo es un proceso activo de cada individuo; pero a diferencia de Vygotski, quien centra su interés en la influencia de la cultura sobre las ideas y pensamientos de las personas, Piaget considera que los sujetos no desarrollan el lenguaje sólo condicionados por los demás, sino de una forma creativa e individual por asimilación y acomodación de nuevas experiencias [84,95].

Con base en los descubrimientos sobre el lenguaje, muchos investigadores asumieron entonces que los mensajes y testimonios que las personas recordaban y expresaban conscientemente reflejaban adecuadamente sus experiencias subjetivas; en tal sentido, las encuestas y entrevistas en profundidad se consideraban un buen reflejo de las vivencias y experiencias íntimas. A fines del s. XX, los avances del psicoanálisis pusieron en entredicho este supuesto, revelando que gran parte de las experiencias subjetivas permanecían fuera de la conciencia de los propios individuos. Desde esta corriente de pensamiento, Lacan propuso que, mientras los símbolos del lenguaje (significantes) siguen rutas fijas, definidas convencionalmente por la cultura, los contenidos de la experiencia (significados) siguen ciegamente las rutas inconscientes y cambiantes del deseo; en consecuencia, los significantes lingüísticos no dan buena cuenta de las experiencias profundas de los individuos, sino que las moldean, distorsionan y reprimen ajustándolas a los patrones admitidos por la cultura. En su concepto, el individuo es atravesado por el lenguaje de los Otros, por el lenguaje de la cultura que configura sus experiencias y pensamientos: el lenguaje nos da forma y nos estructura como sujetos [7].

La racionalización como proceso individual

En psicología existen múltiples enfoques que pretenden dar cuenta de la forma como las personas interpretamos nuestras experiencias y las convertimos en ideas y pensamientos. Una de estas corrientes es el Psicoanálisis, desarrollado a comienzos del siglo XX por el médico Sigmund Freud (1856-1939).

Para el psicoanálisis, las ideas y pensamientos que usamos para representar nuestras experiencias y comunicarnos con los demás, no son formas naturales mecánicas y unvocas, sino elaboraciones que se van produciendo en el seno de la cultura y se desarrollan desde la infancia en relación con el lenguaje del grupo. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, las fuerzas que aseguran la supervivencia y el desarrollo de los seres humanos se materializan en “pulsiones”, definidas como impulsos psíquicos perentorios, los cuales tienen su fuente en una excitación interna que el cuerpo experimenta de manera displacentera como tensión, y que empujan el organismo hacia un fin concreto: suprimir o calmar rápidamente ese estado de tensión

mediante un objeto que permite la descarga. Dicha descarga es experimentada por el individuo como una vivencia placentera, agradable, satisfactoria... como un alivio. Las pulsiones no son solo un asunto del cerebro: están activas “en cada fragmento de la sustancia viva” [96]. El Psicoanálisis establece una diferencia entre los instintos y las pulsiones. Los instintos animales son impulsos fijados por la herencia genética, cuya descarga se encuentra rígidamente predefinida y ligada a un objeto específico e inamovible. Las pulsiones humanas son más plásticas; no solamente tienen un sustrato biológico, sino también un sustrato psíquico, y asumen un comportamiento polimorfo que les permite ligarse a diferentes objetos para eliminar la tensión. Las pulsiones, tensiones y descargas nos acompañarán durante toda la vida; responden por la vida del individuo y de la especie; e impregnan no solamente los procesos vitales sino las demás esferas del comportamiento humano.

Aunque las pulsiones buscan la satisfacción inmediata, las condiciones reales no siempre favorecen la descarga; la realidad en que vivimos puede obligarnos a posponer la satisfacción, e inclusive puede impedirla de manera definitiva amenazando la existencia y el desarrollo; esta situación es experimentada por las personas como frustraciones desagradables o displacenteras. Buscando satisfacer las pulsiones en condiciones que no siempre son favorables, el aparato psíquico se ve obligado a desarrollar diferentes estructuras y estrategias. Según el Psicoanálisis, la mente humana se comporta como una estructura compleja, constituida por diferentes componentes que administran las pulsiones, procesando, transformando y modulando la energía psíquica involucrada en el desarrollo y la supervivencia; esta energía recibe el nombre de libido. En una primera aproximación al tema, que Freud denominó la primera tópica, propone que el aparato psíquico está dividido en tres estratos o niveles: el Inconsciente, el Preconsciente y el Consciente. En este contexto el término inconsciente se refería a las experiencias y vivencias del sujeto, muchas de ellas cruciales en la historia del individuo, que él mismo no reconoce conscientemente como propias; no están en su consciente y no es capaz de describirlas en palabras; como si por alguna razón no pudieran llegar al pensamiento. El preconsciente, por su parte se refería a un conjunto de contenidos que no están por el momento en la consciencia del sujeto, pero pueden llegar a ella en algún momento. El consciente consistía en el conjunto de recuerdos, ideas, pensamientos racionales y argumentos que el individuo expresaba para dar cuenta de sus experiencias y comunicarlas a otros; en otras palabras, era lo que las personas pensaban de sí mismas y del mundo.

Posteriormente, el mismo Freud hablará de una segunda tópica o categorización, que complementa

la primera y facilita la comprensión de los flujos de la energía psíquica; en esta segunda calificación se refiere al Ello, el Yo y el Super Yo [96]. El Ello es la primera de las estructuras psíquicas que se forma en el sujeto y está compuesta por el conjunto de instintos, pulsiones y deseos, innatos y adquiridos, que de manera inconsciente mueven nuestro comportamiento hacia la descarga directa de la tensión y la satisfacción inmediata; desde el Ello se van a desarrollar posteriormente en el niño el Yo y el Super Yo, instancias con las cuales se mantendrá en conflicto. El Yo es una estructura psíquica predominantemente consciente, materializada en recuerdos, ideas y pensamientos lógicos y racionales, que se va conformando a partir del Ello en la medida en que el niño interactúa con la realidad y con los demás, y que en términos generales tiene como función ajustar al individuo a la realidad, y asegurar que las pulsiones del Ello se satisfagan de la mejor manera en las condiciones reales. El Yo es también un mediador entre las pulsiones del Ello y las normas del Super Yo. El Super Yo por su parte, es un componente de nuestro aparato psíquico que se va configurando por interiorización de las prohibiciones y exigencias de los padres y de la sociedad; sus contenidos conforman dos instancias: los criterios de autoevaluación, crítica y reproche que configuran la «conciencia moral» del sujeto; y el repertorio de comportamientos aprobados y recompensados que definirán el ideal del Yo, es decir, el patrón ideal de conducta que seguirá el sujeto a lo largo de su vida. El Super Yo restringe la satisfacción de las pulsiones y deseos a ciertos estándares aceptados por el grupo; define lo que está bien, lo que está mal y lo que debemos ser; y contribuye al desarrollo de la cultura. Los ideales configurados por el Super Yo definirán los patrones internos de normalidad y anormalidad del individuo y, desde esta perspectiva, impondrán también su rumbo a sus vivencias de salud y enfermedad. Algunos de los contenidos del Super Yo son conscientes, pero otros se nos imponen sin que nos demos cuenta de ello; en su mayor parte, los patrones morales e idealizados se incorporan precozmente a la estructura psíquica de cada individuo, de manera inconsciente e involuntaria [96].

La teoría Psicoanalítica es particularmente compleja e integral, y su estudio supera ampliamente los alcances de este seminario; pero para comprender el proceso de racionalización y su importancia para la concepción de la salud y la enfermedad es necesario que revisemos dos de sus conceptos básicos: el Proceso primario y el Proceso secundario.

El proceso primario

Desde el nacimiento, los seres humanos estamos expuestos a requerimientos que deben cumplirse para asegurar nuestra subsistencia. Las personas experimentamos estos requerimientos como tensiones

displaceras que nos impulsan a buscar alimento, seguridad; descanso; protección... Inicialmente el niño buscará aliviar la tensión de forma inmediata a través de una acción refleja: la succión, la micción, la defecación, el llanto... Pero en su contacto con el mundo externo y con los cuidados que recibe de la madre y de otras personas, el niño descubrirá muy pronto que varias áreas de su cuerpo generan experiencias placenteras y también desagradables. Su aparato psíquico se va abriendo así a otras formas de placer y tensión, las cuales lo llevarán a desarrollar mecanismos que le permitan tanto repetir la satisfacción, como evitar el displacer que le hayan generado estas experiencias. Uno de estos mecanismos es el **proceso primario**, definido como el *conjunto complejo de procedimientos psíquicos inconscientes realizados por el Ello desde los primeros días de vida, mediante los cuales el niño genera representaciones o imágenes ligadas al placer y al dolor*. Estas imágenes no son pensamientos lógicos ni verbales porque el niño aún no ha desarrollado el lenguaje. Para construir las, el Ello utiliza los restos o huellas que dejan en el aparato psíquico aquellas experiencias relacionadas con la satisfacción o con el displacer: olores, sabores, sonidos, texturas... Con base en estos recuerdos no verbales (huellas mnémicas) el Ello de cada niño crea sus propias escenas de experiencias placenteras o displaceras, las cuales se van fijando firmemente en su estructura psíquica. Estas escenas juegan un papel muy importante para el desarrollo psíquico porque en el futuro, cada individuo tratará de obtener de nuevo el placer, o escapar al sufrimiento, repitiendo las imágenes escénicas que ha construido desde su infancia [97].

Las primeras representaciones del aparato psíquico no son palabras ni pensamientos lógicos; son mezclas de imágenes auditivas, olfativas, táctiles, y principalmente visuales, que se configuran como “representaciones - cosa”, y que se organizan como redes estrechamente ligadas entre sí por donde la energía psíquica fluye libremente entre una y otra imagen. Son redes de imágenes fantásticas, plásticas, creativas y emotivas, llenas de sentimiento, color, movimiento, olores y percepciones táctiles; similares a las que surgen durante las alucinaciones, los sueños o las pesadillas. Estas imágenes no existen previamente en el aparato psíquico; cada niño las va configurando en estrecha relación con las experiencias placenteras y displaceras que adquiere en contacto con su madre y con las demás personas, y son esenciales en el desarrollo psicológico, porque van definiendo las rutas o caminos por donde cada individuo conducirá posteriormente sus deseos. Decimos entonces que las alucinaciones primarias van dando forma a los deseos. A partir de las imágenes elaboradas por el Ello, las

personas ya no tendrán que esperar que aparezca la tensión; usarán las imágenes elaboradas por el proceso primario para buscar la satisfacción. Inicialmente buscarán la descarga imaginando (alucinando) la escena placentera construida previamente, con lo cual logrará cierto grado de placer. Cuando siente hambre el niño imagina el pecho con el olor, el calor y el sabor que él recuerda en su escena, y succiona como si el pecho imaginado estuviera presente; esta evocación puede generarle placer temporalmente... pero la alucinación por sí misma no asegura la satisfacción inmediata del hambre; si la madre real no viene, la alucinación es insuficiente y el displacer reaparece y se hace más intenso. El niño descubre entonces que para descargar la tensión y experimentar placer necesita algo más que imaginar el objeto y esta situación dará lugar al proceso secundario.

El proceso primario no se rige por las normas del lenguaje verbal; por lo mismo no es lógico, coherente ni racional en el sentido del lenguaje hablado. Sin embargo, no puede decirse que su forma de generar imágenes no siga una lógica; lo que ocurre es que las características del proceso primario constituyen la lógica del inconsciente, y obran de forma muy diferente al pensamiento racional. El proceso primario puede desplazar los significados de una imagen a otra dejando que la energía psíquica fluya libremente entre ellas (“me recuerdas a mi madre”); condensa imágenes diferentes en una sola (“mi esposa es mi madre”); confunde pasado y futuro en un eterno presente (el tiempo no pasa en el Ello); no admite dudas, negaciones, ni contradicciones (una imagen puede ser a la vez buena y mala), y sigue ciegamente el rumbo del placer. Las imágenes emocionales del proceso primario pueden entrelazarse configurando redes, algunas de las cuales se unirán posteriormente a una o varias palabras y al pensamiento racional.

Las imágenes producidas por el proceso primario, fuertemente cargadas de emoción y deseo, definen nuestras experiencias de bienestar y sufrimiento de una forma inconsciente que escapa a nuestro conocimiento y al conocimiento del médico; existen y mueven nuestro comportamiento desde el inconsciente y actúan sin que nos demos cuenta de ello porque no son conceptos racionales; no siempre coinciden con la realidad ni aseguran la descarga; y con frecuencia chocan con los controles sociales. Aunque el proceso primario del niño sea anterior a la palabra, sigue actuando durante toda la vida aún después de que desarrollamos el lenguaje racional.

El proceso secundario

Las alucinaciones son mecanismos primarios muy efectivos para movilizar nuestro comportamiento, pero no siempre aseguran que se satisfagan las pulsiones que nos mantienen vivos. Soñar con un banquete no resuelve

la desnutrición de los pobres. El fracaso de la alucinación y la relación de esta experiencia displacentera con otras percepciones, obligarán al sujeto a desarrollar nuevos mecanismos de satisfacción ajustados a las condiciones externas, los cuales se configuran también a partir de la interacción con los demás. Aparece entonces el pensamiento racional. El **proceso secundario** se refiere al conjunto de procedimientos que va desarrollando el aparato psíquico a lo largo de la vida, como consecuencia de los límites que nos impone el contacto con la realidad, y que nos permiten aplazar y ajustar la descarga de las pulsiones a las condiciones externas. El proceso secundario se alimenta de las percepciones, y se apoya en los códigos del lenguaje hablado por el grupo. Como su nombre lo indica, aparece en el niño con posterioridad al proceso primario, configurando el Yo pensante. Las imágenes del proceso secundario son también cinéticas, olfativas, auditivas y visuales, pero se van articulando alrededor del sonido hablado y se configuran como “representaciones-palabra” ligadas al lenguaje. La aparición del pensamiento lógico racional no ocurre de un día para otro; al principio los niños tienen más facilidad para expresarse con imágenes, acciones y dibujos que con palabras; algo que se observa también en el pensamiento mágico del hombre primitivo. Pero en contacto con los otros, el niño aprende a utilizar el lenguaje para dar cuenta de sus experiencias y va construyendo “representaciones-palabra”; estas imágenes tratan de precisar las experiencias en el tiempo y el espacio; reconocen lo que es propio de lo que es ajeno; y diferencian las formas de satisfacción que la cultura permite o rechaza. Las imágenes creadas por el proceso secundario se apoyan en las percepciones y en las reglas del lenguaje y cumplen múltiples funciones: permiten al individuo construir progresivamente una imagen racional y relativamente coherente de sí mismo como “alguien que es diferente de los demás y del resto del mundo”; inhiben tanto las descargas directas inconvenientes como las alucinaciones, ofreciendo al individuo nuevas rutas de satisfacción; y juegan un papel represor expulsando del pensamiento consciente aquellas huellas o rastros relacionados con experiencias displacenteras [98]. A partir de la interacción con los otros y las dificultades que nos presenta la realidad, vamos aprendiendo nuevas formas de lograr placer y superar la frustración; a diferenciar la fantasía de la realidad; a distinguir lo bueno de lo malo; y a construir rutas alternativas a la descarga directa que nos permitan aliviar las tensiones y obtener el mayor placer posible en las condiciones que nos brinda la realidad [97].

Los productos del proceso secundario se componen de imágenes verbales, recuerdos, pensamientos y reflexiones referidas a experiencias con hechos reales, y están sometidas a las reglas gramaticales y sintácticas del lenguaje oficial. Su lógica de configuración de

imágenes trata de captar las condiciones de la realidad precisando los tiempos y espacios en que ocurren los hechos; en tal sentido es direccional en el tiempo y es concreta en el espacio. A diferencia de las imágenes-cosa del proceso primario, que permitían el libre flujo de la energía psíquica de un objeto a otro, el proceso secundario es menos flexible, no condensa ni desplaza significados, y no admite que una misma imagen responda a objetos diferentes. Exige que el discurso sea claro, preciso y diferenciador. Por su incapacidad para condensar imágenes contrarias, el proceso secundario trata de integrar imágenes verbales diferentes, buscando una coherencia entre ellas que no siempre es posible. Por eso nuestro pensamiento racional y consciente, producto del proceso secundario, admite dudas e inconsistencias que no se dan en el Ello inconsciente.

El hecho de que se desarrolle el proceso secundario y se fortalezca el Yo consciente no significa que el Ello desaparezca. Ambos coexistirán hasta la muerte.

El Yo no se equipara plenamente a lo consciente porque realiza también procesos inconscientes e involuntarios que no solamente reprimen ciertos deseos y pulsiones, considerados peligrosos o inaceptables, sino que los distorsionan y disfrazan. La “racionalización” que elabora ideas complejas y aparentemente válidas sobre nuestras experiencias, obedece a una estrategia que el Yo va desarrollando inconscientemente para enfrentar la angustia y el fracaso. Cuando en nuestra dimensión emocional surgen experiencias o recuerdos que nos causan angustia o malestar, que vivenciamos como amenazantes, o que nuestro Super Yo incorporó como reprobables e inadmisibles, nuestro Yo consciente construye (sin que nos demos plena cuenta de ello) una imagen aparentemente lógica que sea coherente con los patrones vigentes, con el fin de ocultar aquellos sentimientos o deseos que no queremos reconocer o aceptar como propios, y de enmascarar la verdadera motivación que da lugar a nuestras acciones. Dado que sirve como estrategia inconsciente para desconectarnos del malestar original, la racionalización se considera un mecanismo de defensa que pretende evitar la angustia y la frustración.

La experiencia individual de satisfacción y sufrimiento

Según los conceptos que hemos revisado, cada individuo construye desde la infancia sus propias vivencias del placer y del sufrimiento. No existe entonces un único prototipo de satisfacción que aplique a todos los seres humanos y que nos permita hablar de un patrón único de bienestar, salud o felicidad. La diferencia no se refiere solo a la estructuración de las pulsiones y deseos que cambia con cada individuo, sino también a las formas de expresar estas experiencias mediante el lenguaje. De ello se desprende que cada persona puede concebir y definir su salud y su sufrimiento de

distinta manera, y que sus relatos ante el médico y el entrevistador pueden ser por sí mismos muy limitados para dar cuenta de sus vivencias.

El Yo no se limita a generar ideas que abran nuevos caminos a la satisfacción de las pulsiones; se encarga también de proteger al individuo de aquellas pulsiones y deseos cuya satisfacción se considere peligrosa a la luz de las condiciones reales y los valores sociales. La función represora del Yo consiste en eliminar de la consciencia aquellos contenidos perturbadores tratando de neutralizar el peligro. Este mecanismo de defensa no siempre funciona, porque la pulsión reprimida puede retornar y procurarse una descarga sustituta, dando rodeos que escapen a la resistencia de la consciencia. Según el psicoanálisis, esta transacción explica el síntoma. Acá es importante advertir que la noción de síntoma que usa la medicina, no es la misma que utiliza el Psicoanálisis. Para la medicina el síntoma es el relato subjetivo que el enfermo hace de su dolencia y es una de las claves para diagnosticar la enfermedad. Para Freud el síntoma es algo diferente; es aquella manifestación física o psíquica displacentera que corresponde a una formación transaccional entre un deseo reprimido y una defensa; Freud sólo habla de síntoma cuando esta transacción se cumple; por eso no considera síntomas la angustia, que se interpreta como una señal de alerta sobre un peligro inminente; ni otras manifestaciones psicósomáticas que no reflejen la transacción entre el deseo reprimido y la defensa. Jacques Lacan (1901-1981), otro notable psicoanalista, dirá más tarde que los síntomas son “significantes” que nos remiten al significado inconsciente y oculto; en otras palabras, los síntomas son solamente relatos conscientes que hace el enfermo sobre situaciones inconscientes que él no entiende plenamente; y que tampoco reflejan apropiadamente su conflicto, porque están contruidos en el lenguaje del Otro (de la cultura): detrás del síntoma actúa la cultura que modifica las vivencias; el síntoma no nos refiere a la enfermedad, sino a la estructura misma del lenguaje. Paradójicamente, el síntoma revela también una represión, que sigue apegada al goce; sigue tratando de buscar la satisfacción... el síntoma no es solo evidencia de enfermedad; es una manera que encuentra el sujeto de “seguir gozando” a pesar de la represión [99].

Las reflexiones anteriores sobre la heterogeneidad de las experiencias y de las formas de expresarlas mediante el lenguaje, nos obligan a ser muy críticos frente a la anamnesis que se hace en la atención médica, las entrevistas, los interrogatorios y los diagnósticos de salud. Nos obliga también a ser cautos con estudios que pretenden captar las vivencias y experiencias de los grupos humanos en relación con su salud sin haber tenido en cuenta los contextos culturales concretos en que las personas han elaborado estas representaciones. Los descubrimientos del Psicoanálisis sobre la dimensión inconsciente que rige nuestras acciones y

pensamientos, nos obligan también a buscar con los enfermos y personas en riesgo de daño, formas de interacción emocional y afectiva que susciten y apoyen cambios de comportamiento en su propio beneficio. Las repercusiones de estas teorías serán especialmente importantes al analizar intervenciones como la atención médica individual, la promoción del autocuidado, la gestión de los riesgos, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

La racionalización como proceso colectivo

Hemos visto que, desde la perspectiva psicológica interesada por los individuos, el razonamiento emerge como una forma de asegurar que las pulsiones se satisfagan de la mejor manera posible en las condiciones reales, y que los individuos repriman y oculten aquellas vivencias que pudieran considerarse peligrosas.

Desde otra perspectiva centrada en la dimensión social, la racionalización se refiere al proceso mediante el cual el pensamiento y el lenguaje se someten a reglas lógicas estrictas y definidas, dirigidas a mejorar la comprensión y comunicación de las ideas. En Occidente, el pensamiento lógico y racional, desarrollado en Grecia desde el s. VII a.n.e., fue imponiendo progresivamente sus reglas al conocimiento occidental, incluyendo el saber popular. El desarrollo de un lenguaje sometido a las reglas de la lógica permitió a la humanidad precisar sus representaciones utilizando las categorías racionales predominantes en cada momento. En todo caso, el desarrollo progresivo del pensamiento lógico no implica la eliminación de los sustratos emocionales del paradigma mítico, muchos de los cuales persisten en el hombre contemporáneo, tal como las pulsiones y fantasías infantiles permanecen en la vida adulta. Es en este contexto de significación progresiva de experiencias, alrededor del cual falta mucho por saber, donde se han desarrollado las nociones de enfermedad y salud que la gente usa hoy. Utilizando como analogías las teorías psicológicas sobre el desarrollo psíquico de los individuos, la noción popular de enfermedad que encontramos en la sociedad actual como estructura racional, pudo haberse configurado en diferentes nichos sociales a partir de experiencias originalmente emocionales displacenteras y amenazadoras, a las cuales se fueron vinculando múltiples significantes lingüísticos usados por el grupo, que aún hoy emergen en los discursos de nuestras comunidades, tales como: *dolor, temor, frustración, malestar, fatiga, desarmonía, desequilibrio, pecado, maldición, castigo, irregularidad, anormalidad, desadaptación, dependencia, e infelicidad*. Estas expresiones reflejan no solamente el carácter desfavorable e insatisfactorio de la vivencia en los términos lingüísticos del grupo, sino también la contrastación de cada experiencia con los ideales y normas predominantes. En un sentido similar, las

nociones de salud predominantes en la población actual pudieron haberse desarrollado también alrededor de experiencias placenteras, relacionadas con significantes lingüísticos que el grupo consideraba como aceptables y valiosos: *seguridad, satisfacción, bienestar, armonía, equilibrio, virtud, bendición, premio, regularidad, normalidad, adaptación, autonomía, tranquilidad y felicidad*. Aunque expresadas en términos y argumentos sujetos a las reglas del lenguaje, las concepciones populares sobre la enfermedad y la salud incorporadas por el saber popular conllevan una carga elevada de contenidos emocionales, y suelen combinarse de forma variable e inconsciente bajo la influencia de las ideologías dominantes. [37,100].

Las nociones de salud y enfermedad desarrolladas por la humanidad en la prehistoria, que pudieron surgir como categorías valorativas profundamente ligadas a la realidad cotidiana de placer y sufrimiento, han llegado hasta nosotros recorriendo caminos tortuosos, a través de los cuales se han identificado con otros significantes lingüísticos desarrollados por cada sistema social. A lo largo del tiempo, las experiencias de placer y sufrimiento se integraron a núcleos de significación, unidos entre sí por una inevitable relación de contradicción, donde uno de los dos polos de la experiencia cotidiana se “comprende”, se “vivencia” o se “controla” mejor, mientras más intensa sea la comprensión, la vivencia o el control del polo opuesto. *“El hombre llegó a identificar momentos durante los cuales sentía malestar o dolor, y momentos en los cuales se sentía, no solo libre de molestias, sino además bien y eufórico. Es lógico suponer que, en su constante necesidad de simbolizar, creara expresiones que le permitieran comunicar a otros sus vivencias de malestar o bienestar. En esta forma nació posiblemente el dualismo cultural de las palabras salud y enfermedad”* [5]. En las comunidades prehistóricas los significantes pudieron tener un alcance emocional y difuso, más que racional; condición que se refleja en el pensamiento mítico. Pero el desarrollo del lenguaje permitió a la humanidad construir categorías cada vez más precisas, articuladas alrededor del “placer que debe buscarse como algo bueno, y el displacer que debe evitarse como algo malo”. Entre estas categorías aparecen las nociones de “seguridad-inseguridad”, “bienestar - malestar”, “armonía - desarmonía”, “equilibrio - desequilibrio”, “orden - desviación”, “premio - castigo”, “virtud- pecado”, “bendición - maldición”, “natural - sobrenatural”, “normal - patológico”, “adaptación - desadaptación”, “regularidad - irregularidad”, “vida - muerte”... Esta amplia gama de significados contrarios se ha incorporado progresivamente y de forma variable a las ideas de salud y enfermedad de las sociedades modernas, combinándose en el tiempo de diferente manera, de tal modo que alguno ellos, ha sido enfatizado

en un momento de la historia como núcleo de la concepción vigente de salud o de enfermedad [77].

No todas las culturas expresan sus vivencias de la misma forma. En la antigua Grecia, el término *Pathos* (πάθος) era un vocablo emocionalmente muy fuerte, con múltiples significados; entre ellos, representaba aquello que experimentamos con fuerza impetuosa que nos arrastra más allá de nuestra voluntad: pasión, deseo, tristeza, padecimiento. El *pathos* no siempre se refería a algo desagradable, pero incluía claramente las formas del sufrimiento que se nos impone y nos somete: el dolor, la angustia y la pena moral. Es una fuerza ligada a la existencia de la que no podemos escapar. La fuerza emocional del término griego *pathos* se fue ajustando con el tiempo a los patrones de la argumentación y la lógica. Ya desde el s. IV a.n.e., Aristóteles en su texto sobre Retórica (libro I, 1356a) utiliza el término *pathos* refiriéndose a uno de los recursos que tenemos a mano para convencer a los otros de la validez de nuestros argumentos [101]: el *pathos* consiste en movilizar los sentimientos humanos de la audiencia, transmitiéndole un sentimiento de rechazo o aceptación sobre el sujeto de un juicio con el propósito de influir en su sentencia. Aunque Aristóteles destaca el valor retórico del *pathos*, junto al *logos* (argumentación) y al *ethos* (capacidad de convicción), con el tiempo el contenido emocional del término *pathos* se fue supeditando a la lógica y al discurso. Atrapado por el *logos* (pensamiento racional), el *pathos* (experiencia emocional) se fue reduciendo al estudio de la enfermedad como alteración orgánica (patología).

Como vimos anteriormente, el desarrollo del pensamiento humano a partir de experiencias y categorías emocionales, que inicialmente son inconscientes e irracionales, es también uno de los postulados del Psicoanálisis. Según esta corriente, algunos síntomas y signos, tanto físicos como psíquicos que vemos en los enfermos, tienen su origen en experiencias traumáticas, dolorosas y conflictivas, frecuentemente ocurridas en etapas tempranas de su desarrollo, y que son elaborados por las personas de diferente manera a lo largo de la vida, entretejiendo experiencias previas y actuales. La teoría psicoanalítica ha insistido en que la experiencia de enfermedad no corresponde sólo a un proceso físico de alteración biológica; la enfermedad es una experiencia valorada y elaborada emocional y racionalmente por el enfermo. La forma en que las personas confieren significado a sus experiencias varía mucho de un individuo a otro, y en los mismos individuos a lo largo del curso de la vida [6,102]. Aunque las experiencias humanas tienen siempre un componente material y físico (*nada hay en la mente que no pase por alguna parte del cuerpo*), las enfermedades no son meramente hechos objetivos que existen por fuera de la consciencia; son construcciones, “experiencias valoradas y representadas” por las personas; y dicha valoración

desfavorable es precisamente lo que les confiere el estatuto de enfermedad.

Desde mediados del s. XX, los análisis realizados por algunos autores como Canguilhem [16,77,32], Parsons [52] y Foucault [44] sugieren que *la noción de “enfermedad”*, como construcción simbólica, antecede históricamente a la noción de “salud”, y que su contenido se generó y mantuvo en ciertos nichos sociales de significación, los cuales le han conferido una identidad particular como expresión popular y como tecnicismo. En el marco de los discursos oficiales vigentes y bajo la influencia de los curadores, la noción popular de «enfermedad» pudo restringirse a condiciones cada vez más concretas y limitadas al cuerpo biológico. Por su parte, las diferentes nociones populares de “salud” documentadas por la literatura suelen incorporar una mezcla más amplia y heterogénea de condiciones compatibles con los estándares sociales predominantes, y que son valoradas por el grupo como condiciones apetecibles [103,20]. La diferenciación racional entre las experiencias desfavorables calificadas como enfermedades y las experiencias favorables calificadas como salud, no ocurre de forma mecánica ni simétrica. Las múltiples experiencias y significados que confluyen en las concepciones populares de la salud y la enfermedad, pueden atraerse, confundirse, mezclarse, competir y complementarse de distintas maneras en un mismo grupo humano, dependiendo de sus condiciones de vida y de los valores predominantes. En esta combinación de concepciones ningún núcleo de significación es más “cierto” que otros, pues varios significados suelen coexistir simultáneamente. Considerando que la experiencia humana involucra expresiones tan diferentes, la “veracidad” no constituye entonces un buen criterio para juzgar la validez comparativa de una determinada noción de salud.

A través de la historia, el discurso oficial ha ejercido una marcada influencia las nociones populares de “salud” y “enfermedad” que podrían agruparse en las siguientes categorías nucleares:

La salud como ausencia de enfermedad. La noción mítica del orden cósmico que regula la naturaleza y la sociedad fue asumida de diferentes maneras por el discurso oficial que la expandió y la mantuvo en el saber popular. Asumiendo que las enfermedades constituyen desviaciones y resultan de las transgresiones al orden, puede entenderse que las personas entiendan la salud como la dimensión positiva opuesta, es decir, como la ausencia de enfermedad. Cuando me considero sano quiero decir que... ¡No estoy enfermo! ¡No he hecho nada malo! ¡Soy normal! ¡Cumpro todos los criterios! ¡No represento una carga ni un peligro para otros! No me identifico con ninguna anomalía que me califique como desviado.

La salud como sujeción a los patrones vigentes.

La noción popular de salud ha acogido también las diferentes expectativas, intereses y aspiraciones que los grupos tienen en mayor estima en su momento, y que se perciben en los imaginarios sociales, tales como la autonomía, la capacidad de trabajar, la seguridad, la juventud, la belleza, la fuerza, la longevidad, y la sensación de plenitud frente a las necesidades fundamentales. Como lo ha destacado Foucault en varias de sus obras [41,42,47,104], el imaginario popular va incorporando los contenidos normalizadores del discurso oficial, fijados especialmente por la medicina y la psiquiatría, los cuales someten a las personas, sujetando su existencia a los estándares vigentes. Ser sano consiste en someterse a los patrones normalizadores del poder dominante [105]. En el contexto de las sociedades capitalistas, lo importante es que las personas sean útiles, productivas y obedientes: “El cuerpo sólo se convierte en fuerza útil cuando es a la vez cuerpo productivo y cuerpo sometido” [47]. No es extraño entonces que las nuevas generaciones incorporen a su noción de salud categorías como patrones de belleza, hábitos de consumo, prestigio, riqueza, productividad, y desarrollo de ciertas habilidades y competencias especialmente rentables. El ideal de salud se va confundiendo con los patrones éticos de la sociedad de consumo: ser esbelto, ser bello y sexualmente apetecible, aparecer joven, no engordar, hacer ejercicio, consumir ciertos productos, responder por sí mismo, ser exitoso y dominante... [106]. Como resultado de este proceso continuamente en desarrollo, la noción popular de salud se hace más difusa, pero sigue igualmente regulada por expectativas idealizadas (utopías) que normalizan la vida y su pleno disfrute [5], proponiendo a la población condiciones que paradójicamente solo se permiten a los más ricos.

Las nociones populares de salud y enfermedad no aparecen de forma caprichosa; por el contrario, son construcciones ideológicas socialmente determinadas, donde cada sistema social impone a sus miembros aquellos valores e ideales (utopías) del grupo dominante que no amenacen el orden social vigente. Las utopías como imágenes idealizadas del futuro esperado, juegan un papel importante en toda sociedad porque orientan los proyectos y las acciones en determinada dirección; en tal sentido constituyen un componente esencial de las ideologías. Sin embargo, las utopías de los grupos subordinados pueden amenazar el orden vigente; por tal razón, los sistemas políticos suelen someter los ideales y aspiraciones en salud a un estricto control para que no se salgan de cauce. De este modo, los individuos van ajustando su noción de salud a los estándares fijados por los grupos dominantes. Con base en las experiencias previas y los valores predominantes en la sociedad, cada persona y cada grupo califica sus experiencias cotidianas como “enfermedad” o “salud”, integrando a

su imaginario categorías idealizadas que van más allá de la ausencia de enfermedad, y que normalizan y someten a los individuos a ciertos patrones normativos.

El interés de las élites por regular la noción de salud se fortaleció notablemente en el siglo XVIII, cuando las monarquías absolutas y luego las sociedades capitalistas, reconocieron la importancia de controlar la vida y los cuerpos como medios para garantizar la productividad y la seguridad de los Estados [41,42,107]. Estimuladas por la ideología utilitarista, las sociedades modernas exigieron de los pensadores una noción más elaborada de la salud que fundamentara sus políticas [104]. Desde entonces, filósofos y técnicos asumieron la tarea de profundizar en el significado del término “salud” promoviendo modelos teóricos que se han incorporado a las discusiones sobre el tema.

Como hemos visto hasta el momento, las teorías de Parsons, pero también las de Canguilhem y Foucault sugieren que las diferentes nociones de enfermedad desarrolladas por el discurso oficial, e impuestas al resto de la sociedad, han sido acuñadas por curadores y médicos como un saber propio de expertos. De acuerdo con estas hipótesis, la concepción de enfermedad y la práctica de los curadores tienen un origen común y, en su estrecha relación a lo largo de la historia, cada una de ellas ha dado forma e impone sus límites a la otra. Aclaremos un poco más este punto. La medicina y la enfermedad no han sido siempre lo que son hoy, pues el arte de curar, las personas responsables de su realización y la forma de entender y controlar los problemas, han variado mucho de una cultura a otra.

Reflexiones para continuar el debate

Este seminario plantea varios argumentos que deberían ser precisados en discusiones subsiguientes. Entre ellos

Profundizar en el metabolismo social como determinante de la vida, la salud y el sufrimiento. Las publicaciones revelan que el metabolismo social, como proceso que integra de forma estrecha las condiciones naturales con los procesos sociales, configura las condiciones de existencia en el planeta e impone su rumbo al curso de la vida, el desarrollo y el sufrimiento. Este concepto general tendría tantas repercusiones sobre la manera de entender la salud pública, que debería ser objeto de mayor interés y profundización. Siendo una categoría relativamente reciente en el sector sería importante aclarar varios puntos: ¿Cómo abordar el estudio del metabolismo social manera sistemática? ¿Cuáles son sus atributos esenciales? ¿Cómo se comporta su dinámica? ¿De qué manera específica afecta el curso de la vida de los individuos en particular, y de los grupos en general? ¿Cómo estudiar, en condiciones concretas, la relación que se da entre el metabolismo

social, el curso de la vida, la salud y las enfermedades? Si el metabolismo social configura las formas que asume la vida como lo sugieren la teoría ¿Cómo podría intervenir para promover una vida mejor y aliviar el sufrimiento? Incorporar la noción de metabolismo social, en los análisis sobre la salud y el sufrimiento, es uno de los retos que emergen desde este seminario.

Reconocer la polisemia en relación con la salud y el sufrimiento. Enfrentarse a la polisemia de los términos usados para definir la salud y las enfermedades, suele desesperar a quienes se incorporan a los debates. Sin embargo, la polisemia es la expresión de la diversidad de las vivencias humanas; en tal sentido, más que una amenaza, el análisis crítico de la polisemia constituye una vía para comprender la salud y la enfermedad. Ello no significa que todo significado deba aceptarse mecánicamente como legítimo, porque varios de los términos usados en las discusiones suelen reflejar la influencia de procesos sociales alienantes, que mantienen a las personas atrapadas en el sufrimiento y perpetúan la enfermedad. No existe una noción que dé cuenta de la salud y la enfermedad de forma “única” y “verdadera”. Reconocer la existencia humana como el resultado permanente y cambiante del metabolismo social, exige desarrollar conceptos y métodos que permitan comprender mejor esta interacción y sus implicaciones prácticas. Este es uno de los principales retos que enfrentan quienes están interesados en mejorar las condiciones de vida de la gente y aliviar el sufrimiento. Así las cosas, la discusión de los significados que los agentes sociales atribuyen a sus experiencias, debe dar lugar a un análisis a la vez respetuoso y crítico, que tenga en cuenta los contextos particulares en que se usa cada término, y las consecuencias de aplicarlos al diseñar las acciones. Adicionalmente, las discusiones sobre los alcances de la salud y la enfermedad deben profundizar por lo menos en tres aspectos: a) El conflicto entre las nociones idealizadas y realistas; b) Las consecuencias prácticas de asumir la salud y la enfermedad como realidades objetivas o subjetivas, y c) La controversia entre enfoques medicalizados y perspectivas integrales.

La noción de salud como criterio normalizador. Este seminario pone en evidencia que las nociones de salud y enfermedad se han utilizado como dispositivos de dominación, normalización, y sujeción a estándares, con frecuencia lesivos para algunas personas y grupos. La perspectiva normalizadora actúa como un dispositivo para el control social que restringe las necesidades humanas a un conjunto de estados y comportamientos funcionales; y que se utiliza también para justificar la exclusión y sometimiento de individuos “diferentes”. Estos enfoques “normalizadores”, que revisten especial importancia práctica, nos obligan a revisar críticamente las definiciones oficiales, y a reconceptualizar el sufrimiento desde perspectivas éticas, solidarias y

liberadoras. Al respecto, proponer enfoques de la salud abiertos al disfrute integral de la existencia, y que liberen a las personas de sus sufrimientos, debería ser otro de los retos del debate.

Los alcances y limitaciones de la atención médica.

A lo largo de la historia, la medicina ha contribuido notablemente a la reducción del sufrimiento humano y la conservación de la vida. Pero la medicalización ha sido también una forma de dominación que somete al enfermo a nuevas formas de sufrimiento, y lo atrapa en un consumo alienante de medicamentos y servicios. La “medicalización de la salud”, como expresión de procesos económicos y políticos, no solamente desconoce la complejidad del proceso salud-enfermedad, sino que limita los avances de la teoría y la gestión sanitaria, disminuyendo las posibilidades de actuar efectivamente sobre el sufrimiento humano y el desarrollo social. Desde esta perspectiva, la medicalización de la salud debería ser superada. Este reto debe, sin embargo, sopesarse con cuidado. En un momento donde gran parte de la humanidad muere tempranamente por condiciones evitables y en medio del sufrimiento y el dolor físico por falta de medicamentos y cuidados, la solución no puede consistir en atacar la atención médica como enemiga de la humanidad, sino en reorganizar sus concepciones y prácticas como un componente esencial del derecho a la salud y con criterios de beneficio social. Caracterizar los alcances y limitaciones de la atención médica, y reconceptualizar su papel frente al sufrimiento, constituyen otro debate urgente e insalvable.

Los efectos de la mercantilización sobre la gestión sanitaria. En el mundo globalizado, donde predominan los valores del modelo económico neoliberal, las enfermedades se vienen asumiendo también como carencias individuales que configuran un mercado. Esta perspectiva convierte el sufrimiento y las aspiraciones a una vida plena en el objeto de interés de economistas y administradores, que proponen atenderlas desde una racionalidad centrada en la rentabilidad monetaria de las acciones reparadoras. La mercantilización de la salud, impulsada en el mundo por el complejo industrial médico-farmacéutico, con apoyo de varios organismos internacionales, es otra de las condiciones que configuran las inequidades en salud, y restringen los avances sociales en relación con el bienestar y el desarrollo humano. En este sentido la mercantilización de la salud debería ser objeto de crítica sistemática y de confrontación política, por parte de la academia y de los demás agentes sociales.

Referencias

1. Schmidt A. El Concepto de Naturaleza en Marx. 1962. Mexico: Siglo XXI Editores; 1976.

2. Bellamy-Foster J. Marx y la fractura en el metabolismo universal de la naturaleza [Internet]. Herramienta debate y crítica marxista. 2013. Disponible en: <http://www.herramienta.com.ar/herramienta-web-15/marx-y-la-fractura-en-el-metabolismo-universal-de-la-naturaleza>.
3. Toledo V. El metabolismo social: una nueva teoría socioecológica. Relaciones [Internet]. 2013;(136):41–71. Disponible en: <http://www.revistarelaciones.com/files/revistas/136/pdf/VictorToledo.pdf>.
4. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Rev Latinoam Población. 2011;5(8):5–31.
5. Cardona-Osorio J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. Rev Centroam Adm Pública. 1987;12(103–136).
6. Freud S. Sobre la psicoterapia de la histeria. In: Obras Completas Volumen 2 Estudios sobre la histeria. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1996. p. 261–311.
7. Lacan J. El Seminario de Jacques Lacan. Libro 17. El reverso del Psicoanálisis (1969-1970) [Internet]. Buenos Aires: Paidós; 2008. 273 p. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/267872288/233109649-Lacan-Seminario-17-El-Reverso-Del-Psicoanalisis-Paidos>.
8. Alwin DF. Constructing Lives and De-constructing the Life Course. In: Symposium on the Life Course Department of Sociology and Center for Life Course and Longitudinal Studies [Internet]. State University National University of Ireland—Galway.; Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0CBwQFjAAahUKEwioo86NIIJAhXBQiYKHUFzCzM&url=http%3A%2F%2Fwww.nuigalway.ie%2Flifecourse%2Fdownloads%2Fireland_v3.ppsm&usq=AFQjCNHkByI8mlvka4eZvL1q2kxs3V14Dw&bv=bv.106923889.
9. Elder GHJ. Children of the Great Depression: Social change in life experience (25th anniversary ed.). Boulder. 1999.
10. Elder GH. Beyond Children of the great depression. In: Children of the Great Depression: social change in life experience. 1999. p. 301–43.
11. Elder GH. The Life Course as Developmental Theory. Child Dev. 1998;69(1):1–12.
12. Lombardo E, Krzemien D. La Psicología del curso de vida en el marco de la Psicología del Desarrollo. Rev argentina Sociol [Internet]. 2008;6(10):111–20. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-32482008000100008&nrm=iso.
13. Blanco M. El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. Rev Latinoam Población [Internet]. 2011;8:5–31. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3238/323827304003.pdf>.
14. SanMartín H. Manual de salud pública y medicina preventiva. Barcelona: Mason; 1981. 288 p.
15. Romero A, Ramírez J, López R, Cuevas G, DelaOrta, José Francisco Trejo LF, Vorhauer S, et al. Galeno de Pérgamo: Pionero en la historia de la ciencia que introduce los fundamentos científicos de la medicina. An Med [Internet]. 2011;56:218–25. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2011/bc114g.pdf.
16. Canguilhem G. Lo normal y lo patológico. Mexico: Siglo XXI Editores; 1986. 242 p.
17. Sigerist H. La Medicina y el Bienestar Humano. Buenos Aires: Ediciones Imán; 1943. 163 p.
18. Valery P. Mauvaises Penses et autres, 1942. Vol. 27, Sociología. 1998. p. 151–8.

19. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1948) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.; 2006. p. 20. Disponible en: www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
20. Dubos R. El espejismo de la salud: Utopías, progreso y cambio biológico. México: Fondo de Cultura Económica; 1975. 309 p.
21. Dubos R. El hombre en adaptación. Mexico: Fondo de Cultura Económica; 1975. 398pp p.
22. OMS, UNICEF. Declaración de Alma Ata: la estrategia de Atención Primaria en salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata. Alma-Ata (URSS); 1978.
23. Simonian KN. La higiene social y la organización de la salud pública como ciencia y materia de enseñanza. HM. La Habana; 1948.
24. Terris M. La revolución epidemiológica y la medicina social. Siglo XXI Editores; 1982. 255 p.
25. Porn I. An Equilibrium Model of Health In Health, Disease and Causal Explanations in Medicine. Lindahl I, Nordenfelt L, editors. Boston: Dordrecht: Reidel; 1984.
26. Canadian Public Health. Ottawa charter for health promotion. Can J Public Heal. 1986;77(6):425–30.
27. Ministério da Saúde do Brasil. 8a Conferência Nacional de Saúde. Relatório final. Brasília; 1986.
28. Sanmarti S. Educación sanitaria: Principios, métodos y aplicaciones. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1989.
29. Frankish J, Green L, Ratner P, Chomik T. Health Impact Assessment as a Tool for Population Health Promotion and Public Policy. [Internet]. Vancouver: Institute of Health Promotion Research- University of British Columbia; 1996. 78 p. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapro/article-abstract/16/3/269/653852>.
30. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el Siglo XXI. IV Conf Internacional sobre la promoción la Salud [Internet]. 1997;1–11. Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/5_Declaracion_de_Yakarta.pdf.
31. Foucault M. El orden del discurso (1970). Buenos Aires: Tusquets Editores; 1992. 50 p.
32. Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. Hist Ciencias, Saude. 1997;4(2):287–307.
33. Laín-Entralgo P. La medicina hipocrática [Internet]. Madrid: Ediciones de la Revista de Occidente; 1970. 463 p. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/321596811/La-Medicina-Hipocratica-Pedro-Lain-Entralgo>.
34. Doval H. La génesis de nuestra medicina: El nacimiento de la Medicina en la Grecia clásica. Rev Argent Cardiol [Internet]. 2014;82(5):458–64. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7775/rac.es.v82.i5.5009>.
35. Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas. In: Sociedad y salud. Bogotá: Zeus Asesores; 1992. p. 5–85.
36. Garrison F. Historia de la Medicina. 4a ed. México: Editorial Interamericana; 1966.
37. Goberna J. La enfermedad a lo largo de la historia: Un punto de mira entre la biología y la simbología. Index Enferm [Internet]. 2004;13(47):49–53. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/44551/1/525838.pdf>.
38. Laín-Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Tomo I. Barcelona: Salvat Editores; 1981. 352 p.
39. Turnes A. Historia y evolución de los hospitales en las diferentes culturas [Internet]. S.D.; 2009. p. 93. Disponible en: <http://www.smu.org.uy/dpmc/hmed/historia/articulos/origen-y-evolucion.pdf>.
40. Huberman L. Los bienes terrenales del hombre. 19th ed. Mexico: Editorial Nuestro Tiempo; 1983.
41. Foucault M. Nacimiento de la biopolítica: curso en el Collège de France (1978-1979). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2007.
42. Foucault M. La política de la salud en el siglo XVIII. In: Saber y verdad. Madrid: La Piqueta; 1991. p. 89–106.
43. Albarracín-Teulón A. Sydenham. In: Historia Universal de la Medicina, vol 4. Barcelona: Salvat Editores; 1973. p. 297–307.
44. Foucault M. El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica (1953). 20a ed. Buenos Aires: Siglo XXI Editores; 2001. 294 p.
45. García-Barríos M, Mejías-Rodríguez I, Castillo M. Origen e historia de la disección anatómica. Rev Arch Med Camaguey. 1999;3(2):1–8.
46. Rodríguez A-C. Claude Bernard, el hombre y el científico. Hist y Filos la Med. 2007;52(2):90–6.
47. Foucault M. Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión [Internet]. Educació social. Revista d'intervenció socioeducativa. 2009. 105-106 p. Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/165632/217684>.
48. Lain-Entralgo P. Historia de la Medicina [Internet]. Barcelona: Salvat Editores; 1978. 758 p. Disponible en: www.cervantesvirtual.com/descargaPdf/historia-de-la-medicina/
49. Cockburn T. The evolution and eradication of infectious diseases. Baltimore; 1963.
50. Leavell H, Clark E. Preventive Medicine for the Doctor in His Community. London: McGraw-Hill; 1958. 689 p.
51. Navarro V. Concepto actual de la salud pública. In: Martínez, F, Castellanos, PL, Navarro, V, Salud Pública [Internet]. Mexico; 1998. p. 49–54. Disponible en: <http://ifdcsanluis.slu.infed.edu.ar/sitio/upload/navarro.pdf>.
52. Parsons T. The Social System. Vol. 18, American Sociological Review. 1951. 103 p.
53. Varul MZ. Talcott Parsons, the Sick Role and Chronic Illness. Body Soc [Internet]. 2010;16(2):72–94. Disponible en: <http://bod.sagepub.com/content/16/2/72.abstract>.
54. Parsons T. Illness and the role of the physician. In: Personality in nature, society and culture. 2nd ed. New York: Knopf; 1948. p. 609–17.
55. Martín-Cano A. Curanderas y Brujas, Médicas desde la Prehistoria. Nuestra Casa Rev del Ayunt Zaragoza, Área Cult Acción Soc y Juv. 2003;5.
56. Barbara E, English D. Brujas parteras y enfermeras. Una historia de sanadoras. 1981. 1973. 1-41 p.
57. Caro-Baroja J. Las brujas y su mundo (1961). Madrid: Alianza; 2003.
58. Mechanic D. The concept of illness behavior. J Chronic Dis [Internet]. 1962;15(2):189–94. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0021968162900681>
59. Mechanic D. Illness Behaviour: an overview. In: McHugh, Vallis T, editors. Illness Behaviour: a multidisciplinary model. New York: Plenum Press.; 1986. p. 101–9.
60. Mechanic D. Stress, illness, and illness behavior. J Human Stress. 1976;2(2):2–6.

61. Mechanic D. The concept of illness behaviour: culture, situation and personal predisposition. *Psychol Med* [Internet]. 1986;16(1):1-7. Disponible en: <http://journals.cambridge.org/PSM>.
62. Mechanic D. Sociological dimensions of illness behavior. *Soc Sci Med*. 1995;41(9):1207-16.
63. Galán-Rodríguez A, Blanco-Picabia A, Pérez-SanGregorio M. Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *An Psicol* [Internet]. 2000;16(2):157-66. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/05-16_2.pdf
64. Organización Mundial de la Salud. CIF: Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Publicaciones la Organ Mund la Salud. 2001;1-288.
65. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo [Internet]. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. 2006. p. 1-37. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.
66. Naciones Unidas. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y protocolo facultativo. *Rev Cienc Salud Bogotá* [Internet]. 2014;6(23):115. Disponible en: <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf> <http://unimilitar-dspace.metabiblioteca.org/handle/10654/6579> http://acta.cientifica.servicioit.cl/biblioteca/gt/GT23/GT23_SanchezJimenez.pdf <http://www.usergioarboleda.edu.co/civi>.
67. Navas Macho P, Gómez Sánchez LE, Verdugo Alonso MÁ, Schalock RL. Derechos de las personas con discapacidad intelectual: implicaciones de la convención de naciones unidas I. *Rev Española sobre Discapac Intelect Siglo Cero*. 2012;43(3):7-28.
68. Foucault DM. Historia de la medicalización. *Educ Med Salud* [Internet]. 1976;10(1):152-69. Disponible en: <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4839.pdf>.
69. Díaz Agea JL. El sufrimiento medicalizado. *Cult los Cuid Rev enfermería y humanidades* [Internet]. 2008;(23):50-6. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2666910&info=resumen&idioma=POR>.
70. Stolkiner A. Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. In: *Los sufrimientos 10 Psicoanalistas 10 Enfoques*. Buenos Aires: Psicolibro; 2013. p. 211-39.
71. Susana Rodríguez. El proceso de medicalización y sus consecuencias. Entre la moral, el poder y el negocio. *Intersticios Rev sociológica Pensam crítico* [Internet]. 2008;2(2):71-85. Disponible en: <http://www.intersticios.es/article/view/2714>.
72. José P, Mainetti A. La medicalización de la vida. *Electroneurobiología* [Internet]. 2006;14(143):71-89. Disponible en: <http://www.elabe.bioetica.org>.
73. Cerecedo Pérez MJ, Tovar Bobo M, Rozadilla Arias A. Medicalización de la vida. «etiquetas de enfermedad: todo un negocio». *Aten Primaria*. 2013;45(8):434-8.
74. Organización Panamericana de la Salud. CIE-10 clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 554 [Internet]. 2008;3(554):758. Disponible en: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume3.pdf>.
75. Association AP. DSM 5 [Internet]. *American Journal of Psychiatry*. 2013. 991 p. Disponible en: <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=158714%5Cnhttp://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:DSM-5#0>.
76. Wakefield JC. DSM-5, psychiatric epidemiology and the false positives problem. Vol. 24, *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2015. p. 188-96.
77. Canguilhem G. La salud, concepto vulgar y problema filosófico (Traducción de Jorge Márquez). *Sociología*. 1998;27:151-8.
78. Freud S. Nuevos caminos de la terapia psicoanalítica. In: *Obras completas Volumen 17*. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1996. p. 151-65.
79. Zavala-Olalde JC. La evolución del lenguaje humano. *Ciencias-UNAM* [Internet]. 2013;109-110:61-6. Disponible en: <http://www.revistaciencias.unam.mx/pt/149-revistas/revista-ciencias-109-110/1240-la-evolucion-del-lenguaje-humano.html>.
80. Engels F. El papel del trabajo en la transformación del mono en hombre [Internet]. 1886. 1-8 p. Disponible en: <https://www.marxists.org/espanol/m-e/1870s/1876trab.htm>.
81. Tobias P. The brain in hominid evolutione [Internet]. New York: Columbia University Press; 1971. Disponible en: <http://digital.library.amnh.org/bitstream/handle/2246/6020/1969.pdf?sequence=1>.
82. Chomsky N. Nuestro conocimiento del lenguaje humano: perspectivas actuales con un desarrollo introductorio del programa minimalista [Internet]. Santiago de Chile: Ediciones Universidad de Concepción & Bravo y Allende; 1998. 83 p. Disponible en: fcl.ksu.ru/issue001/winter.97/ch_es.pdf.
83. Vygotsky L. Pensamiento y lenguaje. *Mente y Cerebro*. Barcelona: Paidós Ibérica; 2010. 99 p.
84. Piaget J. Inteligencia y adaptación biológica (1947). In: *Piaget La psicología de la inteligencia*. Buenos Aires: Editorial Psique; 1966.
85. Olano O. Acopios de comunicación. Lulu Press Inc.; 2012. 508 p.
86. Freud S. Psicología de las masas y análisis del yo (1921). *Sigmund Freud, obras Complet vol XVIII*. 1999;63-136.
87. Freud S. El malestar de la cultura. El porvenir de una ilusión El malestar en la cultura y otras obras (1927-1931). 1992. 153-162 p.
88. Dasuky-Quiceno SA, Alfredo-Muñoz O. Psicoanálisis del poder y el poder del psicoanálisis [Internet]. Medellín: Facultad Nacional de salud Pública. Universidad de Antioquia; 2011. p. 1-15. Disponible en: http://aprendeenlinea.udea.edu.co/lms/moodle/file.php/814/Archivos_Modulo_1/Material_Basico/Muniz_Dasuky_Psicoanalisis_del_poder.pdf.
89. Althusser L, Sazbón J, Pla A. Ideología y aparatos ideológicos de Estado: Freud y Lacan. *WwwInfoamericaOrg/Documentos_Pdf/Althusser1Pdf* [Internet]. 1970;1868:1-39. Disponible en: <http://www.philosophia.cl/biblioteca/Althusser/ideologicosalth.pdf>.
90. Frazer J. La rama dorada (1890). Mexico: Fondo de Cultura Económica; 2006.
91. Idoyaga-Molina A. Las teorías etiológicas de la enfermedad en sociedades otras y los taxa vernáculos occidentales. *Scr Ethnol* [Internet]. 2012;24:117-88. Disponible en: <https://www.google.es/url?sa=t&rect=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEWiNILPfgnVAhWGQSYKHbDRB34QFggIMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F148%2F14828711007.pdf&usg=AFQjCNEwrqMth8frB4ryp6cTexR4Fjug0Q>.
92. MacEachern MT. Hospital Organization and Management. *Physicians' Rec Co*. 1962;1:26-8.
93. De Saussure F. Curso de Lingüística General [Internet]. Vol. 3, *Tonos Digital*. 2003. 1-8 p. Disponible en: <http://www.um.es/tonosdigital/znum3/pdfs/peribliblion.pdf>.

94. Tudge JRH, Winterhoff PA. Vygostky, Piaget, and Bandura: Perspectives on the Relations between the Social World and Cognitive Development. *Hum Dev.* 1993;36:61–81.
95. Khun D. La aplicación de la teoría de Piaget sobre desarrollo cognitivo a la educación. *Infanc y Aprendiz* [Internet]. 1981;4(sup2):144–62. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02103702.1981.10821907>.
96. Freud S. El Yo y el Ello (1923). In: *Obras completas Volumen 19 (1923-25)* [Internet]. 2a ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1992. p. 3–63. Disponible en: <http://analiz-arte.blogspot.com/2009/06/el-yo-y-el-ello-s-freud.html>.
97. Laplanche J, Pontalis J-B. *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós; 1996. 535 p.
98. Janin B. Proceso primario, proceso secundario, sublimación [Internet]. Buenos Aires; 2013. p. 1–10. Disponible en: dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/.../Proceso_primario_Janin.pdf.
99. Villela Dias M das GL. O sintoma: De Freud a Lacan. *Psicol em Estud.* 2006;11(2):399–405.
100. Glouberman S. A survey of the concepts of health and illness. In: *Towards a new perspective on health policy*. Ottawa: Renouf Publishing; 2001. p. 92p.
101. Aristóteles. *Retórica*. 1a ed. Ramirez-Trejos A, editor. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2002. 302 p.
102. Freud S. 23a Los caminos en la formación del síntoma. In: *Obras completas Tomo XVI*. Buenos Aires: Amorrortu; 1993.
103. LaraYMateos RM. *Medicina y cultura: hacia una formación integral del profesional de la salud*. México: Plaza y Valdés; 1994. 502p p.
104. Foucault M. *Historia De La Sexualidad I La Voluntad de Saber*. Madrid Siglo XXI [Internet] 1976;115. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Historia+De+La+Sexualidad+I+La+Voluntad+de+Saber#0>
105. Foucault M. *Microfísica del poder (1980)* [Internet]. 2a ed. Madrid: La Piqueta; 1979. 189pp p. Disponible en: https://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewibulvq85fVAhVLTCYKHfBawAQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.inau.gub.uy%2Fbiblioteca%2Fseminario%2Fmicrofisica%2520poder.pdf&usq=AFQjCNFeBo6xEfj07KEIqIKlcSD4qN7_dA&cad=rja
106. Sossa-Rojas A. Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. *P Rev Latinoam* [Internet]. 2011;28:1–20. Disponible en: <http://polis.revues.org/1417>
107. A. Schröder, P. Abrams (Co-Chairman), K-E. Andersson, W. Artibani, C.R. Chapple, M.J. Drake, C. Hampel, A. Neisius, A. Tubaro JWT (Chairman). [Url @ Wwww.Google.Es](http://www.google.es).



Esta obra se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional
Más información: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>