

REFLEXIÓN BIOÉTICA SOBRE EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Margarita Sánchez Morales*

En la actualidad, las ciencias de la salud conocen el proceso salud-enfermedad y los factores sociales que lo afectan desde el paradigma positivista, pero por este paradigma se genera un conocimiento que se caracteriza por ser reduccionista, deshistorizado y descontextualizado. Ésta es la razón por la que surge la necesidad de construir un nuevo paradigma y una nueva teoría social del proceso salud-enfermedad, que facilite o sirva de base para modificar la práctica de los profesionales de la salud. Entonces, esta nueva teoría debe superar el positivismo, biologismo y funcionalismo social en que han caído las ciencias de la salud, para poder conocer el proceso salud-enfermedad.

El paradigma positivista parte de la capacidad de observación, que tiene el sujeto, como fuente fundamental del conocimiento y del uso de la razón como capacidad clasificatoria de los datos observados. El resultado de estos supuestos para el caso del conocimiento de la vida y de la salud-enfermedad significa conocerla bajo las leyes regulares de la naturaleza e ignorarlas como proceso social, cultural y, por lo tanto, histórico.

Desde el paradigma positivista, las ciencias biológicas y de la salud consideran la enfermedad como un estado delimitable, momentáneo, discontinuo, anormal, individual, objetivo, sin historia y contrapuesto a la salud, y no como un proceso dialéctico, en permanente transfor-

* Profesora del Dpto. de Salud Colectiva. Enfermera, Especialista en Bioética Facultad de Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana.

mación, continuo, subjetivo-objetivo, como posibilidad normal de la vida, social, cultural y, por lo tanto, histórico. Es pertinente anotar, en este momento, que el conocimiento teórico-práctico de las ciencias de la salud, es decir, del campo de lo sanitario, se ha centrado en la enfermedad del individuo y no en la salud del mismo.

La clasificación de las ciencias hecha por el positivismo ubica las ciencias de la vida como parte de las ciencias de la naturaleza, no considera las ciencias sociales y humanas como ciencias de la vida. La dificultad que tienen hoy las denominadas ciencias de la salud¹ para entender qué es el proceso salud-enfermedad, no sólo radica en su clasificación, sino también en el paradigma positivista que las sustenta y en el conocimiento empírico-analítico-experimental que genera.

Para entender cómo las ciencias de la salud han producido su conocimiento, no se puede olvidar que las conceptualizaciones que el ser humano elabora sobre la realidad son el resultado de un proceso de producción, que es necesario comprenderlas como parte del proceso de producción general, y que, por lo tanto, deben enmarcarse dentro del contexto de reproducción sociocultural de las cuales son producto.

El conocimiento médico, y el de casi todas las ciencias de la salud, se ha producido en el contexto del positivismo y casi cuatro siglos después continúa bajo este mismo paradigma, es decir, nos encontramos ante un estancamiento de la concepción misma del proceso salud-enfermedad. (Cfr. Quevedo, 1996: 111-121).

Desde una perspectiva epistemológica el concepto de salud-enfermedad en el paradigma² moderno se inicia en el siglo XVII con T. Sydenham. Éste se expresa en tres versiones: anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica caracterizadas por ser conocimiento positivo, empírico-analítico-experimental y biologista. La primera versión se fundamenta en el conocimiento de la forma de las células y los tejidos; la segunda, en entender el funcionamiento de los sistemas y la tercera, en la búsqueda de la causa o el origen de la enfermedad. (Cfr. Quevedo, 1996: 111-121).

Las ciencias de la salud utilizan el conocimiento proveniente especialmente de la ciencia biológica. Entender cómo se ha desarrollado

¹ Por ciencias de la salud se entiende todas aquellas ciencias producidas por profesiones de la salud como: enfermería, odontología, medicina, dietética y nutrición, el grupo de las terapias (física, del lenguaje, respiratoria, ocupacional) y la psicología, y para sus desarrollos utilizan ciencias, especialmente las denominadas ciencias de la vida. Es importante aclarar que la mayoría del conocimiento utilizado por los profesionales de la salud corresponde a conocimiento positivo.

² Se toma el concepto de paradigma de T. Kuhn, enunciado por E. Quevedo como: "Modelo o patrón intelectual que regula toda una etapa en el desarrollo de una ciencia determinada, y respecto del cual todo lo que durante esa etapa se hace en esa ciencia parece ser obligado o normal". (1996: 105-106).

esta ciencia nos permite explicar mejor la evolución de las ciencias de la salud. La biología presenta dos líneas de desarrollo: el vitalismo y el mecanicismo. Ambos se enfrentan ante el problema de las estructuras y funciones, de la continuidad y discontinuidad, es decir, el problema de la sucesión de las formas, de la preformación y epigénesis o el problema del desarrollo del ser, y de la atomicidad y totalidad o el problema de la individualidad. Las dos destacan aspectos fundamentales del hecho biológico, pero no logran comprender ni dar sentido a la existencia de la vida humana. La concepción sobre la vida, reduciendo su explicación a una de estas dos teorías, se conoce como reduccionismo biológico. (Cfr. Canguilhem, 1976: 96-149 y García, 1999: 235-245).

Las ciencias biológicas tal como las conocemos actualmente no pueden explicar el significado humano de la vida-muerte ni de la salud-enfermedad. La persona enferma que se pregunta sobre las cuestiones fundamentales de sentido concernientes a la vida y a la muerte no encuentra la respuesta en las ciencias de la vida o ciencias biológicas, ni en las ciencias positivas de la salud, dado que estas provienen de las primeras y, por lo tanto, tampoco pueden responder a la pregunta.

En las ciencias de la salud, desde el enfoque biólogo, han surgido cuatro teorías que intentan llenar el vacío de la ausencia de lo social en la comprensión de la salud y la enfermedad, éstas teorías son: naturalista, ecologista, funcionalista y factorial. Ninguna de éstas ha podido superar los obstáculos epistemológicos del paradigma moderno en salud: el mito del origen sensorial de los conocimientos científicos, el mito ecológico y el mito del estilo de vida. (Cfr. Quevedo, 1996: 235-245).

El **primer obstáculo** parte del supuesto de que todo conocimiento proceda de los sentidos y que sea el resultado de una abstracción a partir de los datos sensoriales, así pues, la verdad está sólo en el exterior. En la actualidad sabemos que esto impide reconocer que el conocimiento es un proceso en el cual sujeto y objeto actúan y reaccionan continuamente uno sobre otro, están en permanente interacción dialéctica y es un proceso social e histórico mediado por la cultura. El **segundo obstáculo** parte del supuesto de que origen externo de la enfermedad o la etiología esté en el ambiente, esto impide la diferenciación entre lo ambiental y lo social como realidades de características distintas y conduce a una visión ecologista de la enfermedad. El **tercer obstáculo** parte del supuesto de que el comportamiento de la persona sea causa de la enfermedad, esto dificulta la comprensión entre las relaciones del comportamiento y la cultura como receptáculo social general de éste.

De las cuatro teorías biológicas que han surgido, la teoría factorial es, en la actualidad, la de mayor aceptación en nuestro medio y a par-

tir de ésta se han diseñado, implementado y evaluado los servicios de salud del país. La teoría factorial considera que el sujeto biológico con su potencial genético es el punto de partida para el fenómeno salud-enfermedad, el cual es también determinado por otros tres factores: ambiente, comportamiento y servicios de salud (Cfr. Bersh, s.f., s.p.). Sin embargo, esta teoría no reconoce la especificidad de lo social frente a lo natural, pues considera lo social como elemento del ambiente y no como receptáculo donde se desarrolla toda la vida humana.

El crecimiento del conocimiento médico está representado en el desarrollo de las teorías biologistas, especialmente de las versiones anatomoclínica, fisiopatológica y etiopatológica, y condicionado por los progresos de la ciencia física, química y biológica. La novedad de lo médico no consiste, sino en perfeccionar, con técnicas más refinadas, el conocimiento producido por la ciencia en las tres versiones mencionadas. El nuevo conocimiento médico es entonces tecnociencia, es decir, biotecnología. Es evidente que asistimos a un estancamiento de la concepción misma de la salud y de la enfermedad.

En oposición al modelo biologista sobre salud-enfermedad surgen enfoques no positivistas desde diversas ciencias sociales y humanas provenientes de la sociología, la epidemiología social, la antropología, la psicología, el psicoanálisis, la lingüística, la semiótica, la historia, la economía, la política, la demografía y otras.

La sociología médica del siglo XX sigue, en principio, dos vertientes: la funcionalista y la medicina social. La primera se caracteriza por una visión estática de los problemas de salud lo cual impide entender las relaciones dinámicas ente la salud y los procesos sociales y la segunda, desde una perspectiva histórica, plantea que no sólo hay una disposición hereditaria y biológica, sino también una adquirida dada por el modo de vivir y la cultura.

En la década de los setenta el movimiento político de la medicina social propone una teoría del proceso salud-enfermedad, donde la enfermedad tiene un carácter histórico y social, lo cual significa que la historia socio-cultural del sujeto y del grupo social condicionan su biología y determinan, de un modo particular, su proceso salud-enfermedad. La teoría parte de dos categorías de análisis: el proceso de trabajo y la clase social. En concepto de E. Quevedo, esta teoría social privilegia la interpretación economicista y a pesar de su intención para superar el biologismo persiste en éste (1996: 147).

Bajo la perspectiva de la teoría de la reproducción social, la lingüística y el materialismo histórico surge una nueva teoría social de la psique denominada: doble proceso de sujetación, la cual plantea que el sujeto se construye socialmente como sujeto productivo, pero, al mismo tiempo es sujetado por la sociedad para asumir la reproducción social. Esta teoría intenta conocer cómo lo psíquico y lo biológico están

relacionados con el proceso histórico y social.

La antropología ha mostrado que el contexto sociocultural determina, además, las formas de representación social y que la enfermedad en sí es una realidad conceptual que no existe, sino dentro de un contexto social y cultural amplio que adquiere determinadas formas y como tal se explica y maneja.

Al respecto C. Geertz dice: "La cultura no es algo agregado o superpuesto a una conducta biológicamente determinada, sino que la cultura resulta de la orientación, precisión y restricción que practican los «sistemas organizados de símbolos significativos», en el seno de esas capacidades de respuesta muy generales debidas a la dotación genética del hombre" (p. 20).

Puede anotarse que las teorías biológicas, psicológicas y socioculturales por sí solas son insuficientes para entender la complejidad del proceso salud-enfermedad, y, en consecuencia, surge la necesidad de una nueva teoría integral que, desde un paradigma no positivista, construya la historia del individuo y del colectivo a partir de su historia biológica-psicológica-sociocultural. De acuerdo con lo anteriormente expuesto, en este momento, desde una perspectiva bioética, aparece la necesidad de una "Síntesis totalizadora", según M. Taussig (1995: 118), o una "Síntesis de relación" de acuerdo con A. Borrero (1998:390).

La construcción de una historia densa del sujeto social integra cuatro perfiles que se muestran más adelante, implica superar el paradigma moderno del proceso salud-enfermedad y permitir una comprensión integral de la vida humana y de la salud-enfermedad. El nuevo paradigma requiere un abordaje interdisciplinario con múltiples aproximaciones metodológicas y niveles teóricos de análisis, con la participación de las ciencias naturales, humanas y sociales, o dicho de otra forma, de las ciencias empírico-analíticas, histórico-hermenéuticas y crítico-sociales.

Por ello, en respuesta a la necesidad de construir esta historia densa del sujeto social y no una historia clínica del individuo enfermo, o una historia natural de la enfermedad, E. Quevedo (1996: 156-161) nos propone una nueva teoría social del proceso salud-enfermedad que tenga como objeto de estudio el perfil de salud-enfermedad de un grupo social determinado constituido, a su vez, por cuatro (sub)perfiles así: de desgaste físico y mental, genético e inmunológico, de angustia, y de representación social.

El **primer** perfil, representado por el desgaste físico y mental, dado que la vida es un continuo proceso de desgaste que lleva a la muerte como parte de ésta, estaría condicionado, fundamentalmente, por su proceso de trabajo y éste, a su vez, por las relaciones sociales que se

establecen y por la clase social a la cual se pertenece.

El **segundo** se expresaría en el perfil genético e inmunológico como materialización biológica del proceso de reproducción social históricamente dado. El **tercero** o perfil de angustia sería el resultado de la tensión social entre consumo, relaciones sociales y el proceso de distribución de la riqueza. Y el **cuarto** o perfil de representación social del proceso salud-enfermedad se manifestaría en la manera como se interpreta y piensa la realidad de este proceso³.

De las teorías expuestas sobre el proceso salud-enfermedad es preciso anotar que éstas se han movido en una gama de matices que oscilan, desde el supuesto de que todo proceso salud-enfermedad tiene un fundamento genético hasta el supuesto de que todo proceso salud-enfermedad es de carácter socio-cultural, es decir, histórico. Este último existe al margen de las prácticas ya establecidas, mientras que el primero ha sido hegemónico en conducirlos.

Dados a conocer los cuestionamientos epistemológicos y teórico-prácticos de la forma como las ciencias de la salud han entendido el proceso salud-enfermedad, cuestionamientos que son a la vez éticos y científicos, algunas de las siguientes afirmaciones éticas formuladas por M. Taussig frente a la biología y al conocimiento y práctica médica, deben ser motivo de reflexión para todo bioeticista⁴.

El autor afirma que tanto los signos y los síntomas de una enfermedad como sus formas de curación no son sólo signos en sí mismos, es decir, no son sólo signos biológicos, sino que son, también, signos de relaciones sociales disfrazadas como naturales, ocultando sus orígenes en la reciprocidad humana. Esta misma idea es expresada por Lukács, citado por M. Taussig, cuando dice: "Las relaciones sociales entre la gente adoptan características de una cosa y de esa manera adquieren una 'objetividad fantasmal', una autonomía que aparenta ser tan estrictamente racional que oculta cualquier indicio de su verdadera naturaleza: la relación entre las personas" (1995: 135).

La marca de lo ideológico en las relaciones sociales es justamente su naturalidad; la cosificación de éstas involucra una distorsión colosal, donde valores definitivamente políticos, ocultos bajo la apariencia de constructos técnicos, se mantienen inmunes a toda crítica, estampados por la autoridad del hecho científico duro e impenetrable. Se

³ Para una mayor información del perfil de desgaste se recomienda la lectura de Laurell (1982). Para el perfil genético se puede consultar Piaget (1969). Para el perfil de angustia puede leerse Ureña (1977). Para el perfil de representación social se puede consultar a Moscovici (1985).

⁴ Aunque el autor se refiere al profesional médico, considero que las afirmaciones que hace no son exclusivas para este profesional, sino para todos aquellos que han sido formados en el modelo médico y ejercen en servicios de salud medicalizados.

considera que la naturaleza de la verdad se encuentra en la verdad de la naturaleza, y no de una manera crítica, que depende de la organización social de los hechos (Cfr. Taussig, 1995: 111-117).

Si suponemos estas afirmaciones como verdaderas la pregunta bioética es: ¿cuál es el significado moral y social de percibir lo biológico como naturaleza y no como el resultado de las relaciones sociales? Intentar responder la pregunta implica, según M. Taussig, considerar el hecho de que estamos en un mundo creado por los hombres que, no obstante, no se perciben como mundo social, humano, histórico, sino como un mundo de objetos *a priori* que pertenecen únicamente a sus propias fuerzas y a su ley, y que están perfectamente esclarecidas, como tales, por expertos profesionales, como los médicos.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta para dar respuesta a la pregunta anterior es considerar que estamos en una cultura que separa los 'hechos' de los 'valores', la 'objetividad' de la 'subjetividad', en otras palabras, en una cultura que separa lo mental de lo material, lo moral de las determinaciones físico-químicas-biológicas y las 'cosas' biológicas del contexto social y del sentido humano al que son inherentes (Cfr. Taussig, 1995: 111-112, 117).

Paso al problema de la mercantilización de los servicios de salud desde una perspectiva crítica que disuelve esta apariencia 'fantasmal' que disocia 'hechos' y 'valores'. Si suponemos como verdadero el que los servicios de salud se ofrecen como mercancía, la pregunta bioética es entonces: ¿cuál es el significado moral de los servicios médicos que se ofrecen como una mercancía? Intentar responder la pregunta implica, para M. Taussig, entender que en nuestra cultura la marca de lo ideológico en los 'negocios' que se ofrecen como 'cosas en sí', se muestra en su naturalidad implacable.

Y si la naturaleza de los negocios se encuentra en el dominio y el lenguaje del mercado, y si la cultura médica también sucumbe al lenguaje de los negocios, entonces, los servicios médicos, y con ellos la tecnociencia médica, se convierten en mercancías y como en cualquier otro negocio, se cree en que tales cosas son perfectamente naturales.

En este sentido el autor afirma: Los servicios médicos se ofrecen como mercancías ya que en su producción la analogía con la racionalidad de la producción de mercancías es total, se trata a los pacientes y a la salud misma, del mismo modo que a los automóviles en la línea de producción: es la medicalización del negocio aplicada al negocio de la medicina.

La dificultad en entender la enfermedad como mercancía modelada sobre las necesidades capitalistas y burocráticas, no está en la construcción cultural de una realidad clínica, sino en la reconstrucción de

una realidad convertida en mercancía o cosa. Es justamente la reificación o cosificación del mundo, de las personas y de sus experiencias como las de salud y enfermedad, lo que cuestiona los valores morales sobre los cuales se sustenta nuestra sociedad capitalista (Cfr. Taussig, 1995: 131-134).

Prestar un servicio médico implica establecer una relación médico-paciente. La pregunta bioética es: ¿cuál es el significado moral de la relación médico-paciente? Para M. Taussig, la respuesta implica aceptar que la enfermedad como concepto médico y el malestar del paciente frente a su enfermedad constituyen dos realidades diferentes.

La enfermedad para el médico consiste en una disfunción orgánica, mientras que el malestar del paciente, determinado por el contexto cultural, es lo que esa disfunción orgánica le significa a la persona que la está padeciendo, así, el modelo médico de la enfermedad y el modelo del paciente de malestar difieren significativamente en términos de la ansiedad que éste siente por entender el sentido social y moral de su enfermedad (1995: 143).

Quizá la construcción de una nueva epistemología y de nuevos modelos teórico-prácticos con una visión de totalidad que lleven a reconocer la verdadera naturaleza social de lo biológico, la modificación del modelo económico de los servicios de salud y la comprensión del proceso de salud-enfermedad, desde la perspectiva de una historia densa del sujeto social, nos permita un mejor entendimiento de la complejidad de la realidad humana y avizorar las bases para construir una sociedad más justa, y para lograr una resignificación del sentido de la existencia humana de un sujeto social que encarna la vida y la salud-enfermedad.

Bibliografía

BORRERO, Alfonso. "La interdisciplinariedad en la universidad". En: *Theológica Xaveriana. Revista de la Facultad de Filosofía*. No 128 Bogotá, 1998. p. 390.

CANGUILHEM, Georges. *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Anagrama, 1976.

GARCIA, Gustavo. "El concepto biológico de la vida: el mecanicismo y el vitalismo". En: *El horizonte bioético de las ciencias*. 4ª ed. Bogotá: Ceja, 1999. p. 235-245.

LAURELL, Asa Cristina. "La salud-enfermedad como proceso social". En: *Revista Latinoamericana de la Salud*. No. 2 (1982).

MOSCOVICI, Serge. "El campo de la psicología social". En: *Psicología Social*. 2 tomos. Barcelona: 1985.

PIAGET, Jean. *Biología y conocimiento*. Madrid: Siglo XXI, 1969.

QUEVEDO, Emilio. "La relación salud-enfermedad: un proceso social".
En: *Salud para la calidad de vida. Bases para un plan del programa nacional de ciencia y tecnología de la salud. Programas Nacionales de Ciencia y Tecnología*. Bogotá: Colciencias, 1996. p. 105-106.

TAUSSIG, Michael. *Un gigante en convulsiones. La reificación y la conciencia del paciente*. Barcelona: Gedisa, 1995. p. 118.

UREÑA, Enrique. *La teoría de la sociedad de Freud*. Madrid: Tecnos, 1977.