**EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD. *Parte II.***

**NATURALEZA Y ORIGEN.**

**Jorge Eliecer Andrade, 2012.**

**e-mail: j.eandr@yahoo.es**

**X.-CONTEXTO DE REFLEXION DEL PROCESO SALUD –ENFERMEDAD.**

**El proceso Salud-Enfermedad recibe contribuciones conceptuales de diferentes ciencias y disciplinas conformando aportes multidisciplinarios de interés para ampliar el pensamiento medico sanitarista. Los aportes Latinoamericanos en este sentido permiten un mayor reflexión del conocimiento básico en función de lo biológico y lo social, como lo plantea Rodríguez, I. (1994), consultora de la OPS. Sus conclusiones formaron parte de un conjunto de actividades programáticas para responder a la demanda de los países en búsqueda de alternativas de transformación del proceso de formación del personal de salud, orientadas a lograr una visión integral del ser humano en la sociedad y en particular en el abordaje científico del proceso salud-enfermedad.**

**Entre los principales problemas que han surgido en el proceso de transformación se destacan un conjunto de “cuestiones epistemológicas” que tienen relación con la configuración y relaciones entre los “campos de conocimiento de la salud” , que conforman su “base teórica conceptual de la enfermedad”, así como los “aspectos metodológicos del proceso investigativo en salud publica”, que permitirían la incorporación adecuada del “objeto de estudio en salud publica”.**

**Un cambio sustancial en la concepción de la medicina misma; de la salud; de la enfermedad; y del propio proceso educativo en salud ha sido la redefinición del objeto de estudio u objeto del conocimiento. Este cambio del objeto se puede identificar tanto en algunos intentos de construcción de nuevos modelos educativos como de propuestas de investigación y de desarrollo de servicios de salud.**

**En la práctica, se refleja en un intento de cambiar el proceso Salud-Enfermedad (S-E); desde una estructura organizativa en base a un cuerpo de conocimientos centrados en las disciplinas que históricamente han ido integrando los curricula médicos. Los espacios dedicados a las ciencias básicas preclínicas, donde se estudian las ciencias biológicas, considerada la base científica, como antecedente fundamental del estudio del enfermo, impregnan a los cursantes de una imagen y conceptos alejados de la salud publica, algunas experiencias en universidades formadoras de profesionales médicos, indican que solo se considera la medicina bajo una concepción científica y biológica pura, donde no tiene cabida la Salud Publica (SP). Este modelo ha tenido gran influencia en el modelo medico dominante, y en su concepción practica de la salud.**

**Centrado en este modelo, en América Latina (A L), se implanto una concepción de medicina científica de alta calidad en concordancia con la corriente dominante, generando las Ciencias Básicas Biomédicas. Desde esta óptica cando se habla de conocimiento científico r rn la formación de profesionales de la salud solo se hace referencia al conocimiento de las disciplinas biológicas. En contraste, la incorporación de la SP, y de la Medicina Preventiva (MP), se realiza a través de cátedras aisladas o como un componente adicional, construido con disciplinas aisladas y con escasa influencia en el conocimiento integral de la salud individual o colectiva.**

**Resulta paradójico, pero aceptable, que las ciencias sociales han realizado importantes avances y aportes al campo de la salud publica, y contribuye a una mejor comprensión del estudio de la problemática de S-E. En América Latina, los científicos identificaron mediante una corriente el papel de la Medicina Social a partir de la década de 1970, sin embargo han sido escasas las experiencias que se han logrado en la concepción social y científica en la formación del profesional de salud (pregrado –postgrado). En muchos postgrados de salud pública la participación de las ciencias sociales también sigue siendo complementaria y no integrada al estudio de los problemas de S-E.**

**Un rasgo dominante en algunos proyectos innovadores en salud, especialmente en la formación profesional del medico (a), fue la ruptura de la tradicional enseñanza por disciplinas y la búsqueda de un estudio integral interdisciplinario de los problemas de la realidad sanitaria. Estos nuevos modelos exigen pensar ya no solo en la estructura; contenidos programáticos; en la metodología medica, sino integrar en su propio marco las determinaciones del externo, con clara definición del contexto social y político.**

**Desde una mirada temprana, Laurell C.(1994), contribuyo en la definición de la S-E como un proceso social, ubicando su desarrollo en los años 60 en el contexto de un periodo de crisis política , económica y social que dio origen al cuestionamiento del modelo biológico en medicina. Postula el carácter histórico del proceso y refuerza su postura con el desarrollo de las nuevas corrientes de la medicina social. Enfatiza el papel central que las ciencias sociales tienen en las Salud-Enfermedad como proceso social, articulado con procesos económicos, políticos e ideológicos de la sociedad.**

**Reforzando las contribuciones de algunos sanitaristas, se ha planteado que el problema de la relación entre procesos biológicos y sociales estriba en conocer. Reconocer y transformar los fenómenos de S-E. Castellanos, P (1987) por su parte considera que;**

**“El proceso salud-enfermedad como objeto de estudio y transformación por parte de la ciencia actual, presenta en orden jerárquico los noveles colectivo e individual , cada uno de los cuales demanda para su estudio una articulación de conocimientos ,métodos y técnicas propias que se aplican para interpretar la sociedad o el individuo , frente a los hechos y problemas relacionados con las condiciones de salud y enfermedad, con las formas especificas de practica y con los fenómenos de formación de conocimiento medico y su transmisión”**

**Estos y muchos otros aportes de científicos, sociólogos, epistemólogos y pensadores producen en la década de los 70 la generación de nuevos modelos explicativos, que impactaron en los procesos formadores de profesionales en salud.**

**En 1987 , la OPS convoco un grupo de trabajo para definir el planteamiento del problema y la discusión de líneas de acción a desarrollar en función de los temas de salud publica;**

**1.-Caracterizacion del conocimiento bilógico y social en el quehacer de salud. Conocimientos fundamentales para la construcción del saber medico y para la comprensión del proceso salud-enfermedad, en sus dimensiones biológica y social y en sus niveles individual y colectivo.**

**2.-Conocimiento básico y formación de personal con abordaje interdisciplinario. Considerar los obstáculos epistemológicos, institucionales, sicosociales y culturales en la comprensión de la salud-enfermedad.**

**3.-El proceso de salud-enfermedad como expresión particular del proceso general de la vida y la indisolubilidad de los biológico y lo social.**

**4.-La revisión del proceso S-E, sus criticas, enfoques y definiciones de las bases para la formación integral, y su aplicación en investigación.**

**5.-El papel del método histórico en el análisis de las ciencias de la salud.**

**6.-La interdisciplinariedad e integración horizontal de la ciencia, a través de algunos acercamientos al concepto y practica de la interdisciplinariedad, enfatizando la investigación como el campo mas promisorio para esa aproximación.**

**La temática de los biológico y lo social ha sido estudiada desde diferentes ángulos, posiciones e intereses, en especial a partir del avance de la corriente de medicina social, y sus contribuciones han permitido una mejor comprensión en la construcción de un objeto de estudio, para unos interdisciplinarios y para otros transdisciplinarios, de su esencia cognoscitiva y sus implicaciones practicas (esquema 1).**

**Esquema 1. Fundamentos epistemológicos del proceso salud- enfermedad.**

**EPISTEMOLOGIA**

**PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**

**R**

**E**

**A**

**L**

**I**

**D**

**A**

**D**

**OBJETO DE ESTUDIO:**

**SALUD**

**MEDICINA**

**PROFESIONALES DE LA SALUD**

**EDUCACION y FORMACION EN SALUD**

**CAMBIO:**

**Construcción de modelo educativo y formativo en salud**

**(Pregrado-postgrado)**

**Propuesta de investigación innovadora en salud publica**

**Desarrollo de servicios en salud**

**Algunas precisiones deben contemplarse en el avance del acto reflexivo sobre el proceso salud-enfermedad:**

**1.-Estas reflexiones sobre la concepción biológica y social del proceso salud –enfermedad tienen como antecedente el debate de las corrientes de la medicina social o salud colectiva, y de esta con el pensamiento medico dominante. De esta forma se ha generalizado el reconocimiento de que el PROCESO SALUD-ENFERMEDAD guarda vinculación estrecha con la sociedad en la cual se presenta. El mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que una simple intervención médica y tiene que involucrarse en los cambios sociales.**

**2.-La preocupación de la medicina dominante no es, en rigor, la búsqueda de una nueva concepción del proceso salud-enfermedad, sino la de racionalizar la intervención y optimizar los recursos.**

**3.-No se trata de cuestionar la vigencia de la concepción de salud-enfermedad que sigue siendo una alteración en los procesos bionaturales, para construir otra.**

**4.-La medicina dominante admite en su esquema causal explicativo que determinadas condiciones de vida, generalmente conceptualizadas como “estilos de vida”, poseen un peso especial en la presentación de enfermedad.**

**La corriente medico-social, enfrenta varios temas polémicos, unos explícitos y otros implícitos; se trata en definitiva la concepción social del proceso salud-enfermedad. Entender el carácter social esta asociado directamente con la construcción del objeto de estudio del conocimiento. Construir teóricamente las relaciones externas e internas del objeto de estudio de conocimiento, aparece como el debate sobre conceptos analíticos centrales de la medicina social y su desdoblamiento para dar cuenta del fenómeno salud-enfermedad.**

**XI.-EL CARÁCTER SOCIAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD.**

**Al explicitar el contenido de esta frase, aparecen dos interpretaciones diferentes:**

**1.-LA INTERPRETACION SOCIALMENTE DETERMINADA; plantea que el carácter social del proceso S-E, esta asociado a su determinación social. Remite a la evidencia empírica de los grupos sociales que permiten explicar esas diferencias. Se ubica el carácter social del proceso salud-enfermedad en su determinación social. Esto significa que no se profundiza en la conceptualización de la S-E como tal sino que se le adscribe historicidad a partir de sus determinantes externos. Al asumir esta concepción, queda sin explicitar, la naturaleza de lo biológico y lo psicológico de este proceso. Con este punto de partida caben dos maneras de interpretar la determinación social del proceso S-E. Una seria que los procesos sociales originan una constelación de riesgos que desencadenan alteraciones patológicas en los procesos biológicos y psíquicos, en consecuencia la enfermedad. Los factores de riesgos (Fr.), como agentes nocivos son la mediación entre lo biológico y lo social. Dicho de otra manera, los perfiles de morbi-mortalidad de las colectividades son el resultado en la cual sus integrantes comparten la exposición a determinados factores de riesgo, situación que traduce en probabilidad de enfermar o morir de determinadas causas. Esta proposición vuelve a centrar la atención en los Fr., al convertirlos en el elemento crucial para explicar el perfil de morbi-mortalidad. La conclusión fina es que lo social no es externo a los procesos biológicos.**

**2.-EL CARÁCTER SOCIAL EN SI MISMO; otra forma de interpretación la determinación social del proceso S-E, obedece a la explicación orientada en los “niveles de determinación” al proponer “ordenes de complejidad”. El nivel social determina, subsume, el nivel biológico y psicológico. Esta explicación no requiere recurrir al concepto de riesgo, como mediación entre lo social y lo biológico, ya que se basa en la concepción de que lo mas complejo imprime un nuevo orden y una nueva lógica a los niveles menos complejos de organización de la materia. Esta es una concepción de determinación estructurada que tiene una jerarquía mayor que lo biológico y lo psíquico.**

**El estudio de lo social es, en esta concepción, imprescindible para explicar como se constituye el proceso S-E porque solo así se puede detectar sus determinantes últimos que son los de mayor poder explicativo y de predicción (legalidad). En esta concepción, tanto el proceso S-E colectivo como el individual tienen los mismos determinantes, y no existe sentido de separación entre la explicación de uno y otro. (Esquema 2)**

**Esquema 2. El carácter social del proceso salud-enfermedad.**

**PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**

**CARÁCTER SOCIAL**

**DETERMINACION SOCIAL**

**SOCIALMENTE DETERMINADO**

**CARÁCTER SOCIAL PROPIO**

**BIOLOGICO**

**PSICOLOGICO**

**EXPOSICION**

**(Población)**

**ORIGEN**

**Fr.**

**JERARQUIA:**

**SOCIAL**

**BOLOGICO**

**PSICOLOGICO**

**PERFIL**

**MORBI-MORTALIDAD**

**El lector puede lucir confundido sobre las cuestiones siguientes;**

**¿El proceso salud-enfermedad es social en si mismo?**

**¿Cómo se construye la historicidad?**

**Ambas interrogantes nos remiten necesariamente a los procesos biológicos y psicológicos.**

**XII.-CONCEPCIONES DEL HOMBRE SOBRE EL PROCESO SALUD - ENFERMEDAD.**

**Desde tiempos remotos como lo señala la historia el proceso salud- enfermedad ha transitado por una serie de transformaciones a medida que el hombre lo ha concebido dentro de su entorno:**

**1-En la era paleolítica la concepción fue mágica, donde todo lo atribuían a lo sobrenatural siendo los actores principales los brujos o shamanes; tiempo de después en Grecia surge la concepción natural ubicando la salud dentro de una necesidad para los seres vivos y explicando los métodos actuales como lo son el clínico, epidemiológico y ambiental.**

**2.-Desde la antigüedad surge la concepción de lo ideal o utópico, difícil de medir, y de existir donde los métodos para abordarlos fueron básicamente la elaboración de modelos de salud inalcanzables.**

**3.-Desde los orígenes dela humanidad hasta el presente; la medicina emerge desde lo somático, pasando por lo fisiológico; acercándose al concepto de salud como ausencia de enfermedad.**

**4.-La concepción Sanitaria retoma la salud como un estado positivo y colectivo. Estudiando la transmisión social de la enfermedad, basándose en la prevención. Su historia se desprende de la evolución de las medidas profilácticas desde la antigüedad.**

**5.- Las concepciones Economicista y social existe bajo determinadas característica, que parten de la definición de, “ la salud como condicionante de la productividad del factor humano”., en consecuencia se evalúa midiendo , “el precio de la salud y costo de la enfermedad”; la primera concepción parece a mediados del siglo XX , en países de industrializados , y la otra después de la segunda guerra mundial, utilizando métodos de trabajo que contemplaban *“ el análisis de costos de la enfermedad y de alternativas para las inversiones sanitarias a través de investigaciones científicas de la salud*”, lo que permitió el desarrollo :**

**a.-Del campo de epidemiologia labora y salud ocupacional;**

**b.-Del método estadístico aplicado a la S-E;**

**c.-El enfoque antropológico y sus resultados en S-E; etnografía y estilos de vida;**

**d.-La concepción Sociológica de la S-E;**

**e.-La dimensión Económica de la salud y enfermedad**

**f.-Los determinantes Políticos y su impacto en la S-E**

**g.-Las variables económicas de la salud, enfermedad y sus costos poblacionales**

**h.-El enfoque demográfico de la población en la S-E**

**i.-La concepción psicológica del proceso S-E.**

**Esta concepción disciplinaria ampliada del PROCESO SALUD-ENFERMEDAD, explica la importancia de retomar un enfoque multidisciplinario y transdisciplinario para abordar y definir su objeto de estudio desde perspectivas diversas. Tal vez es oportuno recordar la complejidad plantead por Morín y Drucker, al plantearse mirar la S-E , desde una variedad de concepciones aprovechando lo mejor de cada una de ellas y por ende transferir su resultado a una organización dinámica cónsona con la realidad que se vive y desarrolla. El campo de la salud pública es amplio y también debe seguir abriendo oportunidades a nuevos profesionales para que se incorporen y brinden sus aportes epistemológicos, ontológicos, gnoseológicos, axiológicos, metodológicos y tecnológicos para apoyar la salud poblacional. Podemos hablar a propósito del campo tecnológico, no descuidar el lado humano de la salud colectiva.**

**6.-La última concepción denominada político legal, cuya característica, es “la salud como derecho y obligación universal”. Posee un reconocimiento legal y participación estatal basada en los derechos ciudadanos, la cual tiene su vez, origen en las revoluciones políticas; en los sistemas de seguridad social, cuyas disciplinas son parte esencial de los derechos fundamentales, de la asistencia sanitaria, generando métodos de trabajo basados en la misma legislación de la seguridad social dentro de los programas políticos.**

**XIII.-ASPECTOS ECOLOGICOS DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD**

**Desde el inicio de este ensayo se ha presentado el proceso salud-enfermedad como el resultado de un proceso de interacción permanente del hombre con el medio en que vive y trabaja. En un sentido estricto el hombre se adapta al medio ambiente, y el proceso que lo estudia es la ecología humana. Por ende la S-E, obedece a los mismos factores externos e internos en esa adaptación y equilibrio , se tendrá salud bajo el equilibrio de estos factores y la enfermedad es la desadaptación o perdida de equilibrio entre factores intervinientes. Para resumir esta concepción, se debe retomar lo expresado por San Martin Hernán de la salud y enfermedad:**

**La salud y la enfermedad no son sino manifestación ecológica entre el hombre y su ambiente total: físico, mental y social. Por tanto, la Medicina, que se ocupa de la salud y de la enfermedad, no es solamente, una ciencia biológica, sino mas bien una ciencia social cuyo objetivo final es el hombre.**

**Para la salud y la vida, el medio físico, biológico y psicosocial son necesarios, si embargo si se modifican, por acción del hombre, pueden tener efectos desfavorables. La contaminación ambiental se convierte en factor desencadenante de enfermedad. El individuo se defiende de las condiciones cambiantes del medio que lo rodea, mediante sus características heredadas y constitucionales, como factores intrínsecos que favorecen o no el desarrollo patologías. En otro plano intervienen los mecanismos de defensa del organismo como componentes en cascadas para proteger la vida. Todo gira alrededor un ciclo virtuoso bio-psico-social que debe mantenerse como tal, en un sentido de equilibrio y homeostasis para asegurar la vida del individuo. Perkins (1958), inspirado en Leavell y Clark , define la salud en la siguiente forma.**

**La salud es un espacio de relativo equilibrio entre las formas y funciones del organismo, que resulta de su adaptación dinámica a las fuerzas que tratan de perturbarla. No es una interacción pasiva del organismo y las fuerzas que actúan sobre el, sino una respuesta activa de aquel, procurando su adaptación.**

**El hombre en su afán de desarrollo y progreso, modifica los elementos ambientales a su disposición, muchos de ellos se convierten en riesgos para la salud, bajo el pensamiento dominante de la industrialización y urbanización. Las consecuencias son evidentes a nivel atmosférico, geográfico y geológico. Los elementos químicos encontrados de forma natural en la naturaleza, por su excesivo abuso se convierten en cancerígenos o teratogenicos. Igualmente encontramos toxinas de hongos y diversas plantas perjudiciales al hombre (aflatoxinas). La industrialización acelerada produce sustancias y derivados que impactan en la salud laboral. La agricultura en su nivel primario hace posible el mal uso y abuso de pesticidas, fertilizantes y aditivos para alimentos, que contamina suelo, aguas profundas y superficiales, y alimentos por igual con efectos adversos en la colectividad.**

**Por ser numerosos los factores que intervienen en la salud y variadas las respuestas del organismo, no es oportuno separar el PRINCIPIO DE MULTICAUSALIDAD del proceso S-E. El valor agregado es académico, teórico y practico, que orienta la actuación en salud sobre factores específicos, conocidos como predisponentes y que son útiles para desarrollar programas de promoción para la salud.**

**Desde el punto de vista epistemológico, el hombre posee una actitud ilógica y aberrante ante los problemas ecológicos de S-E. Por otra parte el funcionamiento orgánico, remite a un principio de equilibrio constante y fisiológico, acorde con el medio donde se desenvuelve. Otro aspecto que se vincula a los descritos es el cultural, mediados por hábitos, costumbres y creencias propios de los estilos de vida, que se tocara mas adelante como etnografía en salud publica.**

**Recordando a Leavell y Clark, se debe considerar el concepto que presento de “la epidemiologia como un sinónimo de la ecología medica”. Mucho podremos avanzar en ese sentido, pero en efectos, la epidemiologia de la salud y la enfermedad tienen una base ecológica, ya que uno de sus objetivos es el “estudio de los factores que condicionan estos procesos, en su interrelación con los individuos y sus consecuencias”. La consideración epidemiológica pasa por considerar tres grupos de factores: 1.-Agentes causales de la enfermedad, 2.-El huésped y 3.-El medio ambiente. De hecho, los agentes pertenecen al medio (TRIADA ECOLOGICA DE ENFERMEDAD). La epidemiologia a través del aporte de Leavell y Clark , no se limita a señalar la relación ecológica MEDIO-HOMBRE ; sino que analiza con detalles las diversas etapas de la interacción AGENTE-HUESPED, descubriendo la evolución del proceso , desde antes que se presente la enfermedad y posteriormente cuando el individuo enferma (PROCESO CONTINUO), conocido como la HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD (HNE), abordada desde sus PERIODOS Y ETAPAS.**

**Los periodos corresponden al:**

**1.-PERIODO PRE-PATOGENICO; momento donde se presentan las interrelaciones iniciales entre agente –huésped y medio; se produce una ruptura del equilibrio existente y se produce un estimulo que actúa sobre el huésped (POSIBILIDADES DE ENFERMAR). Estas posibilidades obedecen a las siguientes tendencias:**

**1.1.-El agente es bloqueado, inhibido o neutralizado por el sistema inmunitario individual o sistemas de defensas inespecíficos del huésped, en consecuencia NO SE PRESENTA ENFERMEDAD.**

**1.2.-El agente logra alcanzar el individuo y se implanta, desarrolla, crece y genera una respuesta orgánica en el huésped. Las reacciones son diversas, bajo un espectro de presentación, oscilan desde eventos imperceptibles hasta manifestaciones diversas (HORIZONTE CLINICO).Para algunos profesionales de salud esta es una ETAPA DE PATOGENESIS TEMPRANA, idea que comparto como epidemiólogo y sanitarista. En todo caso el interés de este momento es la definición del PERIODO DE INCUBACION en las enfermedades transmisibles o lapso durante el cual incrementa o se acumula las interacciones agente-huésped.**

**1.3.-Otra tendencia que se debe destacar, es la concepción inmediata de LA PROMOCION PARA LA SALUD mediante le educación sanitaria y ejecución de acciones que mejoren el nivel de vida de la población. También debe ser el momento de PREVENCION ESPECIFICA o inmunización.**

**2.-PERIODO PATOGENICO: durante este proceso se evidencian cambios tisulares y reacciones organizas evidentes y continuadas, hasta hacerse aparentes con los síntomas y signos de la enfermedad. La evolución posterior es hacia la curación, cronicidad, incapacidad o muerte. Sigue diversos caminos según las condiciones del huésped, conocidas clínicamente como formas finales del periodo patogénico. Los mecanismos inmunitarios y de defensa hacen posible la oportunidad de un tratamiento preventivo o curativo instituido. La utilidad de conocer la HNE, desde sus periodos es la aplicación de las medidas preventivas o curativas como intervención en niveles de atención en salud. La finalidad es detener el padecimiento de la enfermedad o limitar las complicaciones o secuelas. Esta en discusión si este momento obedece a una medida preventiva por su concepción o por el contrario es una medida de curación. En ambos enfoques es importante no desplazarla del HNE y de sus periodos. Toda medida medica es en esencia una medida preventiva prescrita y apuntada; requerida por necesidad, aceptada colectivamente y en permanente labor de educación; y realizad por personal de salud (DECALOGO DE LA SALUD PUBLICA).**

**REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

**Breillh, J y Granda, E. (1989). Los nuevos rumbos de la Epidemiologia, en Ciencias sociales y Salud en América latina, OPS.**

**Castellanos, P.L. (1987). Sobre el concepto de Salud/ Enfermedad. Medellín, Colombia.**

**Hanlon , J.(1974). Salud Publica, Administración y Practica. Ed. Mosby.**

**Laurell, A.C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social.**

**Leavell, H. y Clark, E. (1958). Medicina Preventiva . Ed. Mac Graw Hill. NY.**

**Milton Terris (1980). La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. Ed. Siglo XXI.**