

# La influencia del pensamiento hegemónico neoliberal en la investigación epidemiológica.

## Aproximaciones para pensar una epidemiología contrahegemónica

Alberto Arribas\*  
betoarribas@yahoo.com.ar

### Resumen

La epidemiología, como disciplina que trabaja sobre los procesos de salud-enfermedad-atención y sus determinantes, buscando las formas en que se genera y reproduce el sufrimiento humano, en la actualidad sigue teniendo un marcado predominio neopositivista, al servicio del pensamiento neoliberal, persistiendo concepciones individualistas como las causalistas y de factores de riesgo, y preocupándose por la identificación de variables y su correlación, cuya tendencia sigue siendo, en la práctica, la reducción de la realidad a un solo plano, trabajando sobre los fenómenos empíricamente observables, y descuidando los procesos generadores que devienen en protectores o destructores de la salud (en términos de Jaime Breilh) en las relaciones sociales. Una visión con fuerte tendencia a lo micro, al estudio de las partes, resistiendo a lo colectivo, cuya preocupación es modificar los factores causales mórbidos, como procesos aislados, con acción predominante sobre la “punta del iceberg”. Las teorías que sustentan dicha visión conservadora, consciente o inconscientemente, son funcionales al sistema ideológico neoliberal, cuyo énfasis en el orden individual impide el desarrollo y organización de fuerzas colectivas a fin de no verse amenazado el “orden social” imperante. Resulta imperioso desocultar los condicionamientos sociopolíticos del poder en los procesos de investigación a fin de construir una epidemiología que resulte contrahegemónica, en una verdadera praxis emancipadora.

**Palabras clave:** *epidemiología social – neoliberalismo – teoría de riesgo – causalismo*

\* Alberto Arribas es médico por la Universidad de La Plata y alumno de la Maestría en Metodología de la Investigación Científica de la UNLa. Actualmente es docente de la carrera de medicina de la Universidad Nacional del Sur, en el área de AEDS (análisis epidemiológico de los determinantes de salud).

### Abstract

The epidemiology, like discipline that works on the processes of health-illness-attention and their determinant, looking for the forms in that it is generated and it reproduces the human suffering, at the present time it continues having a marked prevalence neopositivism, to the service of the neoliberal thought, persisting individualistic conceptions as the causalism and of factors of risk, and worrying about the identification of variables and their correlation whose tendency continues being, in the practice, the reduction of the reality to a single plane, working empirically on the phenomena observables, and neglecting the generating processes that become in protective or destructive of the health (in terms of Jaime Breilh) in the social relationships. A vision with strong tendency to the micro, to the study of the parts, resisting to the collective view whose concern is to modify the morbid causal factors, as isolated processes, with predominant action on the “tip of the iceberg.” The theories that sustain this conservative, conscious vision or unconsciously, they are functional to the system ideological neoliberal whose emphasis in the individual order prevent the development and organization of collective forces in order to it doesn't turn threatened the “social order” prevailing.

It is imperious unmask the sociopolitical conditioning of the power in the investigation processes in order to build an epidemiology that is heterogeny, in a true emancipated praxis.

**Keywords:** *social epidemiology – neoliberalism – causalism – risk theory*

## 1. Hacia un abordaje crítico del causalismo y del concepto de riesgo en epidemiología

Partiendo de un análisis crítico del causalismo<sup>1</sup> y de la teoría del riesgo, pilares de la epidemiología oficial o convencional (llámese oficial a la que predomina y está legitimada por la comunidad científica internacional), veremos cómo se vinculan “funcionalmente” con la corriente de pensamiento hegemónico neoliberal.

La epidemiología oficial (vinculada a la cosmovisión hegemónica actual) está organizada en una estructura lógica triangular: una *ontología* factorialista, una *epistemología* centrada en la teoría del riesgo, y una *praxis* funcionalista. Dicho de otro modo, el pensamiento hegemónico se articula bajo una noción de la realidad como dividida en “facto-

<sup>1</sup> Causalismo: el principio organizador de toda realidad es la relación causa-efecto, asumiendo que el mundo está regido por procesos eficientes (las causas) que actúan como fuerzas externas a los objetos provocando efectos, convirtiendo a la realidad en un mundo discreto o escindido en causas y efectos. Las partes de toda realidad (alienadas de cualquier totalidad) son conectadas sólo linealmente, bajo una lógica formal de las conjunciones.

res”, una concepción probabilística de la causalidad dentro de la teoría del “riesgo” –explicación al problema–, y una praxis reduccionista dirigida a la corrección “funcional” de riesgos.

Dicha construcción de la epidemiología está alimentada por una visión neopositivista de la realidad, con fuerte tendencia a la fragmentación y cuyo interés es describir partes y no comprender modos de movimiento. Se recrea de mil maneras la resistencia a la noción de movimiento o de proceso, mediante la tendencia a “aislar” factores de enfermedad (factores causales). Su acción es restringida a lo observable, la punta del iceberg, a las manifestaciones visibles, factorizadas, de la realidad empírica. La noción factorial se preocupa por buscar y aislar factores de enfermedad, a los que generalmente se los conoce como factores causales. Si bien es lícito pensar que en investigación resulta necesario reducir el fenómeno en estudio, aislando factores para convertirlos –desde un punto de vista metodológico– en variables, para su observación y análisis, lo que la epidemiología oficial hace es aplicar una lógica formal (modelos matemáticos) que clasifica los fenómenos como entes aislados. Los observa en su variabilidad como cambios de cantidad posibles dentro del rango que permite ese fenómeno *observado*. Luego, intenta conectar ese fenómeno (o factor causal) con otro fenómeno (un indicador de enfermedad), y observar si hay asociación o no, y para ello aplica una prueba matemática, sea en forma de tablas de contingencia o tests de correlación de variables, como las pruebas de regresión de distintos tipos (o cuando se quiere formar conjuntos de variables, una prueba de análisis factorial). La operación en todos los casos es esencialmente la misma: demostrar una asociación *significativa* entre variables, y a partir de ella, una conjunción constante. Lo que se advierte, entonces, es que la conexión conjuntiva se hace entre fenómenos aislados, separados, en un único plano de la realidad: el plano de lo empírico, de los fenómenos observables y constatables, sin ninguna visión integrada en procesos generativos de génesis y reproducción.

En dicha práctica, la epidemiología convencional se transforma en ciencia descriptiva, reducida a la construcción de modelos de asociación y conjunción constante. Mediante dicha lógica, cuando un factor es convertido en variable y adquiere un mayor “peso” en la explicación de la varianza (al formalizarse por modelos matemáticos), se lo considera factor de “alto riesgo” y por consiguiente en causa del problema, por lo que toda acción es orientada a procurar modificarla, como un proceso aislado. Es decir, en los factores de riesgo se reifican las “causas” que la acción debe intervenir para su modificación, en mayor o menor medida, acorde al riesgo cuantificado de esos factores.

Por ello, el paradigma de riesgo y su modelo de análisis (visión de la epidemiología oficial), como consecuencia lógica de su concepción empirista y su estructura formal asociativa, reduce la realidad a un solo plano, el plano de los fenómenos empíricos, dando prioridad a distintos factores causales según el criterio probabilístico. Posee una lógica ahistórica de la realidad, centrada en un presente factorial, bajo una visión atomizada y estática (congelada o atemporal) de la realidad, desconectada de los procesos históricos de génesis (pasado) y de emancipación (utopía realizable).

Siguiendo a Jaime Breilh:

la concepción epidemiológica oficial es de tipo lineal –de causa/efecto– entre “riesgos” identificados y las variables relacionadas con la salud, con lo cual toda explicación de los fenómenos es reducida a una contingencia o asociación empírica demostrable, cuando en realidad son procesos que al desmembrarlos del movimiento global del modo de vida quedan automáticamente reificados en entidades desconectadas y abstractas (o factores de riesgo), que pierden así sus relaciones generativas.<sup>2</sup>

Es una teoría útil a los modelos de gestión funcionalista neoliberal en donde se manipulan “factores” de la realidad a fin de desarrollar estrategias paliativas instrumentalizadas en programas de salud ligados a niveles tolerables de gobernabilidad. Es la base de una epidemiología sin memoria, atada a un eterno presente, cuya persistencia se logra mediante cambios de forma (es decir cosméticos), pero dejando intacta la estructura de inequidad.

Resulta ilustrativo lo dicho por Thomas Kuhn (citado en Breilh):

La prevención basada en la epidemiología de los factores de riesgo está gobernada por el tipo de lógica, según el cual, la temperatura de una habitación es reducida mediante la ubicación de un termómetro dentro de un cubo de hielo.<sup>3</sup>

Desde un punto de vista epistemológico, para esta concepción epidemiológica el conocimiento de la salud es reflejo del objeto sobre el sujeto, en una realidad fragmentada, cuyos elementos constitutivos se conectan por relaciones lineales simples en un único plano, el empírico; en donde cada proceso se lo concibe como separado, con conexiones externas a los demás procesos por relaciones funcionales que se “describen” mediante modelos lógicos-matemáticos; y en cuya estimación cuantitativa está la clave del conocimiento, y la acción funcional de corregir dichos factores aislados. Se advierte el predominio del individualismo metodológico, en donde lo colectivo es concebido como un agregado de un conjunto de observaciones individuales.

Por otro lado, el concepto de riesgo en el contexto de la mal llamada “epidemiología clínica” es aplicado –reducido– a su objeto técnico, que no posee un carácter colectivo, pues no se refiere a poblaciones, sino al individuo como singular. Así es como se produce una falacia de nivel.<sup>4</sup> Consecuencia de ello es que ser portador de un determinado factor de riesgo (por ejemplo: colesterol alto) o pertenecer a un “grupo de riesgo” tiene el mismo efecto de cualquier signo o síntoma clínico en la práctica propedéutica, vale decir culmina en un proceso de reificación, transformándose dicho riesgo en una entidad clínica en sí misma, en una cosa en sí. En otras palabras, pasa a ser un objeto de diagnóstico en sí, por lo que se termina diagnos-

<sup>2</sup> Breilh, Jaime, *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.

<sup>3</sup> Breilh, J., op. cit., pág. 205.

<sup>4</sup> Falacia que se comete cuando predicciones de nivel poblacional son deducidas a nivel individual, en el sentido de que individuos singulares manifestarían la media de los atributos de una población dada.

ticando factores de riesgo como si fueran enfermedades. En la época actual, tecnocientífica y atravesada por una lógica de mercado, la identificación de riesgos y su intervención ocasiona una verdadera “terapéutica de los riesgos”. La cuestión de la prevención deja de ser una problemática colectiva y pasa a ser una cuestión individual.<sup>5</sup>

## 2. El modelo causal de la epidemiología clásica y su sesgo individualista

En el terreno de la causalidad, el modelo de la multicausalidad (o “red de causación”) en un sentido estricto de múltiples causas para un efecto dado, o dicho de otro modo, múltiples factores de riesgo (tanto biológicos como conductuales) que interactúan en la causación de la enfermedad, no ha superado la visión lineal determinista, pues los nexos del proceso de determinación de enfermedades siguen siendo de naturaleza causal, en cuanto a factores esperados como efecto-específicos.<sup>6</sup> La única preocupación es identificar interacciones entre factores, pero nunca se discute el origen de las múltiples causas.

Por ello, en la consideración de múltiples causas y/o efectos, el causalismo sigue en pie. Se agrega en complicación pero no en complejidad. Aún más, bajo esta concepción, un abordaje fractal no necesariamente implica complejidad o no-linealidad. Al dicotomizar la presencia o ausencia de enfermedad, dichos modelos multicausales no consideran adecuadamente los vínculos dinámicos entre el proceso salud-enfermedad y sus condiciones sociales.

Ahora bien, bajo esta concepción lineal determinista del concepto de riesgo ¿qué valores son producidos? ¿Qué significados son generados socialmente cuando costumbres y conductas son identificadas como riesgos de salud? El análisis formal del riesgo es inferir causalidad, evaluando probabilidad de eventos de enfermedad en individuos y/o poblaciones expuestas a factores dados. Al medir el riesgo individual y colectivo, lo que el modelo matemático de riesgo estima es una relación causa-efecto, produciendo una reducción del punto de vista individual o colectivo. Tal reducción, si bien, es una transición lógica necesaria e inevitable al trabajar con tales métodos, construye representaciones divorciadas de la complejidad de los procesos en juego. El problema se genera cuando las transformaciones producidas por los estudios del riesgo tienden a ser usadas sin considerar los “desvíos” en los niveles lógicos que producen. La aplicación estricta de cualquier estimación de riesgo conlleva justamente el riesgo de “borrar” u olvidar aspectos importantes del fenómeno analizado.<sup>7</sup>

Este énfasis excesivo –de la epidemiología oficial– en separar efectos independientes, también llamada como la “disección del riesgo”, ha perpetuado la noción de que los efectos son

<sup>5</sup> Cfr. Almeida Filho, N., *La ciencia tímida: ensayo de deconstrucción de la epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000; y Breihl, J., Granda, E., “Epidemiología y contrahegemonía”, *Social Science and Medicine*, Vol. 11, 1989, pp. 1121-1127.

<sup>6</sup> Cfr. Almeida Filho, N., *La ciencia tímida: ensayo de deconstrucción de la epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000.

<sup>7</sup> Czeresnia, D., “The concept of health and the difference between prevention and promotion”, en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 15, N° 4, Rio de Janeiro, 1999.

siempre separables, cuando en la realidad a menudo no lo son. Y en la práctica de la investigación ocurre que el énfasis en separar efectos independientes ocasiona que hasta el mismo “modelo multicausal” se olvide, ya que cada factor se abstrae estadísticamente de la red causal de la que forma parte, y el modelo queda reducido a un conjunto de relaciones mono-causales.

Cabe mencionar aquí los comentarios de Diez Roux:

Esta individualización del riesgo perpetúa la idea de que el riesgo se determina individual y no socialmente y hace que se mire con desinterés la investigación del efecto de variables de nivel macro (o variables grupales) en los resultados correspondiente a individuos. Los “estilos de vida” y las “conductas personales” se consideran opciones libres de los individuos, disociadas de los contextos sociales que los delimitan y restringen. Esta tendencia que explica los patrones de salud y enfermedad exclusivamente por las características de los individuos es análoga a la doctrina del individualismo metodológico en ciencias sociales.<sup>8</sup>

### 3. El uso de la epidemiología oficial en la dualización de la salud

En el contexto actual de neoliberalismo en América Latina, que en forma de múltiples máscaras continúa reinando y penetrando los intersticios de la sociedad, y en el marco de todo proceso de cancelación del Estado benefactor y racionalización del gasto, la epidemiología sigue estando a su servicio. La ‘Salud para Todos’ como meta hacia el año 2000, se ha convertido en la salud para ‘Unos’ que son los que sí pueden pagar para mantener o recuperar su salud, en el mercado de la oferta y demanda libres. La salud para el ‘resto’ mayoritario se basa en los sistemas solidarios, la focalización, estandarización de una “canasta básica” de servicios (con el apoyo de la OPS/OMS), la subsidiaridad, y la “carnetización” que estigmatiza y los identifica como pobres. Se reduce la estrategia de atención primaria a planes de atención básica con el subsidio del Estado y de responsabilidad limitada y con territorialidad definida administrativamente en los municipios. Salud pública y su estrategia de atención primaria para los pobres, y una medicina tecno-científica para los ricos.<sup>9</sup>

Ejemplos del servicio que proporciona la epidemiología oficial son los estudios de niveles mínimos de supervivencia y cálculos de focalización, pisos o planes mínimos de atención básica (llámese PMO: programas médicos obligatorios), focalización de la mirada a las enfermedades evitables, para calcular el famoso *global health burden* al que se quiere atacar en lo superficial, mientras se lo fomenta con el modelo capitalista en su conjunto, cálculos de las medidas de re-

<sup>8</sup> Diez Roux, A., “Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel”, en Spinelli, H. (comp.), *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004, pág. 83-84.

<sup>9</sup> Cfr. Rico Velasco, J., “Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud para todos”, en *Colombia Médica*, Vol. 28, N° 1, Cali, 1997; y Galende, E., “Debate Cultural y Subjetividad en Salud”, en Spinelli, H. (comp.), *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.

ducción del gasto y subsidios a la demanda, entre otros. La base de ello es una episteme de mínimos derechos y con máxima productividad. En otras palabras, la exploración de los niveles mínimos de miseria sustentable es la esencia misma de la nueva gobernabilidad capitalista. Salarios reales prácticamente inamovibles, flexibilización, desregulación, líneas de pobreza, son parte de la misma doctrina del *baseline* o *bottomline* que penetra el discurso tecno-científico, para facilitar en cambio, la maximización de las ganancias, y la aceptación naturalizada de la competencia entre desiguales. Se buscan y se recrean nuevas formas (“reformas”) de pensamiento-acción que acepten como progreso y equidad el logro de esos mínimos reservados para los pobres, enmascarándose su rasgo superficial, y dejando intacta toda estructura de inequidad.

En instituciones oficiales, bajo la llamada epidemiología en servicios, se puede observar una mera tarea rutinaria y burocratizada de “vigilancia epidemiológica”. El rol funcionalista de la epidemiología oficial termina cumpliendo una triste función impuesta por la hegemonía neoliberal, como lo es el cálculo de las focalizaciones y formalizaciones matemáticas de fenómenos desarticulados de sus raíces históricas y de la conflictividad de las relaciones de poder. Resulta muy ilustrativa la denominación que Breilh le ha dado: “epidemiología de los mínimos de supervivencia, ciencia para el cálculo de los mínimos de miseria sustentable”.<sup>10</sup>

#### 4. Factores causales, mercado e inequidad

De lo visto hasta ahora se desprende que en el campo de la salud, las prácticas actuales siguen estando gobernadas por la concepción neopositivista de las causas de enfermedad, reconociendo dimensiones de la realidad humana vinculadas externamente: los mecanismos biológicos; el funcionamiento de la mente y sus perturbaciones; y la esfera social del individuo.

Sabemos que la vida de una persona no es explicable únicamente por el funcionamiento de su organismo biológico, su esfera psíquica, ni por la información genética de su especie, ni aún por aquella información genética que ha incorporado lo social (teoría del genoma socializado), sino que desde su origen múltiples determinaciones están operando para constituirlo en un ser humano. Hasta las enfermedades genéticas, en su expresión y gravedad del problema, son resultado de las condiciones de su contexto, respondiendo a los procesos de reproducción social.<sup>11</sup> En su realidad el ser humano está atravesado por su subjetividad biológica, comunitaria, estatal y societal, indisociables, y que operan en conjunto. Cada una de ellas cumpliendo su función de autorregulación como forma de vida.

La epidemiología actual sigue envuelta en una paradoja irresuelta: del estudio de la enfermedad en poblaciones ha quedado reducida predominantemente a focalizar los factores de riesgo de enfermedad a nivel individual, y en su enfoque tradicional percibe a la salud-enfermedad como

<sup>10</sup> Breilh, J., “Lecturas opuestas del papel de la epidemiología y la reforma en salud. El debate sobre los modelos de desarrollo humano”, Ponencia presentada al Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (Brasil), Mayo de 2000.

<sup>11</sup> Penchaszadeh, V., *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 118 (3), 1995, pág. 254-263.

una categoría dicotómica y no como un proceso dialéctico. Es decir, cuando se focaliza sobre las poblaciones, generalmente se dirige la mirada a los individuos que están dentro de ellas. El todo –poblaciones– es considerado como la suma de sus elementos individuales. Por lo que la prevención a nivel societal, conceptualizado como su intervención sobre un “agregado de individuos” resulta no válida cuando el blanco es una entidad social con sus propias leyes y dinámica.<sup>12</sup>

Dicha concepción de la epidemiología clásica, como fue mencionado antes, en palabras de Diez Roux, es análoga a la doctrina del individualismo metodológico<sup>13</sup> en ciencias sociales.

Los determinantes sociales e históricos son considerados meras variables en las que el investigador determina el peso a atribuirle en la cadena causal, en lugar de considerarlos determinantes estructurales, es decir que existen antes del problema analizado, y su comprensión es fundamental para especificar las dimensiones del fenómeno en juego. Por otra parte, el modelo biomédico aún vigente se desarrolla básicamente en dos pilares: diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, cuyas prácticas se focalizan en la “singularidad” de cada individuo enfermo. La mayor proporción del gasto en salud se destina a estas prácticas. Y la vigencia del modelo está alimentada por las condiciones de posibilidad que le otorga la ideología neoliberal imperante y su lógica de mercado. Dicho de otro modo, los pilares del modelo generan tecnología. El “complejo industrial de la salud” (tecnología diagnóstica y de intervención quirúrgica, e industria farmacéutica), crece exponencialmente y es un actor decisivo para orientar las políticas en salud. De hecho, la demanda en salud para con los gobiernos es prioritariamente demanda de atención de enfermedad, producto de las fuertes presiones de la medicina tecno-científica.

Ahora bien, el enfoque de la epidemiología oficial, con su individualismo metodológico predominante, no denuncia ni desoculta las condiciones estructurales de inequidad. La persistencia de procesos destructores de salud que propician y favorecen el mantenimiento de muchos de los cuadros de morbimortalidad, como la contaminación ambiental, discriminación, violencia, desempleo, desnutrición infantil, o bien chagas, parasitosis, cólera, tuberculosis, entre otras, coexiste con una gran inversión en el complejo industrial de la salud.

Por otro lado, el desarrollo del complejo industrial de la salud se transformó en un factor determinante de reproducción y legitimación del actual sistema médico de salud (y en cierto modo en la investigación epidemiológica oficial). Logró implantarse en el imaginario social de toda la población.

Hago propia las palabras de Galende:

En las mismas clases de pobres y marginales domina este imaginario y aspiran y reclaman acceder a los bienes diagnósticos y curativos de esta medicina, más que

<sup>12</sup> Susser, Mervyn, Susser, Ezra, “Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms”, *American Journal of Public Health*, Vol. 86, 1996, pp. 668-673. Susser, Marvyn, Susser, Ezra, “Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology”, *American Journal of Public Health*, Vol. 86, 1996, pp. 674-677.

<sup>13</sup> Doctrina que postula que conociendo exclusivamente las características de los individuos es posible explicar todo fenómeno social y los hechos referentes a esa sociedad.



al reclamo por una salud pública. En nuestra Argentina, el reclamo de salud se vincula habitualmente a la creación de más servicios médicos y más incorporación de tecnología diagnóstica.<sup>14</sup>

### **5. La categoría “reproducción social” como recurso para entender el proceso de determinación epidemiológica**

La epidemiología es social en su esencia, es social por naturaleza (de allí que hablar de “epidemiología social” resulta redundante, y por otro lado, se advierte el efecto oxímoron de la “epidemiología clínica”). Si desconoce lo que sucede o de qué forma los fenómenos sociales inciden sobre el proceso salud-enfermedad-atención, estaría limitando su propia esencia. Pues es una ciencia dedicada a un problema tan social como la salud. Aún más, hoy en día la epidemiología no puede ser científica si no es social. Considerar a la enfermedad como un fenómeno social y por lo tanto colectivo no significa conocer si a cada fenómeno social le corresponde una enfermedad, bajo una mirada estática (propia de la epidemiología convencional), sino determinar los procesos históricos de las sociedades, particularmente los sociales, que llevan a la generación de enfermedades.

Partiendo de estos presupuestos, la epidemiología debe observar las condiciones de producción y reproducción social. De este modo es pertinente mencionar que su campo compete al orden de apropiación y distribución de la riqueza, al modo en que se establecen los procesos productivos, y cómo participa el hombre en esos procesos productivos y en los consumos que de ellos se derivan. De esa manera es posible comprender la génesis de las condiciones de posibilidad de la vida y la muerte, en definitiva de los procesos de génesis y reproducción de las distintas formas de vida. Funciones de autorregulación de la vida en la que forma parte y se expresa el proceso salud-enfermedad-atención.

Haciendo referencia a la reproducción social y el fenómeno salud-enfermedad como expresión de ella, ya Breilh reconocía hace más de dos décadas que:

Las condiciones de vida y salud-enfermedad, constituyen una expresión del desarrollo económico, político e ideológico de una sociedad, y las desigualdades en estos ‘desarrollos’ que han sido heredadas de las formaciones pre-capitalistas [...] se desarrollan con las ‘miserias’ modernas que acompañan al capitalismo monopolístico [...] así se producen formas de vida contrastantes. El efecto de todas aquellas miserias heredadas y modernas, detienen el progreso en la salud y aún producen efectos devastadores en algunos grupos [...] lo que enferma y mata no es el progreso sino el modo capitalista de progresar.<sup>15</sup>

<sup>14</sup> Galende, E., op. cit., pág. 135.

<sup>15</sup> Breilh, J., “Ciudad y muerte infantil”, *Centro de Estudios y Asesoría en Salud*, Quito, Ecuador, 1984.

Considerando un ejemplo de lo anterior, podemos mencionar que la epidemiología convencional no debe reducir categorías analíticas como la “clase social” a una variable más (limitada a un mero problema de ingresos económicos o prestigio ocupacional). Tampoco debería reducir variables específicas como sexo, edad, educación, y otras. Es preciso ser conscientes de que las características culturales, políticas, económicas, o ideológicas de una sociedad –en un espacio y momento histórico dado– definen al ser humano, permitiendo develar aquellas determinaciones subyacentes en relación al fenómeno estudiado. La clase social hace relación al orden productivo y reproductivo en el que el sujeto se ubica, como también a la conciencia de participación en ello. Comprender esto permite una mejor comprensión de la realidad y sus diferentes formas de determinación del sujeto en el proceso salud-enfermedad-atención en sus múltiples niveles de complejidad. En definitiva, la cuestión salud-enfermedad no puede ser definida esencialmente como biológica-individual, escindida de su dimensión social, política, económica e histórica.

De este modo, como hay varias subjetividades (sujeto biológico, comunitario, estatal y societal), no es posible hablar de una única salud. Habrá varias “saludes” dependiendo de los niveles de complejidad actuantes y considerados.<sup>16</sup>

### **6. La reproducción social en los distintos niveles de subjetividad y el proceso salud-enfermedad-atención**

Samaja sostiene que todo fenómeno humano presenta en su interior una gama compleja de subsistemas ordenados jerárquicamente, en la que su estabilidad es dependiente de la incesante actividad de autoreproducción de cada uno de los estratos. Su pensamiento está enmarcado en la idea de complejidad.<sup>17</sup> La salud-enfermedad como objeto complejo, en su estructura jerárquica, operando en distintos niveles de la realidad. Dicho objeto-modelo es factible de ser aprehendido en sus múltiples estados de existencia, en donde cada fenómeno a estudiar se comporta como un sistema (o totalidad) compuesto por subsistemas (totalidades de nivel inferior) y a su vez incluido en sistemas mayores (totalidades de nivel superior), de los que forma parte como un subsistema.<sup>18</sup>

Toda sociedad humana se ha ido construyendo en una prolongada historia epigenética,<sup>19</sup> y como resultado de esa epigénesis, posee una estructura compleja en la que se articulan diferentes formas de vida social (biológica, comunal, estatal y de la sociedad civil).

<sup>16</sup> Almeida Filho, N., Fernandez Silva Andrade, R., “Holopatogénesis: esbozo de una teoría general de salud-enfermedad como base para la promoción de la salud”, en Czeresnia, D., y Machado de Freitas, C. (org.), *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.

<sup>17</sup> Morin, E., *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona, Gedisa editorial, 1990.

<sup>18</sup> Cfr. Samaja, J., *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.

<sup>19</sup> Epigénesis: término que tiene sus orígenes en la embriología, y designa los procesos de desarrollo por estadios, en el que cada estadio nuevo –como totalidad– se construye sobre los anteriores.

El autor propone concebir a la salud-enfermedad-atención como funciones de autorregulación de la reproducción de los distintos estratos de la subjetividad (biológica, comunitaria, estatal, civil), permitiendo así pensar al proceso salud-enfermedad-atención desde una perspectiva menos restringida (como sí lo es la nosografía, que identifica rasgos y los asocia buscando relaciones causales) y más inspirada en procesos comunicacionales y en patrones en los que se intercambian y resuelven conflictos. El riesgo de la nosografía (al tipificar procesos particulares) es la tendencia a materializar o sustancializar sus categorías. Es decir, no es que las categorías nosográficas sirvan como herramientas para guiar la práctica clínica, sino que se produce *una recaída en la inmediatez* (en términos hegelianos) u olvido de la génesis y dichas categorías se transforman en sustancias en sí (hechos-cosas). Estos hechos-cosas incitan al investigador a buscar asociaciones entre rasgos más frecuentes y formular hipótesis causales, pero dejan ocultos los conflictos profundos que subyacen y se desarrollan en los procesos comunales, estatales o sociales en que tales hechos-cosas se inscriben.

Además la epidemiología convencional persiste en su fuerte tendencia a considerar como hechos sólo los casos que pueden ser identificados y medidos. En palabras de Samaja:

Si, en cambio, el hecho de salud/enfermedad/atención es concebido como un componente de un sistema de procesos comunicacionales, entonces, es posible reponer una visión concreta, dinámica y comprensiva del problema. Esta concepción permite una recuperación de los significados que allí están dados... La enfermedad puede ser considerada no sólo como un hecho-cosa o como un hecho-efecto, sino también como un hecho-narración, que enhebra peripecias o ciclos de acciones alternativas cuando la narración deseable ha sido obstruida por circunstancias contextuales (patógenas) susceptibles de ser interpretadas y no solamente computadas.<sup>20</sup>

## 7. El concepto tradicional de riesgo versus la noción de proceso

Quizá ha llegado el momento de repensar el concepto polisémico “riesgo”, a la luz de las condiciones históricas de posibilidad en la que se desenvuelve hoy en día, en un contexto superador del pensamiento hegemónico neoliberal. Repensarlo no sólo en el sentido de deconstrucción o de su evolución histórica –por cierto necesario– como lo han hecho destacados autores del ámbito latinoamericano,<sup>21</sup> sino de resignificación o sustitución. La visión unidimensional (el plano de lo empírico) de la epidemiología tradicional, evidenciada

<sup>20</sup> Samaja, J., op. cit., pág. 170.

<sup>21</sup> Cfr. Almeida Filho, N., *La ciencia tímida: ensayo de deconstrucción de la epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000, pág. 239-259. Y cfr. Carvalho Mesquita Ayres, J., *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005.

en la mirada atomizada y estática de los factores de riesgo, sigue estando legitimada por el sentido común y el pensamiento dominante en la sociedad. Visión de riesgo descontextualizada y tendiente a lo individual.

La preocupación del neoliberalismo en conservar intactas sus estructuras de dominación, alimentado por una alianza estratégica entre “la salud”, cuya promoción de hecho responde a considerarla un objeto mercantilista de consumo (dietas saludables, servicios de spa, oferta de medicamentos para condiciones consideradas premórbidas, en el marco de la medicalización de la sociedad, etc.) y la prestigiosa “medicina tecno-científica” actual.

Pues entonces, podría resultar interesante reemplazar dicha noción de “riesgo” por alguna otra alternativa –como la noción de “proceso”<sup>22</sup> que Breilh ha propuesto–, que permita conocer el movimiento en su doble determinación de producción o génesis y reproducción, y la conexión de los procesos con la vida social en su conjunto. Proceso en el sentido de recuperar la dimensión temporal histórica, que no es la simple secuencia de imágenes en varios tiempos. En el devenir histórico del ser humano, son procesos que devienen en protectores o destructivos en un comportamiento dialéctico. Siempre existe ese doble movimiento de protección-destrucción en todo grupo social determinado, en la que cada momento de movimiento se expresa en una u otra dirección dependiendo del carácter en que opera la reproducción social. El peso de uno u otro (protector o destructor) va a determinar la direccionalidad del proceso. Bajo esta concepción, la investigación epidemiológica en lugar de detectar factores o situaciones de riesgo bajo una visión estática o fotográfica de la realidad, identificaría para su posterior intervención, procesos destructivos (con acción dirigida a la prevención) y procesos protectores (acción dirigida a su fomento o promoción).<sup>23</sup>

Cabría considerar para otro momento los actores implicados en considerar a los procesos como destructivos y/o protectores.

Breilh, al hablar de las condiciones destructivas del medio ambiente, y situaciones de inequidad de género, etnia y clase social y su crítica a la epidemiología oficial dice:

por ser procesos basados en la inequidad, son procesos restringidos a formas de remuneración injustas y plagados de estresores, de sobrecargas físicas, de exposición a peligros, a todos los cuales el paradigma que aquí cuestionamos los interpretaría como ‘factores de riesgo’, es decir fragmentos contingentes de probable destructividad, y cuyos efectos podríamos apenas atenuar o controlar, en lugar de organizar nuestras acciones para suprimirlos, cambiando la estructura misma o la lógica esencial que los genera.<sup>24</sup>

<sup>22</sup> Al igual que riesgo, “proceso” es un término muy usado, polisémico, aunque poco comprendido. Pese a ello, sigue siendo adecuado desde una mirada dialéctica.

<sup>23</sup> Cfr. Breilh, J., *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003, pág. 200-211.

<sup>24</sup> Breilh, J., op.cit., pág. 207.

## 8. La necesidad de una “nueva” epidemiología

Como reflexión final, se presienten nuevos “aires” para pensar modelos teóricos que sustenten a la epidemiología. Aires que buscan respetar la complejidad que revisten los procesos de la naturaleza, de la sociedad y de la historia. Nuevas formas de producción de conocimiento como alternativas al paradigma dominante.

Podemos mencionar desarrollos conceptuales interesantes, como por ejemplo, la teoría de los fractales,<sup>25</sup> caos y no-linealidad, teoría de los conjuntos borrosos,<sup>26</sup> teoría de redes (*graph theory*) como variante crítica de la teoría general de los sistemas,<sup>27</sup> entre otras. Se comienza a vislumbrar esfuerzos para superar falsas dicotomías, como orden/desorden, reduccionismo/holismo, análisis/síntesis, y muchas otras, abriendo paso a un pensamiento complejo de la realidad, en la que es necesario contemplar ambas nociones, como orden y desorden, necesidad y azar, en sus propiedades de antagonistas y complementarios a la vez.

Propuestas teóricas –modelos ecosociales– que, inspiradas en la idea de fractalidad, incorporan la noción de lo ecológico (reconociendo las interacciones entre organismos, materia inanimada y energía sobre un tiempo y espacio determinado). Una propuesta de operacionalización, tal como el análisis multinivel o contextual, resulta un ejemplo de ello.<sup>28</sup> El análisis multinivel, al considerar variables de nivel macro/micro para la comprensión de la dinámica social en salud, analiza resultados simultáneamente en relación a determinantes medidos en diferentes niveles, permitiendo evitar las distintas falacias, llamadas precisamente, de nivel,<sup>29</sup> y además posibilita concebir al proceso salud-enfermedad-atención en su multidimensionalidad.

Ahora bien, bajo dicho análisis: ¿es posible concebir al proceso salud-enfermedad-atención en clave dialéctica? Los procesos podrían seguir definiéndose de una manera relativamente estática, en el sentido de no contemplar la historia formativo-evolutiva (y no comprender las raíces de la determinación de muchos eventos del presente), con lo que no se resolvería totalmente el problema de la ahistoricidad.

Pese a que aún la epidemiología es enseñada y pensada como un conjunto de técnicas/métodos para ser aplicados a problemas particulares en el fenómeno salud-enfermedad, a su vez comienza a existir una mayor conciencia sobre la necesidad de repensar los presupuestos

<sup>25</sup> Mandelbrot Benoit, *The fractal geometry of nature*, New York, Freeman, 1982.

<sup>26</sup> Zadeh, L.A., “Fuzzy Sets as a Basis for a Theory of Possibility”, *Fuzzy Sets and Systems*, 1978; 1(1): 3-28.

<sup>27</sup> Watts D. J. “Networks, dynamics and the small world phenomenon”, *American Journal of Sociology*, 1999; 105(2):493-527.

<sup>28</sup> Krieger, N., “Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?”, *Social Science and Medicine*, Vol. 39, 1994, pp. 887-903; y cfr. Susser, Mervyn, Susser, Ezra, “Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms”, *American Journal of Public Health*, Vol. 86, 1996, pp. 668-673; y Susser, Marvyn, Susser, Ezra, “Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology”, *American Journal of Public Health*, Vol. 86, 1996, pp. 674-677; y cfr. Krieger, N., “Theories for social epidemiology in the 21<sup>st</sup> century: an ecosocial perspective”, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, 2001, pp. 668-677.

<sup>29</sup> Cfr. Diez Roux, A., “Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel”, en Spinelli, H. (comp.), *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004, pág. 89-96.

teóricos en epidemiología.<sup>30</sup> La carencia de explicitación de las teorías que sustenta la investigación, evidenciadas en la mayoría de los manuales de epidemiología clásica no significa ausencia de teoría. Sabemos que no hay metodología sin teoría. Aún más, una postura ateorica o antiteórica, como la que poseen consciente o inconscientemente muchos investigadores, significa inevitablemente que la teoría fundamental está implícita. Y toda teoría que no se reconoce, conlleva el riesgo de reproducirla sin crítica. Una mirada reduccionista sólo valorará las innovaciones tecnológicas y la capacitación especializada de los recursos humanos para dicho fin, restando importancia a la renovación de los conceptos y su influencia en la dinámica de los procesos. En otras palabras, enriquecimiento de lo técnico y empobrecimiento de lo conceptual.

Los esfuerzos de reflexión teórico-política en investigación epidemiológica resultan imperiosos hoy en día, a fin de desocultar toda situación de dominación. En palabras de Morin podemos decir:

Quisiera alzarme aquí contra una ilusión muy ingenua: creer que bastaría con despejar el campo del conocimiento social/político de los mitos y de las ideologías para acceder al conocimiento 'verdadero' o ciencia. Ante todo, hay que comprender que las ideologías están presentes por doquier, incluido el corazón de la ciencia [...] La 'verdad' progresa a través del reconocimiento y la denuncia del error, de lo falso, del engaño.<sup>31</sup>

Como toda ideología, el neoliberalismo en el contexto histórico actual busca justificar y naturalizar (bajo muchos disfraces) los intereses de clase que dominan a esta sociedad. Incluso nociones de alto valor moral (como equidad, empoderamiento o "empowerment", participación democrática y comunitaria, y otros) son usados retóricamente, con una estrategia de familiarización, y consecuente riesgo de acriticidad. Como dice Paulo Freire:

Cada vez que la coyuntura lo exige, la educación dominante es progresiva a su manera, progresista 'a medias'. Las fuerzas dominantes estimulan y materializan avances técnicos comprendidos y, tanto cuanto posible, de manera neutral.<sup>32</sup>

La ciencia (como un sistema de creencias) y la ideología se retroalimentan mutuamente. No existe una sin la otra. Encontrar sus vínculos estrechos resulta vital para una crítica profunda de las ideologías en las políticas de salud, y del uso de herramientas epidemiológicas para una clara propuesta de cambio y emancipación.

<sup>30</sup> Cfr. Krieger, N., "Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?", *Social Science and Medicine*, Vol. 39, 1994, pp. 887-903.

<sup>31</sup> Morin, E., op.cit., (1984), pág. 354.

<sup>32</sup> Freire P., op.cit., pág. 120.

### **Bibliografía:**

- Almeida Filho, Naomar de, *La ciencia tímida: ensayo de deconstrucción de la epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2000.
- Almeida Filho, Naomar de, Fernandez Silva Andrade, Roberto. “Holopatogénesis: esbozo de una teoría general de salud-enfermedad como base para la promoción de la salud”, en Czeresnia, Dina, y Machado de Freitas, Carlos. (org.), *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2006.
- Breilh, Jaime, “Ciudad y Muerte Infantil”, en *Centro de Estudios y Asesoría en Salud*, Quito, CEAS, 1984;
- “Lecturas opuestas del papel de la epidemiología y la reforma en salud. (El debate sobre los modelos de desarrollo humano)”, Ponencia presentada al Instituto de Salud Colectiva de la Universidad Federal de Bahía (Brasil), Mayo de 2000.; *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.
- Breihl, Jaime, Granda, Edmundo, “Epidemiología y contrahegemonía”, *Social Science and Medicine*, Vol. 11, 1989, pp. 1121-1127.
- Carvalho Mesquita Ayres, José Ricardo de, *Acerca del riesgo: para comprender la epidemiología*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2005.
- Czeresnia, Dina, “The concept of health and the difference between prevention and promotion”, en *Cadernos de Saúde Pública*, Vol. 15, N° 4, Rio de Janeiro, 1999.
- Diez Roux, Ana, “Hacia la recuperación del contexto en epidemiología: variables y falacias en el análisis multinivel”, en Spinelli, Hugo (comp.), *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.
- Samaja, Juan, *Epistemología de la salud: reproducción social, subjetividad y transdisciplina*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.
- Freire, Paulo, *Pedagogía de la autonomía. Saberes necesarios para la práctica educativa*, México, Siglo XXI, 1997.
- Galende, Emiliano, “Debate Cultural y Subjetividad en Salud”, en Spinelli, Hugo (comp.), *Salud colectiva: cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 2004.
- Krieger, Nancy, “Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider?”, *Social Science and Medicine*, Vol. 39, 1994, pp. 887-903.; “Theories for social epidemiology in the 21<sup>st</sup> century: an ecosocial perspective”, *International Journal of Epidemiology*, Vol. 30, 2001, pp. 668-677.
- Mandelbrot, Benoit, *The fractal geometry of nature*, New York, Freeman, 1982.
- Morin, Edgar, *Ciencia con consciencia*, Barcelona, Anthropos, 1984;
- Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona, Gedisa, 1990.
- Penchaszadeh, Víctor, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Vol. 118 (3), 1995, pp. 254-263.
- Rico Velasco, José, “Neoliberalismo, salud pública y atención primaria: Las contradicciones en el paradigma de salud para todos”, en *Colombia Médica*, Vol. 28, N° 1, Cali, 1997.

## Perspectivas Metodológicas

- Susser, Mervyn, Susser, Ezra, “Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms”, *American Journal of Public Health*, Vol. 86, 1996, pp. 668-673. “Choosing a future for epidemiology: II. From black box to Chinese boxes and eco-epidemiology”, *American Journal of Public Health*, Vol. 86, 1996, pp. 674-677.
- Watts D. J., “Networks, dynamics and the small world phenomenon”, *American Journal of Sociology*, Vol. 105 (2), 1999, pp. 493-527.
- Zadeh, Lotfi, “Fuzzy Sets as a Basis for a Theory of Possibility”, *Fuzzy Sets and Systems*, Vol. 1 (1), 1978, pp. 3-28.