

APORTES A LA DISCUSION SOBRE EL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD

*Félix Martínez **

Comenzaré por centrarme en el capítulo Enfermedad y Sociedad, de tu segundo libro con idéntico título. Partamos del mismo interrogante: ¿Cómo es posible que estemos trabajando sobre un objeto que no es tal? (Salud). Justificación para pensar hace diez años, hoy, y dentro de otros diez.

Bajémoslo, como dices, "del nivel teórico en que se encuentra para colocarlo en el terreno que permita una mayor utilidad" razón pragmática por demás, pero que surge de la necesidad de mejorar nuestros "instrumentos de trabajo" y de las contradicciones sociales, especialmente referidas a la práctica médica y las acciones de "salud".

Continuemos por aceptar la gran generalidad del concepto bienestar, que permite las más diversas interpretaciones en una sociedad dada, especialmente cuando se le aplica delante el adjetivo "completo" y detrás el adjetivo "social". Si el sector salud se fija este objetivo, es imposible definir su campo específico de acción, aparte, por supuesto, de que el blanco es inalcanzable en la distancia y movable en cada sociedad y período dados.

* M.D., M.S.P. Proyecto Consolidación. Ministerio de Salud. Bogotá

Se ha legitimado con esta definición la posibilidad de disparar en todas direcciones y a objetivos imaginarios. Ahora es más válido repartir comida, construir acueductos y alcantarillados, convertirnos en educadores, encerrar gente y, en última instancia, abarcar todos los aspectos del funcionamiento social "medicalizándolo".

Tienes entonces toda la razón cuando afirmas que este concepto "no aporta al conocimiento y comprensión de las enfermedades y de los enfermos, sino que es el resultado del actual desarrollo de la explicación de estos hechos". En suma, la definición es posterior a la práctica y trata de legitimar la intervención de la medicina en todos los aspectos del "problema de la vida", con claro afán por usufructuar el actual estado de cosas" y como "distractor de utilización ideológica y política al servicio de intereses inmediatistas".

La propuesta que surge más adelante en tus escritos, sin embargo, para delimitar el campo, es desechar por "irrelevante" o prescindir del concepto "salud", como opuesto a enfermedad y viceversa. Aquí me surgen las primeras dudas en varios sentidos:

1. El desechar el concepto "salud" no garantiza que el otro concepto, "enfermedad", esté bien delimitado, y agrego que al igual que el primero, y quizá por las mismas causas, se ha "salido de madre" como nuestros ríos en invierno. Más aún, fue de seguro el concepto de enfermedad, tras el poder médico, el que desbordó inicialmente los límites.

2. Si bien es necesario rechazar los planteamientos utópicos, sin piso histórico y biológico, así como desenmascarar los contenidos ideológicos (teleológicos, idealistas, metafísicos), no veo por qué no pueden establecerse "metas" que no tengan las características de "últimas" o "finalistas", ni tampoco se expresen en términos de enfermedad y muerte.

La primera consideración merece por sí sola un capítulo extenso. Trataré de esbozar las ideas centrales sin entrar a repetir los análisis históricos, sociológicos y epistemológicos que han enriquecido esta comprensión (Foucault, Illich, Canghilen) y declarando haber recibido grandes aportes del movimiento alternativo a la Psiquiatría y de todo el cuestionamiento surgido a partir del 68 francés, movimiento del que me consideré parte durante y después de mi trabajo en el Hospital Psiquiátrico de Boyacá, donde me vi forzado, al igual que algunos de mis compañeros, a cuestionar el alcance del concepto "enfermedad".

Tomemos aquí a David Bersh, otro pensador colombiano de "El fenómeno de la salud", quien comienza señalando que "en todo concepto se deben distinguir: a) sus propiedades esenciales o contenido, y b) su extensión". En su análisis se dedica al primer punto y deja de lado el segundo, sobre el cual quiero ahora recapacitar.

Es muy útil la cita que el mismo autor hace de Donald A. Schon, en su libro Desplazamiento de los Conceptos, y la explicación de que "los nuevos conceptos surgen de viejos conceptos gracias a algunos ajustes y combinaciones, lo cual da como resultado algún grado de cambio de los conceptos ya existentes más que la formación de algo verdaderamente nuevo", en cuanto explica un proceso dinámico y nos retrotrae a la lingüística; pero tampoco es el caso de profundizar aquí en el campo del signifiante, sino de señalar definitivamente que el concepto actual de enfermedad tiene una extensión inaceptable en sí mismo y por sus implicaciones, y que esta extensión (desplazamiento) tiene que ver con un devenir histórico.

Bersh se refiere entonces a "palabras acuñadas culturalmente", expresa que el concepto "cumple satisfactoriamente su papel cultural" y que "utilizando la terminología de Schon, es hora de desplazar el concepto a una posición más acorde con las teorías actualizadas de las ciencias biológicas y sociales".

Considero en este punto que el Materialismo Histórico nos permite superar ampliamente lo "cultural", para entrar al terreno de lo ideológico como "representación de la relación imaginaria entre los individuos y sus condiciones reales de existencia" (Althusser), es decir, sabemos que la forma de pensar depende de unas relaciones sociales determinadas, que a su vez tienen piso en unas relaciones económicas, que dependen de la posesión de los medios de producción. Una vez aceptado lo anterior no se resuelven todos los problemas, porque, como señalaba en mis últimas conferencias sobre "salud mental", la ideología ha penetrado tan profundo en nuestra conciencia, que no sólo deforma el objeto del conocimiento sino la misma forma de conocer.

¿Cómo la burguesía dominante introdujo un pensamiento dominante, con sus expresiones positivistas e individualistas?, no es tampoco objeto de este ensayo, pero sí definir que fue en este preciso momento de la historia (que permitió el desarrollo de las ciencias biológicas), cuando se dio el gran desplazamiento, la gran extensión del término enfermedad, desde la práctica médica hacia una gran cantidad de fenómenos humanos. Fue el momento histórico donde se empezó a sustituir el sacerdote, hasta allí indispensable para nacer, vivir y morir, por el médico. Los conceptos religiosos que intentaban explicar todos los fenómenos humanos, dieron pa-

so progresivamente a los conceptos biologicistas, que también intentaron, a partir de grandes éxitos iniciales, abarcar todos los fenómenos de la vida humana.

Un gran desplazamiento del poder, en síntesis, del sacerdote al médico, que una vez más y como señalas en tu primer libro, no muestra otra cosa que "la relación que hay entre esta forma de pensar científico y los intereses de una clase dominante que basa su eficacia en la dominación, en mantener oculta esa totalidad, interesada en mostrar al mundo como a miles de individuos con iguales posibilidades y no como a un sistema de dominación de clases".

Resumamos, entonces, a partir de esa toma de poder, el desplazamiento ideológico. Señalemos las implicaciones de que las palabras bien y mal, de profunda connotación religiosa, lleguen hasta la definición de salud de la OMS. Bienestar y malestar son, pues palabras que aún llaman a explicaciones religiosas del mundo. Estar bien o estar mal dependió de Dios hasta el surgimiento de la burguesía y con él el de las ciencias biológicas y la toma de poder médico. Una gran cantidad de malestares encontraron una explicación biológica que se creyó única y suficiente.

El agente externo era el culpable como bien señalas, a partir de aquí. Pero un momento. El agente se encontró en algunos "malestares", la lesión se encontró en otros. Se presumió entonces que siempre la lesión obedecía a un agente, que siempre el agente producía una lesión y, cuando no aparecía ni uno ni otro, ello significaba simplemente que no se había encontrado aún.

Este modelo de causalidad externa, luego lesión interna, luego signos, luego síntomas, luego consecuencias en incapacidad o muerte, se impone como pensamiento dominante. Aquí se produce el desplazamiento y la extensión. Algunos malestares = enfermedad como proceso biológico, con la anterior secuencia; progresivamente todos los malestares deben obedecer a dicha secuencia y comienzan a clasificarse, no por la demostración de todos los elementos de la misma, sino tan sólo con la presencia de algunos.

Así, unos se integraron por la presencia del agente externo, otros por la lesión demostrable, otros por los signos, otros por los síntomas, otros por la incapacidad y otros por la muerte. Ello permitió que, definitivamente, la palabra malestar se asimilara a enfermedad, pues es difícil concebir algún malestar que no cumpla al menos con uno de estos requisitos. La toma de poder se dio, sin embargo, más en función de los intereses de la clase dominante y como resultado de las contradicciones sociales, que de los mismos conceptos. Intereses económicos y de control social fue-

ron extendiendo el campo de lo médico hacia el comportamiento humano en sus más diversas esferas, apoyándose en estos conceptos.

El mal se ubicó dentro del individuo que moría, no producía o no cumplía las normas de vida que el poder había establecido como "buenas", de acuerdo a sus intereses. El malestar originado en una situación concreta de vida se constituyó en enfermedad y los médicos debían tratar las enfermedades dentro del individuo. La incapacidad se definió también en términos del trabajo asalariado, de productividad a cambio de dinero y, donde no hay productividad, hay incapacidad, que la medicina tiene que curar para que el individuo vuelva a producir.

Por el contrario, bienestar es capacidad de producir, es sentirse bien en la sociedad, "adaptado" a una situación concreta de vida, no importa cuál le imponga o haya resultado de la organización social, mientras venda su fuerza de trabajo sin interrupción. Así la medicina entró a los hospicios, manicomios, fábricas, cárceles y siguió penetrando hacia cantinas, burdeles, para asumir finalmente todo el proceso de reproducción de la fuerza de trabajo en la familia buscando y diagnosticando en las menores señales de desadaptación del trabajador, su pareja y sus hijos, el mal que habría de curar. Por extensión empezó a diagnosticar grupos sociales enteros, aunque siguió tratándolos individualmente.

Es tiempo de citar a Alvaro Villar Gaviria, cuando señala la importancia del tema de la clasificación de las enfermedades.

"Nadie parece escandalizarse porque éstas se hagan por el sistema de votos. Como ocurrió con las conductas homosexuales que recibieron un número en la clasificación, no sólo de las enfermedades, sino lo que es más extraño todavía, de las enfermedades mentales. Pero así como se decidió en una votación clasificarlas de esta manera en 1952, poco más de dos décadas después, en 1973, por el mismo sistema de votos y por mayoría, dejó de ser enfermedad mental de un día para otro".

"Lo mismo ocurrió hace poco tiempo, según datos de la revista TIME de diciembre de 1985, que se refiere a una reunión de la Asociación Psiquiátrica Americana que tuvo lugar en noviembre del mismo año, cuando un grupo de mujeres feministas logró que se cambiara una supuesta enfermedad llamada "Desorden de la personalidad masoquista", por "Desorden de la personalidad autovencida" y se logró el trueque que contentó a los grupos de votantes".

"Que puede pensarse de una clasificación que toma como base un sistema electoral y que a su vez sirve de expresión para los gustos, las opiniones, los prejuicios de los integrantes de un evidente sistema de poder".

Resumamos entonces:

Algunos malestares = enfermedad

Todos los malestares = enfermedad

Ningún malestar = ausencia de enfermedad

Bienestar = ausencia de enfermedad

y posteriormente...

Ausencia de enfermedad = salud

Bienestar = Ausencia de enfermedad

Bienestar = salud

Es pues, en primera instancia, la toma de poder del modelo médico y de la práctica médica la que condiciona la extensión por analogía del concepto salud, por lo cual no creo que el problema se resuelva descartando el concepto "salud".

Aquí encuentro inaceptable el análisis de David Bersh del bienestar y el malestar. Comienzo definiendo malestar como "la señal que indica la presencia de un hecho o una acción en el organismo que debe ser suspendido o eliminado".

"Entendido así el malestar es un medio de los utilizados en el proceso vital para lograr el fin de prolongar efectivamente tal proceso" y, posteriormente "El bienestar es sólo la señal de que el proceso vital está transcurriendo en forma adecuada". Si bien en el párrafo anterior advierte "Limitándonos el cambio biológico lo contrario de bienestar sería el malestar, que es la señal indicadora de que ocurra algo indeseable"... después sigue utilizando los términos sin delimitar ese campo biológico llegando a la definición final propuesta.

Prosigue: "Considero el fenómeno "salud" como el proceso continuo de variaciones ininterrumpidas que acompañan el fenómeno vital en el hombre, y cuyos efectos sobre dicho fenómeno se reflejan en el grado de éxito que este fenómeno tenga en el cumplimiento de su fin último".

"Entiendo lo que tradicionalmente se ha llamado enfermedad como algunos extremos de dichas variaciones".

"Veo los cambios de la sensación subjetiva llamada bienestar como señales indicadoras de variaciones extremas que amenazan el proceso vital y por lo tanto entiendo el bienestar como un medio para que tal proceso alcance su fin último".

¿En qué punto, me pregunto, olvida que venía limitándose al "Bienestar biológico" opuesto al "malestar biológico", acción en el organismo, y desaparece mágicamente el término biológico pasando a definir bienestar como "sensación subjetiva que permite alcanzar con éxito el fin último de la vida", si no hay variaciones extremas ("enfermedades")? ¿Cómo convierte en iguales los conceptos bienestar biológico y bienestar, cuando previamente se refería a los tres ámbitos clásicos, biológico, mental y social? ¿Cómo se refiere a la enfermedad como variaciones extremas del bienestar, olvidando de cuál ámbito había partido?

Lo que pretendo señalar es que acepto que el malestar puede ser la sensación subjetiva de amenaza al proceso vital, aunque también reúne elementos muy objetivos y medibles en nuestra sociedad. Pero, ¿de donde acá las amenazas al proceso vital sólo provienen del campo biológico? ¿Y las variaciones extremas del proceso continuo de la vida, que afectan el cumplimiento de su fin último, sólo son enfermedades? Parece que se quisiera meter un elefante en un automóvil compacto.

No creo que esa sea la intención del autor, sino que simplemente olvida, y no ha debido hacerlo en rigor del desarrollo de su pensamiento científico, seguir utilizando el determinativo biológico al avanzar en los párrafos. Olvido que es en última instancia propio del pensamiento médico, es decir ideológico vigente.

Debo precisar entonces que los conceptos bienestar y malestar son mucho más amplios que los términos salud y enfermedad, en su concepción popular y en cualquier diccionario, incluido el de sociología que tú citas. Por tanto, impide el rigor científico y metodológico utilizar estos términos, sin su complemento "biológico", "corporal" u "orgánico", para referirse a la salud o la enfermedad.

De todo lo anterior se deduce, igualmente, que no acepto la extensión de la "enfermedad" a otras cosas que no demuestren "alteraciones extremas con respecto a indicadores biológicos", que deben ser objetivas y medibles, no subjetivas. Es decir, que no deben definirse alegremente enfermedades solamente por sus causas, ni por sus síntomas, ni por sus efectos, que es necesario encontrar alteraciones dentro del organismo, es decir un proceso demostrable y que pueda separarse de las variaciones continuas menores. Lesión, o grave alteración del funcionamiento de acuerdo a indicadores fisiológicos.

Aquí entramos en dos terrenos: el de lo normal y lo patológico, junto con el equilibrio y el desequilibrio y, por otra parte, en el de enfermo y enfermedad. Creo que los dos primeros temas han sido expuestos ampliamente por diversos autores y es claro para mí el atrevimiento de la medicina al definir lo normal y lo patológico.

Atrevimiento, cuando se pretende señalar como patológico el simple alejamiento del promedio. Atrevimiento, cuando se interpretan como patológicos procesos que afectan a la mayoría de la población. Aunque opuestas lógicamente, las dos formas de pensar sirven para diagnosticar y, en el fondo, lo único que demuestran es el apego a modelos o ideales de normalidad con gran contenido ideológico, y la necesidad de tomar poder sobre estos fenómenos.

Sin diagnosticar no se puede actuar sobre, validar la intervención, al igual que sin insultar no se puede pegar. Se puede tratar a un enfermo o se puede pegar a un mal tipo, pero no es posible tratar a un sano ni pegar a un buen tipo. La calificación, o mejor, la descalificación, no es siempre la causa de la intervención, sino la excusa para ella, lo que me hace recordar por cierto el genocidio norteamericano o la estrategia del Tercer Reich para invadir Polonia. ¿Hasta dónde la medicina no inventó indios asesinos para robarles sus tierras o polacos invasores para justificar acciones armadas?

En este punto, sólo falta el esquema de Leavell y Clarck y el concepto de la prepatogénesis, pues "en la práctica la enfermedad existe antes de percibirla o detectarla". "El sano no está realmente sano sino que simplemente no se ha descubierto su enfermedad". Sería el pensamiento que legitimaría el quehacer médico sobre todos aquéllos que restaban por atrapar. El desarrollo de la genética y la inmunología ha llevado a los más retardatarios exponentes del pensamiento médico a afirmar que todos estamos marcados para sufrir tal o cual enfermedad. Una vez más, enfermedad que está dentro de los individuos, por supuesto, donde corresponde actuar, dejando de lado cualquier otra consideración "desviacionista".

Pero la formulación de la prepatogenicidad y frases como "en la práctica la enfermedad existe antes de percibirla o detectarla", junto con la dificultad de establecer el punto de ruptura entre el equilibrio y el desequilibrio o entre lo normal y lo patológico, la señalización de malestar como "sensación subjetiva", el diverso grado de tolerancia al dolor, la cantidad de "enfermedades" sin procesos patológicos demostrables; la queja de los pacientes en la seguridad social de que no son entendidas sus enfermedades y las de los médicos de que la gente consulta sin estar enferma; los sanos que se mueren y los enfermos de cáncer que se recuperan. Todo ello hace pensar que algún problema de interpretación o comunicación existe en la relación médico-paciente o, mejor aún, que el pensar médico vigente no entiende al enfermo.

Y es que no puede entenderlo, en primer lugar porque no está formado para ello. Está preparado para entender enfermedades, para tratar enfermedades "objetivas" y desechar las expresiones subjetivas como velos que ocultan la realidad. Para tratar órganos, máquinas que funcionan mal y deben ser arregladas, idealmente por piezas, en las cuales tiene mayor experiencia. En este ámbito la medicina occidental está ciega, atrasada incluso frente a la medicina oriental y de aquí gran parte de su fracaso. Pero en dicho ámbito, a mi modo de ver, también está atrasado el análisis teórico del problema de la enfermedad, cuando se pretende asimilar enfermo a quien presenta determinada enfermedad, y enfermedad a lo que tiene el enfermo.

Para plantear el problema podríamos suponer tres categorías:

a. Enfermedades sin enfermos, una persona con una "Ca. insitu", un ejemplo más extremo, o con una infección por virus de SIDA, que parece puede estar latente por varios años sin que la persona lo sepa o presente molestias de algún tipo, que le impidan llevar una vida sin limitación de sus capacidades biológicas y sociales.

b. Enfermedades con enfermos, cuando el proceso patológico es claramente demostrable y afecta seriamente las capacidades biológicas y sociales del individuo, independientemente (si ello es totalmente posible) de su subjetividad. Ejemplo: un proceso neumónico agudo.

c. Enfermos sin enfermedades, cuando no existe un proceso patológico demostrable (y cuando hablo de proceso patológico me refiero a orgánico), pero la sensación de malestar e incapacidad biológica o social del individuo, o de quienes le rodea, hace que se solicite la atención médica o, definitivamente, se practique con base en síntomas.

Es claro, además, que frente a un mismo problema físico las respuestas de los individuos varían en un rango similar a la curva de Gauss y, por tanto, todas las considero normales. A un extremo quienes atraviesan la enfermedad sin darle ninguna importancia. Al otro quienes se sienten morir, totalmente incapacitados biológica y socialmente frente al mismo proceso. Extremos válidos al considerar desde un resfriado hasta un proceso mortal.

Parece a primera vista incomprensible que la medicina no haya enfrentado seriamente el problema del enfermo, el cual definitivamente requiere una óptica distinta al de la enfermedad, al menos si se pretenden mejores resultados. O cuando lo ha abocado, lo ha hecho tratando este problema como "enfermedad" (neurosis, por ejemplo), es decir, nuevamente negándole su ámbito real.

Pero, es evidente que el profundizar en este campo resulta engorroso, especialmente porque se desvía hacia el terreno de la problemática individual y social, en el cual surgen compromisos que no interesan al éxito profesional.

Y es indudable también, que el malestar de los individuos tiene origen fundamental en sus condiciones de vida, consecuencia de su ubicación micro y macrosocial. Es evidente, así mismo, como señalaba en el Congreso Mundial de Medicina Social, que existe una deformación del conocimiento correspondiente a un período histórico y a unas relaciones sociales determinadas, que se constituye finalmente en aparato ideológico del poder, tendiente a la reproducción de la fuerza de trabajo y a la conservación del "statu quo".

Describía la manipulación del sujeto, las condiciones que determinaban individuos normalizados y normatizados en un funcionamiento neurótico y limitado, buscando en sus actos o en su cuerpo permanentemente el origen de sus problemas.

Campo abonado para que entre el aparato médico y el psicologizante a reforzar la existencia del problema en el interior del individuo y el grado de alienación continúe en aumento. Es la filosofía del ganador y el perdedor, en un concepto individualista del éxito social, donde sólo cada sujeto es responsable de su capacidad o incapacidad, éxito o fracaso.

Dice Giovanni Jervis: "El desprecio hacia la inferioridad de los enfermos mentales, de los asociales, de los criminales, de los pueblos coloniales, hacia los pordioseros de las clases subordinadas, iba acompañado de la imagen triunfante del derecho

histórico o biológico del burgues blanco dominador y colonizador, de su cultura, de su moralidad intachable y compacta".

El concepto de la inferioridad biológica es esencial para la dominación. El convencer a los individuos de que el problema está dentro de su cuerpo es la forma efectiva de suprimir el conflicto individual y social.

Tú señalas en el documento del Taller Latinoamericano de Medicina Social que existe una "intencionalidad encubridora de las causas" y que "los pacientes piensan que los culpables de la enfermedad son ellos por "de malas" o por "malas" y demuestras la alianza entre la sotana negra y la bata blanca, al adaptarse perfectamente a las concepciones populares acerca de la enfermedad, su origen y explicación.

Pero creo que la intencionalidad encubridora se une con la concepción popular en dos aspectos, el primero ya definido como "aparato ideológico del poder", pero el segundo no suficientemente evidenciado en el mecanismo de defensa, en la economía síquica del mismo individuo, que prefiere asumir una enfermedad a sumergirse en un conflicto que puede traer graves consecuencias ante la amenaza social y económica en que permanentemente vive. Un trabajador tensionado por las malas condiciones de trabajo prefiere aceptar la pauta legal social de acudir temporalmente al médico por su cefalea y tensión arterial o úlcera en aumento, que plantear el conflicto a nivel laboral, por el riesgo que ello implica hasta que el y su médico, a dúo, acaban por adentrarse en una enfermedad aislada de todo contexto, explicación única del mal dentro del individuo, desviación o desplazamiento del problema inicial a uno asumible y que pueda generar para ambos ganancia secundaria.

En ésta y muchas otras condiciones de vida creamos primero al enfermo y por no enfrentar adecuadamente el problema del enfermo, surge la enfermedad.

Creamos muchas veces enfermos con diagnósticos innecesarios que marcan para toda la vida a las personas. Individuos con enfermedades que sólo producirían incapacidades parciales o para algunas actividades específicas, acaban convirtiéndose en enfermos totales, incapaces para el desenvolvimiento biológico o social.

En suma, creo que el "enfermo", es un fenómeno social más que un producto de la enfermedad, (proceso orgánico), y como tal debe ser asumido por otro conocimiento distinto del médico tradicional. Corresponde enfrentar esta subjetividad macro y microsocialmente determinada a otras disciplinas.

No creo, por todo lo anterior, que se pueda seguir hablando de enfermo y enfermedad indistintamente, aunque el malestar social produzca enfermos y posteriormente enfermedades, aunque las enfermedades produzcan enfermos y malestar social.

Considero que el campo de conocimiento y acción para enfrentar el problema del enfermo es mayor que el de la enfermedad como proceso biológico; quizá sea el campo que le estamos tratando de delimitar a la salud, pues tú mismo reconoces que "el concepto salud es un concepto mucho más amplio y popular". Pero tampoco es un campo tan amplio como el del bienestar.

Pero ya es hora de pasar al segundo punto de los planteados inicialmente.

Comenzaré citando a Giovanni Jervis "No es posible trazar una línea de demarcación entre las reales y auténticas enfermedades y los estados de invalidez, el malestar, la incapacidad general de desarrollar en las relaciones con los demás los recursos potenciales del propio organismo. Se ha visto cómo una persona puede ser declarada oficialmente "curada" de una enfermedad y no estar bien; éste no estar bien es al mismo tiempo un problema biológico y un problema social, pero, en último término es un problema social".

"Gran parte de los trastornos que sufren actualmente los proletarios son inextricables estados de dolencia sico-física, en los que interviene trastornos síquicos, trastornos sicosomáticos, afecciones crónicas y recidivas, frustraciones, temores, e inseguridades complejas".

"En realidad, el significado de "no estar bien" es mucho más amplio de lo que lo hemos examinado hasta ahora. Un obrero metalúrgico llegado a la jubilación puede estar (aunque es raro que ocurra) en buenas condiciones físicas; pero hallarse al mismo tiempo, en una situación social y psicológica tal, que ya no tenga muchos motivos válidos para vivir: puede no tener ocasiones posteriores para explicitar energías y afectos de los que se siente capaz. Entonces es como un inválido "e incidentalmente, es muy probable que en tal situación se convierta de hecho, en el término de poquísimos años, en una persona en malas o pésimas condiciones de salud.

"Puede darse otro ejemplo. Un joven técnico regresa del trabajo extenuado y nervioso y se refugia ante la televisión negándose a la relación con los demás: no está en términos precisos, enfermo de cuerpo ni de mente, pero tampoco es una situación que pueda considerarse de salud real y de bienestar".

"Más aún, la condición del ama de casa, especialmente si es una de clase social subordinada, es la de una persona a la que se le impide utilizar y disfrutar el propio cuerpo y la propia mente y de hecho uno y otra se disgregan en el transcurso de unos años de servidumbre al marido y a la cocina, al cuidado de los hijos, en la consunción de la propia inteligencia en todas las consolaciones pequeño burgueses, que hoy invaden incluso la vida privada del proletariado".

"Un niño que, por clase social, tierra de origen o color de la piel, sea discriminado en la escuela, se convierte muchas veces en la práctica en un insuficiente y por otra parte se convence rápidamente de que éste es su propio límite y su propio destino. Respecto a sus posibilidades iniciales, no sólo tendrá al comienzo de la edad adulta el puesto que corresponde a un subordinado, sino también muchas veces la mente de un desventajado. Es impresionante la cantidad de talento, inteligencia e imaginación que la escuela y la educación actuales destruyen en los niños de las capas sociales no privilegiadas. En ocasiones puede demostrarse "in vivo" siguiendo el destino social y psicológico de algunos niños proletarios desde el parvulario a la enseñanza media. En algunos casos, la destrucción de sus capacidades mentales, en el transcurso de cinco o seis años es tan inmensa que hace pensar —por analogía— en un trastorno síquico en el sentido tradicional".

Retomemos algunos elementos claves del texto de JERVIS que me han hecho pensar desde hace algún tiempo en el problema de definir "metas de salud" o de objetivar el fenómeno salud, sin carácter finalista o teleológico.

El primero sería la incapacidad de desarrollar los recursos potenciales del propio organismo y se refiere, con ejemplos, a evidentes condiciones sociales (en nuestro país podríamos decir patentes), que impiden que las potencialidades de un niño al nacer (potencialidades genéticas, haciendo abstracción de problemas hereditarios o congénitos) se desarrollan a plenitud: potencialidades de crecimiento, potencialidades intelectuales, potencialidades inmunológicas, potencialidades sexuales, potencialidades físicas, potencialidades de afecto, potencialidades de defensa, etc., todas ellas objetivables con mayor o menor precisión y las que sabemos alcanzan en más alto grado niños de otra condición social.

El segundo elemento sería la pérdida progresiva de estas potencialidades o la pérdida más temprana, derivada igualmente de condiciones concretas de vida dentro de un ámbito de relaciones macro y micro sociales. Algo que sin mucho éxito define nuestra amiga Cristina Laurell y otros ortodoxos del marxismo, como "Desgaste", categoría con clara implicación en una concepción del cuerpo obrero como máqui-

na y por tanto insuficiente para explicar la pérdida de potencialidades sexuales o intelectuales, cuando en ocasiones la pérdida obedece más a la falta de uso que al desgaste por exceso y el desarrollo más a la permanente utilización, caso del intelecto.

El problema aquí, como tú señalas, es que se pretenda una relación unicausal, directa, entre pobreza y enfermedad o explotación y enfermedad. De ahí que al Congreso Mundial de Medicina Social me refería jocosamente, el último día, como "La búsqueda de la categoría perdida", cuando hubo consenso de que no era posible continuar trabajando con categorías tan generales.

Por otra parte, también JERVIS en sus escritos se refiere a "estados de no salud", que no son propiamente enfermedades.

"Una persona que lleva años sufriendo del hígado, de diferentes trastornos crónicos, de obesidad o de artrosis, casi nunca se considera enferma, porque su vida transcurre casi normalmente pero no puede decirse que goce de buena salud. Alguien puede haber estado sometido a varias intervenciones quirúrgicas por motivos diversos y durante el resto de su vida ya no será "como antes", o bien sufre una invalidez grave procedente, por ejemplo, de un accidente de trabajo. Otra persona lleva años sufriendo de insomnio, tiene frecuentemente períodos de "agotamiento" en los que se siente desplazada, angustiada y no consigue trabajar. Todos éstos no son ejemplos de enfermedad tradicional, pero tampoco de salud".

"El discurso debe ser llevado más lejos y no siempre se refiere, claro está a los trastornos leves. Sí Salud es el pleno gozo de las propias capacidades físicas y síquicas, no goza en absoluto de salud quien por motivo de miserias y de ignorancia come de manera insuficiente o poco apropiada, no goza de salud quien vive en ambiente malsano, quien trabaja en condiciones ambientales que destruyen progresivamente su físico y tampoco goza de salud la persona de mediana edad que, siempre mal curada de las más diversas enfermedades, camina hacia una aceleración de la propia decadencia, tiene una vejez enferma y muere antes de hora".

"En la actualidad las condiciones más frecuentes de no salud son de este tipo. Unas décadas atrás, el problema de la salud era más sencillo. La defensa de la Salud se refería especialmente a las enfermedades infecciosas graves. En la era preantibiótica las amenazas principales eran, en efecto, las enfermedades bacterianas agudas, la pulmonía, el tifo, la difteria y algunas epidemias. También la Tuberculosis era una enfermedad mucho más aguda. Estas amenazas iban acompañadas de las consecuencias de una grave falta de higiene en la infancia y constituían en general he-

chos limitados en el tiempo; quien enfermaba, moría o sanaba, pero si sanaba volvía a hacer la persona de antes".

"Hoy la situación ha cambiado radicalmente, si bien persiste falsamente una imagen habitual de la salud y de la enfermedad igual a la de ayer. Las enfermedades infecciosas agudas han sido vencidas en gran parte y rara vez son mortales. Han aumentado, en cambio, los estados crónicos de no salud. Estos no son siempre -sobre todo al comienzo- auténticas enfermedades. Son insuficiencias de órganos y aparatos, lesiones parcialmente anuladoras, o bien estados de dolencia de curso lento e inadvertido durante años, pero cuyas consecuencias pueden ser fatales. Han aumentado la arterioesclerosis, las enfermedades cardíacas, los tumores, los trastornos llamados nerviosos. Los venenos del aire, de las comidas, de las drogas voluptuosas, como el alcohol y el tabaco y las propias medicinas cumplen a este respecto un papel fundamental al propiciar, determinar y mantener un estado de no salud".

Estoy de acuerdo fundamentalmente con Jervis en la definición de "estados de no salud que no son propiamente enfermedades" coincidente con la afirmación de que el campo de la salud es mucho más amplio que el de la enfermedad.

Centrémonos en dos aspectos: condiciones de vida conducentes hacia la enfermedad y secuelas de enfermedad, tomando el modelo desde el ángulo de progresión en el tiempo.

En este sentido creo que la consideración del fenómeno enfermedad como un proceso, es un significativo avance teórico en tus escritos, así como en los de David Bersh. Proceso que acompaña el mismo fenómeno de la vida y no un estado opuesto a una vida concebida en términos de salud ideales, ajena a toda realidad.

Igualmente "La evaluación del concepto de causa, como algo activo, determinante en sí mismo, hacia el concepto de factor de riesgo como un elemento pasivo, el cual sólo adquiere connotación causal o mejor determinante, en una estructura determinada" (estructuras causales dinámicas).

Retomemos el ejemplo del trabajador "tensionado" por las malas condiciones de trabajo, otros problemas económicos y de relaciones familiares, microorganismos asociados, hábitos alimenticios, etc, además de una predisposición orgánica a alimenticios, etc., además de una predisposición orgánica a volcar su angustia sobre el

estómago y desarrollar una úlcera, quien por cierto prefiere inconscientemente la enfermedad al conflicto.

Ubiquémonos en el gráfico siguiente: Una posibilidad para él sería empezar a sentir molestias gástricas, después desarrollar una úlcera y morir por una hemorragia digestiva. Otra posibilidad sería empezar a sentir molestias gástricas, desarrollar una úlcera y seguir con el proceso ulceroso o repetición hasta su muerte por otra causa.

Una tercera posibilidad, comenzar por las molestias gástricas, desarrollar una úlcera que remite, bien por tratamiento o "naturalmente", continuar sintiendo molestias después de la remisión, bien debidas al mismo proceso o secuelas de la acción médica, por ejemplo intervención quirúrgica.

Una cuarta posibilidad, comenzar por las molestias, desarrollar la úlcera y bien debido a disminución de los factores que dieron lugar a ella (cambio de trabajo, de hábitos alimenticios, solución de problemas económicos, etc.) o por la acción del tratamiento, o ambos, conducir a una remisión completa, desapareciendo todas las molestias.

Una quinta empezaría por las molestias gástricas, sin desarrollar nunca una úlcera, molestias que se convertirían en crónicas.

La sexta posibilidad iniciaría por las molestias, que por cualquier factor desaparecería tras un tiempo.

Aunque cabrían muchas más alternativas, derivadas de las seis anteriores o no, el esquema es útil para señalar el espacio intermedio entre el enfermo y el no enfermo, descrito como estado de no salud por Jervis, o pasos en la escala enfermo-no enfermo que tú propones para determinada enfermedad.

También me da pie para ubicar las acciones que no son propiamente curativas, o dirigidas a la enfermedad como proceso patológico demostrable: el trabajo sobre los factores de riesgo, hábitos de vida, forma de respuesta, incapacidades derivadas, etc. que no puede ser objeto tan sólo de la medicina, sino de una serie de profesiones capaces de conocer y actuar sobre el proceso, pero fundamentalmente sobre la estructura causal y las consecuencias.

Una vez más, estoy definiendo el campo de la salud y limitando el campo de la enfermedad, el campo de lo médico, en contraposición al modelo vigente que pretende extender al segundo nivel el campo de la intervención médica.

Si traemos de nuevo la definición de enfermedad de Bersh, cuando habla de "algunos extremos de dichas variaciones", por supuesto el segundo nivel no corresponde a variaciones extremas medibles y objetivables que deban definirse como enfermedades.

Quiero señalar múltiples condiciones como la obesidad, que en algún grado afecta a más de la mitad de la población femenina en nuestro país, o la disminución de la agudeza visual de cerca, que afecta al 100% de la población mayor de 50 años.

La mayor parte de las mujeres permanecerán en el señalado segundo nivel, sin volver al primero y sin que esa obesidad moderada sea causa de enfermedad propiamente dicha o de muerte, si bien tal condición se sume a otros factores aumentando el riesgo de ciertas enfermedades y de hecho signifique una disminución de capacidades físicas, como la agilidad.

A los segundos, los clasificarán como miopes e hipermétropes sin que exista proceso patológico alguno, sino simplemente (para la mayoría) un proceso degenerativo de los elementos transparentes del ojo, que implica disminución de su capacidad visual o potencialidad, incapacidad susceptible de ser superada con ayuda de aditamentos (rehabilitar).

No se puede decir que el proceso degenerativo del ojo sea distinto al proceso degenerativo de la piel, y a las arrugas no se las define como enfermedad. La única diferencia es la incapacidad que el primero significa en nuestra sociedad.

¿Qué decir de síndromes como la hipoglicemia reactiva, diagnóstico ahora de moda? (como fue moda en los sesenta la extirpación de las amígdalas hipertróficas o en el setenta los zapatos ortopédicos hasta que quedó sentado definitivamente que la mejor manera de formar el arco del pie era dejar de caminar a los niños descalzos). Este síndrome parece no ser otra cosa, en la mayoría de los casos, que malos hábitos alimenticios. ¿Quién me convence de que la deuteranopía, que me hace ver distintos los colores a la mayoría de las personas, sea una enfermedad? ¿O la calvicie del hombre adulto o el síndrome de dolor lumbar y cientos más...?

Y por cierto que no he querido entrar en el campo de las mal llamadas "enfermedades mentales", tema sobre el cual he escrito muchos artículos y he hablado públicamente por varios años, negando que sean tales.

Quiero volver al punto en cuestión, a partir de haber propuesto con bastante claridad que el campo de la enfermedad y de la intervención médica debe limitarse y definir un segundo campo el de la salud, de acción transdisciplinaria, para trabajar sobre el proceso, especialmente al nivel de estructura causal y de consecuencias o incapacidades, a nivel del enfermo entendido socialmente; de los estados de no salud o pérdida de la salud que no son propiamente enfermedades.

Y me atrevo entonces a proponer una definición de Salud que sería algo como esto, a mi entender: "desarrollo armónico y conservación de las potencialidades del cuerpo humano (físicas, intelectuales, sexuales, de comunicación, inmunológicas, de defensa, etc.) al grado que es posible con los conocimientos y progreso de la sociedad humana en cada época, para beneficio individual y de la sociedad.

Esta propuesta señala que es posible fijar metas en un período histórico, metas que han sido alcanzadas con base en el desarrollo de las fuerzas productivas como motor de la humanidad, bien en algunos países, bien por grupos sociales de otros.

En suma, que la definición de Salud, como la de enfermo, debe tener carácter social y una ubicación histórica. Por supuesto, un carácter político, pero no teológico ni idealista sino bien amarrado a términos materiales.

Por otra parte, bien deslindado del concepto de bienestar social, que abarca muchos otros campos de las necesidades humanas, también "increciendo" con el desarrollo de las fuerzas productivas, por no decir todos los campos.

No es lo mismo la desnutrición a finales del Siglo XX de lo que era antes de la tecnificación agrícola. No es lo mismo el parasitismo intestinal hoy, ni las enfermedades derivadas del trabajo, ni la menopausia, ni la morbi-mortalidad perinatal, ni la epilepsia, ni las enfermedades infectocontagiosas, ni la miopía, ni las caries dentales, ni la privación sico-afectiva, ni la depresión, ni el stress, ni la longevidad.

Unas porque la humanidad sabe cómo evitarlas y otras porque la nueva forma de vida las ha originado. Por ello la salud debe ser definida en términos sociales e históricos.

En un gráfico sencillo definiría bienestar social como un círculo muy amplio, Salud como un círculo menor dentro de él y enfermedad como un círculo más pequeño aún, de acuerdo a las necesidades de acción, de la enfermedad, el médico; de la salud transdisciplinario o sectorial, incluido el médico, pero sólo como un integrante más del conjunto; del bienestar extrasectorial, en todos los ámbitos distintos al de la salud.

GRAFICO

