

Realizando 'diagnósticos diferenciales' de los modelos teóricos del proceso salud-enfermedad¹

Mag. Madrid Liliana Belén²

RESUMEN

En el presente trabajo emprendimos el desafío de revisar la bibliografía que aborda el estudio de los principales modelos de salud-enfermedad. A partir de las formulaciones de Almeida Filho y Rouquayrol (2008), quienes identifican 4 modelos teóricos, y los resultados de la investigación de Arredondo (1992), donde se identifican 11 propuestas, reconstruiremos, ayudándonos de otras publicaciones consideradas pertinentes, los principales modelos de salud-enfermedad con el fin de observar la definición de enfermedad propuesta por cada uno de ellos.

Perseguimos un especial interés en visualizar qué nivel de valorización existe de los aspectos sociales y culturales en las concepciones de salud-enfermedad expuestas en el presente trabajo, fundamentalmente en aquellas configuraciones que gozan de cierta hegemonía como la biomédica.

Entendemos que la causalidad de la enfermedad no puede ser reducida a un problema individual de índole biológica y consecuentemente de disfunción o alteración orgánica, perspectiva que hemos tenido en cuenta para el análisis de cada modelo propuesto.

Palabras claves: modelos salud-enfermedad, aspectos sociales y culturales

Abstract

In this article we started the challenge of review the bibliography that analyzing the study of the main models of health-disease. From formulations of Almeida Filho and Rouquayrol (2008), who identified 4 (four) theoretical models and the results of research of Arredondo (1992), where identified 11 (eleven) proposals, rebuild, helping other publications considered relevant, the main models health-disease to see the definition of disease given by each of them.

Pursue a special interest in view what level of recovery exist of social and cultural aspects of health-disease presented in this work, mainly in those settings that have some hegemony as biomedical.

We understand that the causation of the disease can not be reduced to an individual problem biological and therefore dysfunction or organic disorder, a perspective that we have considered in the analysis of each model.

Key words: models health-disease, social and cultural aspects.

¹ En medicina el diagnóstico diferencial es el procedimiento por el cual se identifica una determinada enfermedad mediante la exclusión de otras posibles causas que presenten un cuadro clínico semejante al que el paciente padece.

² Cargo académico: Becaria CONICET - UNC PBA
Servicio e institución a la que pertenece. Docente en la UNC PBA
lilianabmadrid@yahoo.com.ar

Presentación

En el presente trabajo emprendimos el desafío de revisar la bibliografía que aborda el estudio de los principales modelos de salud-enfermedad. A partir de las formulaciones de Almeida Filho y Rouquayrol (2008), quienes identifican 4 modelos teóricos, y los resultados de la investigación de Arredondo (1992), donde se identifican 11 propuestas, reconstruiremos, ayudándonos de otras publicaciones consideradas pertinentes, los principales modelos de salud-enfermedad con el fin de observar la definición de enfermedad propuesta por cada uno de ellos.

Perseguimos un especial interés en visualizar qué nivel de valorización existe de los aspectos sociales y culturales en las concepciones de salud-enfermedad expuestas en el presente trabajo, fundamentalmente en aquellas configuraciones que gozan de cierta hegemonía como la biomédica.

Entendemos que la causalidad de la enfermedad no puede ser reducida a un problema individual de índole biológica y consecuentemente de disfunción o alteración orgánica, perspectiva que hemos tenido en cuenta para el análisis de cada modelo propuesto.

I. Modelo Mágico-Religioso

Este modelo entiende a la enfermedad como resultado de fuerzas o espíritus y representa un castigo divino o un estado que pone a prueba la fe religiosa. En consecuencia, las fuerzas desconocidas y los espíritus (buenos y malos) constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad. Este modelo facilita la aceptación de la muerte inminente pero también circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja es que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre. Como seguidores de este modelo podemos nombrar a las sociedades primitivas, desde la edad media hasta la actualidad, teniendo como representantes a chamanes, brujos, curanderos, sacerdotes y espiritistas (Arredondo, 1992).

II. Modelo biomédico

Arredondo (1992) denomina en su investigación Modelo Unicausal a la propuesta biomédica. Decidimos unificar en el término Biomédico esta concepción de enfermedad para una mejor compresión. También dentro de este modelo ubicamos el aporte de Eduardo Menéndez, quien ha descrito la categoría analítica Modelo Medico Hegemónico como la articulación del poder de la medicina con otros poderes (político, ideológico, económico, etc.) cuyos dos objetivos principales son, por un lado, subordinar otros saberes (por eso es hegemónico) y por otro, instrumentalizar una practica biologicista, positivista, deshumanizada, mercantilista, ahistórica y asocial (Maglio, 2009), donde los procesos colectivos determinantes

de la enfermedad son muy secundariamente tomados en cuenta, y donde el sujeto y/o conjuntos son considerados siempre como "pacientes".

Desde el campo de la medicina, la existencia de diversas perspectivas de análisis de los problemas de salud se remonta a la antigua Grecia, representadas respectivamente por la Escuela de Cos y la Escuela de Cnidos. Esta tensión entre una concepción holística del proceso salud- enfermedad, que procura comprender al individuo y sus condiciones de salud en su contexto y una concepción reduccionista y determinista que entiende a la enfermedad como un fenómeno específico que cobra entidad en sí misma, se ha sostenido aún hasta nuestros días (Ciuffolini y Jure, 2006).

El modelo biomédico concibe a la enfermedad como resultado de la agresión de un agente etiológico a un organismo; un desajuste o falla en los mecanismos de adaptación del organismo o una ausencia de reacción a los estímulos conducirían a la perturbación de la estructura o de la función de un órgano, de un sistema o de todo el organismo o de sus funciones vitales (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008; Roa, s/f)). De este modo, observamos que valoriza el mecanismo etiopatogénico subyacente a las enfermedades y privilegia un abordaje semiológico y terapéutico de signos y síntomas. En este marco, la medicina se dedicó a detectar, a través de indicadores precisos, el momento que esta agresión se produce para combatirla o dotar al cuerpo de defensas suficientes y capaces de repeler la acción incursionista de la enfermedad.

El rasgo dominante de la biomedicina es el biologicismo que fundamenta el diagnóstico y tratamiento. Observamos en esta concepción una orientación curativa, a-histórica, a-cultural, e individualista, que instituye una relación m dico³- paciente asimétrica y que excluye el saber del paciente, sus referencias socioculturales (Menéndez, 2008), limitando la posibilidad de narrar su enfermedad obstaculizando la decodificación cultural y médica de los significados de dichas narrativas⁴.

La biomedicina utiliza la dimensión cultural en un sentido negativo, es decir, observa cómo dichos factores favorecen el desarrollo de padecimientos o se oponen a prácticas

³ La dimensión biológica no solo deber ser considerada un principio de identificación y diferenciación profesional, sino que es el núcleo de la formación profesional del médico. El aprendizaje se hace a partir de contenidos biológicos, donde los procesos sociales, culturales y psicológicos son anecdóticos y donde no hay información sistemática sobre otras formas de atención. *"El biologicismo inherente al a ideología médica es uno de los principales factores de exclusión funcional de los procesos y factores históricos, sociales y culturales respecto del proceso salud / enfermedad y de las otras formas de atención consideradas por la biomedicina como formas culturales y en consecuencia excluidas o subalternadas. (...) El médico no tiene formación sobre estos aspectos referidos a su campo específico de trabajo"* (Menéndez, 2008: 25).

⁴ Las dinámicas institucionales tienden a reforzar la orientación de la biomedicina mas allá de los discursos y reflexiones de científicos sociales y autoridades sanitarias; cada vez es menor el tiempo de consulta reduciéndose la palabra del paciente y también del médico. Saizar (2008) expone las consecuencias del tiempo dedicado a cada paciente al momento de la consulta. Señala que el mismo es cada vez menor argumentando que la sobrecarga de la demanda de la atención y la especialización en ramas conlleva el estudio de un solo sistema biológico. Así, ante un dolor de cabeza el biomédico especialista en neurología solicitaría una resonancia sin tocar al paciente y un clínico derive directamente al neurólogo. Surge la sensación de desprotección del usuario y su familia, quienes se perciben solos ante la enfermedad, vagando de un consultorio a otro.

biomédicas que podrían abatirlos pero no se incluyen las formas de atención culturales que podrían ser utilizadas favorablemente para abatir los daños (Menéndez, 2008). Esta negación probablemente encuentra en la identificación profesional con la ciencia la exclusión de las otras formas identificadas con criterios no científicos y con la dimensión cultural. Visualizamos que el criterio decisivo refiere a la racionalidad científico-técnica.

A lo largo del proceso histórico este pensamiento lineal se mostró insuficiente para comprender y explicar la complejidad del proceso salud-enfermedad (Abed, 1993). La evidencia empírica señalaba que era necesario completar el pensamiento biológico incorporando otro elemento que, sumado al agente y al huésped, explicara porqué la convivencia de estos dos factores algunas veces producía enfermedad y otras no. Este modelo desconoce los diversos componentes subjetivos vinculados al proceso salud- enfermedad e ignora su inscripción en un contexto socio- histórico- cultural y económico, en un modo de vida (Ciuffolini y Jure, 2006). Ir mas allá de las explicaciones basadas en lo biológico y en lo individual no implica negar la biología, sino mirar los fenómenos biológicos dentro de sus contextos sociales y examinar las constantes relaciones mutuas entre lo social y lo biológico en múltiples niveles (Diez Roux, 2008).

Posiblemente la mayor crisis operada dentro de la biomedicina se dio entre mediados de los '60 y fines de los '70 (Menéndez, 2008). Las criticas iban dirigidas hacia la perdida de eficacia de la biomedicina, hacia el desarrollo de una relación medico-paciente que no sólo negaba la subjetividad del paciente sino que incrementaba la ineficacia curativa, al desarrollo de una biomedicina centrada en lo curativo y excluyente de lo preventivo, en un énfasis de las actividades asistenciales que incrementaba constantemente el costo económico de la atención de la enfermedad, a las constantes situaciones donde se registraban transgresiones a la ética medica, etc.

Sin embargo, a pesar de las criticas, actualmente observamos una continua expansión de la biomedicina en parte dada por la medicalización no sólo de los padeceres sino de comportamientos, lo cual implica convertir en enfermedad una serie de episodios vitales que son parte de los comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos y que pasan a ser explicados y tratados como enfermedades cuando previamente sólo eran aconteceres ciudadanos⁵. Los sujetos y grupos asumen dichos aconteceres en términos de enfermedad y pasan a explicarlos y atenderlos a través de técnicas y concepciones biomédicas (Menéndez, 2008).

⁵ Un claro ejemplo de la medicalización de la vida actual son los llamados “factores de riesgo” de las enfermedades (tabaco, alcohol, etc.): si una persona los consume, ella es la única responsable, lográndose así la culpabilización de quien es, en verdad, la victima de una adicción. El consumo de dichas sustancias no corresponde siempre a decisiones individuales; por el contrario, se encuentra condicionado por la cultura y estructurados por el mercado, como se evidencia claramente en la publicidad promocional de esos factores: cigarrillos, cervezas, etc. (Maglio, 2009).

III. Historia Natural de la Enfermedad (HNE)

Arredondo (1992) denomina Modelo Multicausal a esta misma propuesta teórica. Por otro lado, este mismo autor identifica un Modelo Ecológico, el cual tiene la misma concepción de enfermedad que el HNE, diferenciándose solo en el abordaje. A los fines de esta tesis consideramos pertinente unificar bajo el Modelo HNE el modelo Ecológico señalado por Arredondo (1992). Asimismo, bajo la denominación HNE ubicaremos otro modelo teórico identificado por Arredondo (1992) denominado Geográfico, teniendo en cuenta que la única diferencia que observamos en la concepción de enfermedad es que refiere a un ambiente geográfico. También es oportuno ubicar el modelo sanitarista desarrollado por Arredondo (1992), teniendo en cuenta la primacía otorgada a las condiciones ambientales insalubres, bajo la denominación HNE. También colocamos el modelo epidemiológico identificado por Arredondo (1992) dentro del Modelo HNE, teniendo en cuenta que su principal preocupación es la identificación de factores de riesgo.

La noción de prevención tiene como fundamento un modelo procesal de los fenómenos patológicos denominado Historia Natural de la Enfermedad (HNE). Se denomina así al conjunto de procesos interactivos que genera el estimulo patológico en el medio ambiente, o en cualquier otro lugar, pasando por la respuesta del hombre al estimulo, hasta las alteraciones que conllevan un defecto, invalidez, recuperación o muerte (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008; Arredondo, 1992). A través del análisis de las variables que incluye este modelo se pueden conocer más de un factor participante en el fenómeno de estudio, sobre los cuáles se puede actuar preventivamente (Arredondo, 1992).

El modelo considera la determinación de las enfermedades en un medio externo – interactúan agentes y determinantes (físico-químicos, biológicos, sociopolíticos, culturales) como factores aislados entre sí- y en un medio interno –espacio donde se procesarán modificaciones bioquímicas, fisiológicas e histológicas propias de una determinada enfermedad y donde actúan factores hereditarios, alteraciones orgánicas, etc. -.

El modelo de HNE entiende que la evolución de los procesos patológicos se desarrolla en dos periodos consecutivos que se articulan y se complementan: pre-patogénesis (cuando las manifestaciones patológicas aun no se manifestaron)⁶ y patogénesis (procesos patológicos

⁶ Pre-patogénesis comprende la evolución de las interacciones dinámicas entre los condicionantes ecológicos y socioeconómicos-culturales y las condiciones intr secas del sujeto, hasta el establecimiento de una configuración de factores propicios a la instalación de la enfermedad. Es decir, que conjuga interacciones entre elementos o factores que estimulan el desencadenamiento de la enfermedad en el organismo sano y condiciones que permiten la existencia de estos factores (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). Son considerados agentes patógenos aquellos factores que producen efectos directos sobre las funciones vitales del ser vivo produciendo la enfermedad. Tales agentes (físicos, químicos, biológicos, nutricionales o genéticos) llevan estímulos del medio externo al medio interno del hombre, operando como transmisores de una pre-patología generada y desarrollada en el ambiente. Este modelo entiende que ningún agente será por sí solo suficiente para desencadenar el proceso patológico. La aparición de la enfermedad depende de la articulación de factores contribuyentes de forma tal que se configure la posibilidad del riesgo (determinantes económicos, culturales, ecológicos, biológicos, psicosociales).

que se encuentran activos)⁷. Este modelo entiende que ningún agente será por si solo suficiente para desencadenar el proceso patológico. La aparición de la enfermedad depende de la articulación de factores contribuyentes de forma tal que se configure la posibilidad del riesgo (determinantes económicos, culturales, ecológicos, biológicos, psicosociales).

Es posible advertir que el modelo de HNE representa avances en relación al modelo biomédico en la medida que reconoce a la salud-enfermedad como un proceso de múltiples y complejas determinaciones. Sin embargo, se considera que el modelo revela un enfoque arbitrario, una descripción apenas aproximada de la realidad, sin pretensión de funcionar como un reflejo de la misma. Desde el punto de vista de Almeida Filho y Rouquayrol (2008) este modelo es sólo un cuadro esquemático dentro del cual pueden ser descritas múltiples y diferentes enfermedades. Resaltan la crítica hacia dos aspectos fundamentales: por un lado, que la determinación de los fenómenos de salud no se restringe a la causalidad de las patologías (patogénesis) sino que, para alcanzar eficacia explicativa, necesita abrirse a procesos de promoción, protección, mantenimiento y recuperación de la salud individual y colectiva. Por otro lado, critican que la historia natural de las enfermedades no es de ninguna manera natural y destacan su carácter histórico y social. Este modelo considera al factor social como un mero elemento más al que le asigna igual importancia que al biológico para provocar la enfermedad (Abed, 1999). De manera que se traslada el determinismo monocausal a una serie indefinida de factores que se diluyen con lo cual lo social pierde importancia porque no le confiere especificidad. No establece el peso específico de cada factor y continúa un énfasis sobre lo biológico e individual, mientras que lo social aparece incluido en el entorno (Arredondo, 1992). En este mismo sentido, Diez Roux (2008) señala que el modelo ha sido útil a la epidemiología porque permitió considerar la posibilidad de que diversos factores estén involucrados en la formación de un patrón determinado de salud y enfermedad, pero, a su vez, la aplicación generalizada del mismo ha hecho que la investigación epidemiológica quede reducida a las asociaciones entre un factor y una enfermedad. El modelo tiende a favorecer implícitamente las determinaciones más próximas e inmediatas en detrimento de los niveles más distantes y macrosociales.

IV. Modelo Histórico-Social

Dentro de este modelo incluiremos el denominado Social por Arredondo (1992) ya que identifica como determinantes de la salud-enfermedad a las condiciones de trabajo y de vida del hombre y de la población. Ambos modelos comparten el riesgo de reducir la complejidad real del proceso salud-enfermedad a la problemática de las relaciones sociales. También

⁷ Patogénesis es el estadio que se inicia con las primeras alteraciones que los agentes patogénicos provocan en el individuo afectado y se consideran cuatro niveles de evolución de la enfermedad en este periodo: interacción agente-sujeto, alteraciones bioquímicas, histológicas y fisiológicas, signos y síntomas, cronicidad.

incluiremos el Modelo Económico identificado por Arredondo (1992) ya que para esta propuesta el ingreso económico, los patrones de consumo, los estilos de vida, el nivel educativo y los riesgos ocupacionales son las variables que entran en juego en el análisis de los determinantes de la salud y la enfermedad. Comparte con el modelo social e histórico-social el riesgo de tomar una posición reduccionista, en este caso hacia lo económico, ya que se plantea un exceso de racionalidad en el análisis de los determinantes.

Laurell (s/f) señala que como resultado de la crisis social, política, económica y de la medicina, surge una corriente de pensamiento médico crítico que cuestiona el carácter biológico de la enfermedad y de la práctica médica dominante y propone analizar el proceso de salud enfermedad como un hecho social. Esta corriente, que demostrará que las diferentes clases sociales de una misma sociedad se enferman y mueren de modo distinto, definirá que el proceso de salud enfermedad tiene carácter social por ser socialmente determinado y por ser en sí mismo un proceso social.

Esta perspectiva permite observar que existen perfiles diferenciales de salud-enfermedad que guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales (López Arellano y Peña Saint Martín, 2006). Todos los factores causales se permean por lo social-histórico. Mercer (1987) expresa que la medicina social se ha caracterizado por la persistencia en el tratamiento de los problemas que reflejaban el atraso, la injusticia, la opresión y la desigualdad. La medicina social se opone a concebir la salud y la enfermedad como eventos biológicos ajenos o independientes en su producción y distribución de lo social y económico (Mercer, 1987).

Visualizamos que introduce categorías de análisis para el estudio de PSEA como unidad de análisis: la clase social, el proceso de trabajo, la producción y reproducción social. Su aporte especial es que incorpora la dimensión histórica-social al análisis epidemiológico, a la vez que aporta nuevas categorías de análisis y cuestiona la eficacia de la prevención y control de la salud-enfermedad manteniendo intactas las relaciones de explotación que la generan (Arredondo, 1992). Esta perspectiva postula que la naturaleza social de la enfermedad no se verifica en el caso clínico sino en el modo característico de enfermar y morir de los grupos humanos. Por lo tanto, las explicaciones no habría que buscarlas en la biología ni en las técnicas médicas sino en las características de las formaciones sociales en cada uno de los momentos históricos (Laurell, s/f).

Laurell (1986) señala que el carácter histórico y social del proceso biológico se expresa en una serie de fenómenos que podemos constatar empíricamente. Afirma que lo más evidente es la existencia de distintos perfiles de morbi-mortalidad en los diferentes grupos humanos, que podemos descubrir en el tipo de patología y por la frecuencia con la cual se presenta; estos perfiles se distinguen de una sociedad a otra y de una clase social y otra. La articulación entre el proceso social y el proceso de salud enfermedad le imprime a la enfermedad y a la muerte características distintas según el modo diferencial que cada uno de los grupos tenga en la

producción y en su relación con el resto de los grupos sociales; a su vez, el perfil patológico de una misma población cambia según las características del momento histórico (Laurell, s/f).

El proceso de salud enfermedad esta determinado por el modo como el hombre se apropia de la naturaleza en un momento dado, apropiación que se realiza por medio del proceso de trabajo basado en determinado desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones sociales de producción (Laurell, s/f).

Mercer (1987) agrega que este modelo teórico se opone a la creencia de que como efecto del crecimiento económico se mejorarán las condiciones de salud; la medicina social asumió la responsabilidad de demostrar que a pesar de que existen los milagros económicos se registra un estancamiento de la salud para el caso latinoamericano.

Al igual que el modelo social, en la aplicación de este modelo histórico-social existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica (Arredondo, 1992).

V. Modelo sistémico

A continuación discutiremos un modelo abarcativo de salud-enfermedad que combina un fuerte sustrato ecológico con la perspectiva sistémica, enriqueciendo un cuadro teórico valioso para la compresión de sistemas epidemiológicos concretos (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). Este nuevo paradigma se sustenta entre otras en la Teoría de Sistemas, la cual al rescatar el carácter relacional de los distintos componentes de un fenómeno, pretende superar la tendencia reduccionista de un modelo que postula que el conocimiento de fenómenos complejos se sostiene en la fragmentación sucesiva de sus componentes. El concepto de sistema refiere al conjunto de elementos relacionados de forma tal que un cambio en el estado de cualquier elemento provoca un cambio en el estado de los demás elementos (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008).

Desde esta perspectiva, el enfermar es un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales, sus condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales. La causalidad ya no se entiende como un fenómeno lineal, sino como un proceso dinámico y multivariado (Ciuffolini y Jure, 2006). La estructura general de un determinado problema de salud puede ser entendida como una función sistémica. Este sistema se entiende como el conjunto formado por el agente patógeno, el sujeto susceptible y el ambiente, dotado de una organización interna que regula las interacciones determinantes de la producción de enfermedad, juntamente con los factores vinculados a cada uno de los elementos del sistema. La gran mayoría de las enfermedades resulta de una conjunción de factores extrínsecos, situados en el medio ambiente, y de factores intrínsecos propios del ser vivo afectado (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008).

Este nuevo paradigma no pretende reemplazar ni negar los innumerables aportes científico-técnicos del paradigma biologista, sino que procura una contribución a la

comprensión y al abordaje de la complejidad inherente al proceso salud- enfermedad (Ciuffolini y Jure, 2006).

El modelo monocausal (biomédico) encuentra límites para explicar porqué se presenta la enfermedad en un momento y no en otro, o porqué unos sujetos enferman mientras que otros no. Dada la insuficiencia del modelo biomédico y con la intención de superar los límites, este modelo sistémico señala una serie de dimensiones que influirían en el proceso salud-enfermedad, sin embargo, logra reducir la realidad a una compleja serie de factores donde no se distingue la calidad y el peso que cada uno tiene en la generación de la enfermedad. Las diversas aristas son consideradas factores de riesgo que actúan por igual, en consecuencia, e identificando una distancia explícita con el materialismo histórico, visualizamos que incluye a lo social e histórico como un elemento más lo cual obstaculiza la comprensión de la determinación de lo social en el proceso de salud-enfermedad. Lo social no actúa como un agente bio-físico-químico en la generación de la enfermedad, por lo tanto, no tiene especificidad etiológica ni obedece a la mecánica de dosis-respuesta.

VI. Modelos Socio-culturales (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008)

Arredondo (1992) identifica bajo la denominación modelo interdisciplinario a este modelo de salud-enfermedad que busca revalorizar aspectos psicosociales y culturales de la salud.

Kleinman, Eisenberg y Good (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008) sistematizaron un modelo de salud-enfermedad que concede especial importancia teórica a la noción de enfermedad, con énfasis en los aspectos sociales y culturales que habían sido despreciados por abordajes anteriores. Este modelo diferencia entre las dimensiones individuales y culturales de la enfermedad como fenómeno biológico. Desde esta perspectiva el funcionamiento patológico ocurriría independientemente de su reconocimiento o percepción por el individuo o ambiente social. Consideran a la enfermedad como alteraciones o disfunciones de procesos biológicos y/o psicológicos definidos según concepción biomédica. Pero agregan el concepto de sickness refiriéndose a los procesos de significación de la enfermedad como también a la reacción social frente a la enfermedad. Consideran la categoría de padecimiento la cual incorpora la experiencia y la percepción individual relativa a los problemas derivados de la patología. Más allá de los significados culturales, incidirían también aspectos simbólicos particularmente formadores de la propia enfermedad en el ámbito psicológico individual, tanto como los significados creados por el paciente para gerenciar el proceso patológico. Mas tarde, estos mismos autores revisaron su propuesta teórica y defendieron que sickness y padecimiento (illness) son construcciones sociales. El padecimiento se refiere a la forma en que el sujeto enfermo percibe, expresa y lidia con el proceso de enfermar. La enfermedad es anterior a sickness, la cual es producida a partir de la reconstrucción técnica del discurso

profesional (disease) en el encuentro con el paciente, a partir de una comunicación en torno del idioma culturalmente compartido de la enfermedad.

Good y Good, discípulos de Kleinman, reforzando la perspectiva del relativismo intra e intercultural de la enfermedad, postulan que las fronteras entre lo normal-patológico y salud-enfermedad serían establecidas por las experiencias de enfermedad en diferentes culturas, a través de las formas en que son narradas y por los rituales empleados para reconstruir el mundo que el sufrimiento destruye. Desde esta perspectiva, la enfermedad (y la salud) no es una cosa en sí, ni la representación de esa cosa, sino un objeto fruto de esa interacción, capaz de sintetizar múltiples significados. Estos autores señalan que la interpretación de los síntomas como manifestación de la realidad biológica subyacente es una característica de la racionalidad biomédica (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008).

Young realiza una crítica de la teoría de los modelos de enfermedad propuesta por Kleinman y Good-Good (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008). Señala que estos modelos consideran al individuo como objeto y terreno de los eventos significativos de la enfermedad pero no relatan los modos a través de los que se conforman y distribuyen. El autor también considera que la distinción entre patología y enfermedad se muestra insuficiente para dar cuenta de la dimensión social del proceso de enfermar.

Para superar las limitaciones Young propuso tres categorías con nivel jerárquico equivalente para definir el proceso de enfermar (enfermedad, padecimiento, sickness), concediéndole mayor relevancia teórica al componente sickness.

Desde esta perspectiva el concepto de enfermedad transforma signos de comportamiento desviantes y señales biológicas en síntomas y eventos socialmente significantes. Para el autor, sickness es un proceso de socialización de la enfermedad y del padecimiento.

Este proceso de construcción social de la enfermedad se da, en parte, al interior y a través de los sistemas médicos, articulados a los circuitos ideológicos más amplios en la sociedad. Esta dimensión ideológica, a través de los saberes y prácticas de salud, reproduce visiones específicas del orden social y actúa en el sentido de su mantenimiento. Las representaciones sobre la enfermedad constituyen, en última instancia, elementos de mitificación de su origen social y de las condiciones sociales de producción del conocimiento. La traducción de formas de sufrimiento (sickness) derivadas de las relaciones de clase en términos médicos constituye un proceso de neutralización que sigue los intereses de las clases hegemónicas. Es decir, mediante el proceso de medicalización, la condición de enfermo queda reducida al nivel biológico individual, desconsiderándose su dimensión social, política e histórica. Este modelo de Young permite superar el énfasis en los niveles biológico e individual o microsocioal (Almeida Filho y Rouquayrol, 2008).

VI. A modo de resumen

MODELO	CONCEPCIÓN DE ENFERMEDAD	PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS
MODELO MÁGICO-RELIGIOSO	Resultado de fuerzas o espíritus. Representa un castigo divino o un estado que pone a prueba la fe religiosa.	Prevención: obediencia a normas y tabúes Curación: ejecución de ritos Facilita la aceptación de la muerte El sujeto tiene un rol pasivo-receptivo
MODELO BIOMÉDICO	Resultado de la agresión de un agente causal (etiológico)	Biologicismo A-histórico A-cultural (dimensión cultural en un sentido negativo) Racionalidad científico – técnica Individualista Relación médico- paciente asimétrica Excluye el saber del paciente (referencias socioculturales)
HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD (HNE)	Proceso de múltiples y complejas determinaciones	Medio interno: espacio donde se procesarán modificaciones bioquímicas, fisiológicas e histológicas propias de una determinada enfermedad y donde actúan factores hereditarios, alteraciones orgánicas, etc. Medio externo: interactúan agentes y determinantes (físicos, biológicos, sociopolíticos, culturales)
MODELO HISTÓRICO-SOCIAL	Relacionada al contexto histórico, modo de producción y clases sociales	Tipo de patología y frecuencia se diferencian entre sociedades y clases sociales
MODELO SISTÉMICO	Fenómeno complejo, dinámico y multivariado ligado a la subjetividad, circunstancias vitales, condiciones sociales, culturales, económico-políticas y medioambientales	Postula que no se pueden fragmentar los componentes de los fenómenos. Considera que cambios en un elemento provoca alteraciones en todos
MODELOS SOCIOCULTURALES	Enfermedad (concepción biomédica)	Comprende las alteraciones o disfunciones de procesos biológicos y/o psicológicos
	Padecimiento (construcción social)	Incorpora la experiencia y la percepción individual relativa a los problemas derivados de la patología
	Sickness (construcción social)	Involucra los procesos de significación de la enfermedad y reacciones sociales, como también la socialización de la enfermedad y del padecimiento.

VII. Consideraciones finales

Nos propusimos hacer una revisión de los diversos modelos de salud enfermedad con el fin de observar la concepción de enfermedad que cada uno de ellos postulaba.

Teníamos especial interés en visualizar qué nivel de valorización existía de los aspectos sociales y culturales en la concepción de salud-enfermedad, fundamentalmente en aquellas configuraciones que gozan de cierta hegemonía como la biomédica.

Consideramos que la causalidad de la enfermedad no puede ser reducida a un problema individual de índole biológica y consecuentemente de disfunción o alteración orgánica, perspectiva que hemos tenido en cuenta fundamentalmente en el análisis de cada modelo.

Entendemos que la enfermedad posee además un significado y un sentido vinculado al contexto social y cultural de pertenencia del individuo y de su red de relaciones sociales (familia, creencias, valores, amistades, entorno laboral) en el cual también hay que situar y analizar no solo su causalidad sino también su tratamiento. Concebimos que la enfermedad es un lenguaje a través del cual se manifiestan un conjunto de mediaciones y relaciones (Caramés García, 2004), "síntomas" de índole diversa y dentro de un contexto, a través de los cuales se articula la historia y causalidad de la misma, por lo que la enfermedad expresa y manifiesta también las relaciones sociales que le confieren de igual modo un carácter estructural.

La incorporación de una perspectiva socio-cultural permite superar una visión monocultural e incorporar aspectos coherentes con la concepción de la enfermedad como construcción social. Esto implica pensar que la realidad se halla en permanente movimiento, por lo tanto, la consideramos en términos de proceso dialéctico y multidimensional oponi ndonos a pensar que los fenómenos de la realidad se desarrollan aislados y solo se tocan por vínculos externos, lo cual niega la posibilidad de transformación (Breilh, 2009).

Bibliografía

ABED, L. (1993). "El proceso de salud enfermedad. Alcances y limitaciones del modelo biológico: propuestas superadoras. Circulación y transferencia social de las funciones y su ejercicio" en Programa Médicos Comunitarios. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, *Modulo I Salud y Sociedad, Posgrado en Salud Social y Comunitaria*, Buenos Aires.

ALMEIDA FILHO, N. Y ROUQUAYROL, M. (2008). *Introducción a la Epidemiología*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

ARREDONDO, A. (1992). "Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud enfermedad". *Cuadernos de Salud Pública Volumen 8 Nro.3*.

BREILH, J. (2009). *Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

CARAMÉS GARCÍA, M. (2004). "Proceso socializador de la salud. Caracterización y crítica del modelo hegemónico vigente" en Fernández Juárez, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Ecuador: Ed. AbyaYala.

CIUFFOLINI M. Y JURE H. (2006). "Estrategias de comprensión integral del proceso salud / enfermedad: aportes desde la perspectiva de vivienda saludable". *Revista virtual del Centro de Estudios Avanzados de la Universidad Nacional de Córdoba* 3.

DIEZ ROUX, A. (2008). "Genes, individuos, sociedad y epidemiología" en Spinelli, H. (comp.) *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

LAURELL, A. (1986). "El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina". *Cuadernos Médicos Sociales Nro 36*.

LAURELL, A. (s/f). La salud enfermedad como proceso social.

LÓPEZ ARELLANO, O Y PEÑA SAINT MARTÍN, F. (2006). Salud y sociedad. Aportaciones del pensamiento latinoamericano. *Medicina Social 82 - volumen 1, número 3*.

MAGLIO, F. (2009). "Entre la evidencia y la narrativa" en Etcheverry, Buzzi, Agrest, Maglio, Ortiz, Chiozza, Kraus, Gherardi, Greca y Ceriani Cernadas, * Por qué ser médico hoy? Puentes entre la formación y la práctica médica*. Buenos Aires: Ed. Libros del Zorzal.

MENÉNDEZ, E (s/f). "La crisis y el modelo médico hegemónico". *Cuaderno Médicos Sociales Nro. 33*.

MENÉNDEZ, E. (2008). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas" en Spinelli, H. (Comp.), *Salud Colectiva. Cultura, instituciones y subjetividad: epidemiología, gestión y políticas*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

MERCER, H. (1987). "La medicina social en debate". *Cuadernos Médico Sociales Nro. 42*.

ROA, R. (S/F). "Proceso Salud y Enfermedad: Crisis del Paradigma Biomédico". *Atención Primaria y Medicina Familiar. Tomo 1*.

SAIZAR, M. (2008). "Acuerdos, desacuerdos y lejan as en la relación medico-paciente" en Krmpotic, C. (Comp.), *Cuidados, terapias y creencias en la atención de la salud*. Buenos Aires: Ed. Espacio.