



P E N S A R E N S A L U D :
D E S D E L A C O N C E P C I Ó N M Á G I C A Y
R E L I G I O S A H A S T A E L N U E V O P A R A D I G M A
D E L A C O M P L E J I D A D

Por: Érika M.

Quintero*

Ilustraciones:

Pilar Berrío ([behance.net/_moana](https://www.behance.net/_moana))

* Médica, magíster en Epidemiología y doctoranda en Salud pública.

Contacto: equinteroh@unbosque.edu.co / Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0958-292X>

A TRAVÉS DE LA HISTORIA HEMOS HABLADO DE *ENFERMEDAD*. RECIENTEMENTE HEMOS CAMBIADO EL TÉRMINO Y HABLAMOS DE UN PROCESO DENOMINADO *SALUD-ENFERMEDAD*, EL CUAL TIENE SU OBJETO DE ATENCIÓN EN EL DIAGNÓSTICO DE LAS ENFERMEDADES Y EL RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD DEL INDIVIDUO. DESDE HIPÓCRATES SE SABE QUE LAS CAUSAS DE LA ENFERMEDAD ESTÁN DIRECTAMENTE RELACIONADAS CON EL SUJETO Y LOS ENTORNOS SOCIALES EN LOS CUALES SE DESENVUELVE; SIN EMBARGO, LA FORMA EN QUE ESTOS FENÓMENOS SON ABORDADOS ES SESGADA, E IMPIDE UNA INTERVENCIÓN EFICIENTE Y EFICAZ.

▼

EDAD ANTIGUA

El miedo a enfermar ha existido siempre, lo mismo que la dualidad salud-enfermedad. En la llamada prehistoria, la concepción del proceso salud-enfermedad era “mágica” (Maldonado, Vivas, Gómez Barrera, Galvis, Bonilla y Aristizábal Tobler, 2019). Todo proceso anormal era atribuido a una causa sobrenatural. En esas sociedades los brujos tenían gran influencia, y también los sacerdotes, quienes espantaban a los malos espíritus o demonios que producían la enfermedad. Esta era vista como un castigo divino o un desequilibrio entre la existencia temporal y la espiritual (Parafita, 2010).

Con el ascenso de las civilizaciones en Egipto y Mesopotamia, esta concepción mágica cambió. La aparición de los códigos hebreos de pureza espiritual y prevención de enfermedades significó que la salud se convirtiera en un asunto de higiene personal y pública. En estos, los primeros códigos sanitarios de la humanidad, se contemplaban reglas estrictas de higiene personal, alimentación, comportamiento sexual y profilaxis de las enfermedades transmisibles (Maldonado et al., 2019).

Durante este periodo, que se extendió desde la aparición de la escritura (aproximadamente en el año 4000 a. C.) hasta el siglo V, las explicaciones del proceso salud-enfermedad continuaron revestidas de un carácter mágico-religioso. Entre los griegos, por ejemplo, Apolo era el dios de las plagas y la enfermedad, el que apartaba y desviaba el mal, a la vez que dominaba la profecía y el oráculo. El principal dios sanador era Asclepio (Esculapio para los romanos), hijo de Apolo y padre de las diosas Panacea e Higea, personificaciones de la salud (Battistella, 2008).

Estas concepciones mágico-religiosas empezaron a ser revaloradas por Empédocles de Agrigento (475-435 a. C.), quien formuló la teoría según la cual todos los seres naturales están compuestos por una mezcla en proporciones variables de cuatro elementos de cualidades opuestas: agua, aire, tierra y fuego. Para él, la enfermedad era el resultado del desequilibrio provocado por el exceso o defecto de alguno de estos elementos (Parafita, 2010).

Hipócrates, nacido hacia 460 a. C., desarrolló su modelo bajo la influencia de la teoría de los





elementos de Empédocles, y concluyó que todas las partes del organismo están compuestas por mezclas en proporciones variables de cuatro humores: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema (Moreno-Altamirano, 2007). El médico griego afirmó que la enfermedad era una manifestación de la vida del organismo, como resultado de cambios en su sustrato material, y no una expresión de la voluntad o de espíritus malignos. Estableció que cada enfermedad tiene su causa natural, planteó la influencia del medio externo en la producción de la enfermedad y reconoció la importancia de diversas características personales en su aparición (Moreno-Altamirano, 2010).

La doctrina hipocrática representa el nacimiento de la medicina como un saber técnico y es el acontecimiento más importante de su historia. La hazaña consistió en sustituir en la explicación de la salud y la enfermedad todo elemento mágico o sobrenatural por una teoría circunscrita a la esfera del hombre y la naturaleza. Para un hipocrático, las enfermedades consisten en desórdenes de la naturaleza, y por eso es fundamental mantener la armonía con ella (Battistella, 2008). Hipócrates usó los sentidos y la mente como únicos instrumentos diagnósticos y dio inicio a la medicina clínica junto al lecho (klina) del enfermo (Parafita, 2010). Constituye el origen de una concepción científica de la medicina, definitivamente liberada de la religión y la filosofía y establecida como un conocimiento técnico.

EDAD MEDIA

Se llama así a la época histórica comprendida entre los siglos v y xv, que comenzó con la desintegración del Imperio romano de Occidente y finalizó con la toma de la ciudad de Constantinopla por los otomanos en 1453 (Parafita, 2010). La influencia de la religión hizo que los conocimientos desarrollados en Occidente durante la Antigüedad perdieran espacio, desplazados por explica-

ciones sobrenaturales de la enfermedad (Maldonado et al., 2019). El saber se encontraba bajo la dominación de la Iglesia católica y la enseñanza escolástica, que hicieron prevalecer la percepción mística de que las enfermedades estaban asociadas a la ira de Dios o a la acción de los demonios; en cualquier caso, a un castigo divino (Moreno-Altamirano, 2007).

Entre tanto, en el mundo árabe, que conoció en esos tiempos una gran efervescencia económica y cultural, se practicaban liberalmente la disección de cadáveres, la observación y la experimentación. Los árabes desarrollaron un

enfoque materialista para la explicación de la salud y la enfermedad, según el cual el equilibrio o el desequilibrio de seis principios causaban, respectivamente, la salud o la enfermedad. Estos principios eran el aire puro, la moderación en el comer y el beber, en el descanso y el trabajo, en la vigilia y el sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales (Moreno-Altamirano, 2010).

Avicena, una de las figuras de la medicina en el mundo árabe, llegó a plantear –y téngase presente que aún no se habían desarrollado instrumentos ópticos como el microscopio– que en el agua y en la atmósfera existían organismos minúsculos que producían enfermedades, y que estas debían explicarse según la estructura y conformación de cada individuo, su fuerza y facultades, los factores del medio ambiente y el esfuerzo de la naturaleza por restaurar y conservar sus funciones vitales (Battistella, 2008).

EDAD MODERNA

Transcurrió entre los siglos xv y xviii, y se considera como su punto final la Revolución francesa de 1789 (Parafita, 2010). Tras la caída de Constantinopla se produjeron en Europa importantes transformaciones culturales y económicas, entre ellas el declive de la Inquisición. En consecuencia, comenzaron a abando-

“
...La llegada de
la Modernidad se
concretó en un
importante proceso
cultural y científico
que conocemos
como Renacimiento,
el cual permitió
la revaloración
de antiguos
conocimientos...
”



narse las explicaciones religiosas frente a los procesos de enfermedad y se emprendió la búsqueda de sus causas en el campo de la realidad material (Moreno-Altamirano, 2007).

La llegada de la Modernidad se concretó en un importante proceso cultural y científico que conocemos como Renacimiento, el cual permitió la revaloración de antiguos conocimientos, entre ellos las enseñanzas de Hipócrates y Avicena (Maldonado et al., 2019). Instrumentos ópticos como el microscopio favorecieron la observación de los microorganismos y el surgimiento de la microbiología, que confirmaron en cierta medida las observaciones realizadas por Avicena a fines de la Edad Media (Parafita, 2010).

Los hallazgos de la microbiología contribuyeron a consolidar una interpretación unicausal de la enfermedad —la enfermedad es producida por una causa específica— y un pensamiento biologicista, que impera aún en la actualidad (Moreno-Altamirano, 2007). Esto representó una transformación importante en el modo de aproximarse a la salud: los desarrollos se orientaron solo a la enfermedad, y las concepciones higienistas grecorromanas (con sus esfuerzos por establecer una especie de sistema de protección de la salud) fueron dejadas de lado (Maldonado et al., 2019).

Las teorías esenciales sobre el mundo y el sistema de valores que están en la base de nuestra cultura actual fueron formulados en los siglos XVI y XVII (Parafita, 2010). Estos conceptos y valores de la civilización occidental sentaron los pilares del paradigma que la ha dominado durante los últimos trescientos años y con el cual se consolidó el pensamiento médico científico, organizado alrededor de la enfermedad y la clínica (García Puello, 2013), a partir del método de razonamiento analítico creado por Descartes. La principal característica de este método es el enfoque reduccionista, según el cual todos los aspectos de un organismo pueden entenderse reduciéndolos a sus constituyentes más pequeños y estudiando los mecanismos de interacción entre ellos (Aguilar, 2010).

Por otro lado, Descartes afirmó que el concepto de *cuerpo* no incluye nada que pertenezca a la men-

te, y el de *mente*, nada que pertenezca al cuerpo, con lo que desapareció la idea de la unidad entre cuerpo y mente; la independencia del primero respecto a la segunda lo equipara con una máquina que se mueve por sí misma. Esta concepción dualista marcó una ruptura con la tradición filosófica medieval y dio paso a la formulación de la concepción moderna de *hombre* (Moreno-Altamirano, 2010).

La distinción cartesiana cuerpo-mente cobrará más tarde una relevancia polémica fundamental. Descartes asignó a la mente las funciones propias de la razón, la voluntad, la palabra, las sensaciones del dominio del pensamiento; y al cuerpo, los afectos y las emociones (Aguilar, 2010). A estos debe la mente su arraigo en el dominio material del mundo. Aunque privado radicalmente de la facultad de pensar, el cuerpo es capaz de movilizar la mente, en confirmación del dualismo irreductible que los separa (Moreno-Altamirano, 2010).

El modelo biomédico, hito de la evolución occidental de las ciencias, se fundamenta en la integración de los hallazgos clínicos con los datos de laboratorio y de anatomía patológica: el cuerpo humano es concebido como una máquina; la enfermedad, como un daño a la máquina; el médico, como el mecánico que la repara. Así, el cuerpo y la mente son cosas distintas para su estudio y tratamiento (Moreno-Altamirano, 2010). En este sentido, es posible formular leyes completas en cuanto a causalidad, efecto y magnitud de la enfermedad (Battistella, 2008).

A la luz de este modelo, todo puede y debe ser medido, no hay lugar para la incertidumbre. Aparecen nuevas formas de clasificar las enfermedades y se redefine la enfermedad como aquella dolencia que el médico puede reconocer, diagnosticar, clasificar y curar (Battistella, 2008). Este enfoque excluye todo lo relacionado con la esfera psicosocial, ya que lo suyo es curar enfermedades, no pacientes con enfermedades. La cultura, la religión y los hábitos dejan de ser considerados parte del proceso salud-enfermedad (Moreno-Altamirano, 2007).

EDAD CONTEMPORÁNEA

Entre los años 1600 y 1700 comenzó a surgir en Italia, Alemania y Austria un movimiento de prácticas en salud que ubicaba al ser humano en su contexto social y responsabilizaba al Estado por la salud de la población, dando origen a lo que en su momento se llamó “sistema de policía médica” (Echeverri Hernández, 2010). Por ejemplo, el médico italiano Ramazzini comenzó a estudiar las conexiones entre la enfermedad y las condiciones de trabajo (Parafita, 2010). También se hicieron estudios sobre las relaciones entre la condición socioeconómica y la salud.

Estos desarrollos científico-técnicos de la Edad Moderna fueron consolidados y ampliados en el siglo XIX. Comenzó a hablarse de “medicina social”, una nueva forma de concebir los problemas de salud y actuar frente a ellos (Maldonado et al., 2019). Hacia 1830 surgió en los países del norte de Europa, particularmente en Inglaterra, el movimiento de salud pública. Tras la migración masiva del campo a la ciudad, producto de la Revolución industrial, la clase trabajadora se encontraba viviendo en condiciones de extrema pobreza y hacinamiento (Moreno-Altamirano, 2010), en las cuales las enfermedades como tuberculosis, neumonía, sarampión, viruela y cólera se multiplicaban rápidamente. Las reivindicaciones de los trabajadores –por un lado– y la necesidad de preservar la mano de obra –por el otro– propiciaron la aparición gradual de un movimiento de salud pública orientado básicamente a la mejora de las condiciones de vivienda e higiene y al aprovisionamiento de agua y alimentos bacteriológicamente seguros (Echeverri Hernández, 2010).

A mediados del siglo XIX surgió la epidemiología como método científico de análisis de las epidemias, y a finales del mismo siglo terminó de consolidarse el movimiento de salud pública iniciado en Inglaterra (Battistella, 2008). En 1851 tuvo lugar la primera Con-

ferencia Sanitaria Internacional, antecedente de la Organización Mundial de la Salud (Parafita, 2010).

A lo largo del siglo XIX varios economistas, filósofos y políticos –además de los médicos– llamaron la atención sobre el hecho de que las enfermedades podían estar relacionadas con las condiciones materiales de vida y trabajo y, por tanto, con el contexto sociopolítico (Echeverri Hernández, 2010). Sin embargo, al finalizar el siglo estas ideas habían sido opacadas por la unicausalidad y el biologicismo (Moreno-Altamirano, 2007).

En el siglo XX, el vínculo entre medicina y biología se hizo mucho más estrecho, aumentaron notablemente los conocimientos acerca del sustrato material de la enfermedad y fueron expuestos una variedad de procesos íntimos que ocurren en los órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del organismo humano, sano o enfermo (Battistella, 2008). Al mismo tiempo, los científicos encontraban nuevos recursos químicos y físicos para hacer diagnósticos y tratamientos (Moreno-Altamirano, 2010).

Se fue imponiendo progresivamente una tendencia más racionalista, que apuntaba a una comprensión multicausal del proceso salud-enfermedad, no en términos de causas que se adicionan, sino de causas que interactúan siguiendo un patrón de potencialización recíproca en el que no puede obviarse la variable temporal. Este punto de vista daría paso a una concepción mucho más amplia, que se orienta a una perspectiva ecológica (Moreno-Altamirano, 2007).

Resumiendo, puede afirmarse que entre los siglos XV y XVII comenzaron a desarrollarse dos concepciones teórico-prácticas en relación con el proceso salud-enfermedad, que han seguido caminos paralelos hasta llegar a nuestros días:

1. Desde fines del siglo XV hasta la fecha, se desarrollan las ciencias de la salud clásica y facultativa; esto es, la medicina moderna, centrada en los campos de la fisiología, la bioquímica y la

microbiología, entre otros. La premisa es que estos conocimientos positivos dan respuestas más oportunas al dualismo salud-enfermedad. Sus objetos de estudio y trabajo son la enfermedad y la persona, esta última completamente separada de su contexto social: el individuo clínico se agota en su realidad biológica, psicológica o psicobiológica (Echeverri Hernández, 2010).

2. A partir del siglo xvii surgen otras formas de comprender el proceso salud- enfermedad, las cuales se materializan en el desarrollo de la policía médica, el movimiento de salud pública, la medicina social y la epidemiología, que convergen para dar origen, en los comienzos del siglo xx, a la moderna salud pública (Maldonado et al., 2019).

El campo disciplinario de la salud pública es rápidamente enriquecido por la incorporación de las disciplinas emergentes en el proceso evolutivo de las ciencias sociales y la ecología humana. Particular importancia reviste la aparición de la sociología, la psicología social e individual, la antropología y las ciencias administrativas, que buscan comprender el comportamiento humano en las esferas individual, colectiva y organizacional (Echeverri Hernández, 2010).

LA MEDICINA ACTUAL

La actual manifestación de saberes sobre el cuerpo perpetúa a la anatomía y la fisiología como teorías dominantes, paradigma de validez frente a otras medicinas. A partir de un énfasis en la construcción de una visión antropológica del cuerpo, Le Bretón (Moreno, 2010) subraya que la medicina, en la elaboración de su saber y su saber hacer, dejó de lado al sujeto y su historia, descontextualizándolo de su medio social y de su relación con el deseo, con la angustia, con la muerte y con el sentido de la enfermedad, para considerar solamente el mecanismo corporal: “Vivir consiste en reducir continuamente el mundo al cuerpo, a través de lo simbólico que éste encarna” (p. 7).

“...Se fue imponiendo progresivamente una tendencia más racionalista, que apuntaba a una comprensión multicausal del proceso salud-enfermedad, no en términos de causas que se adicionan, sino de causas que interactúan siguiendo un patrón de potencialización recíproca en el que no puede obviarse la variable temporal.”

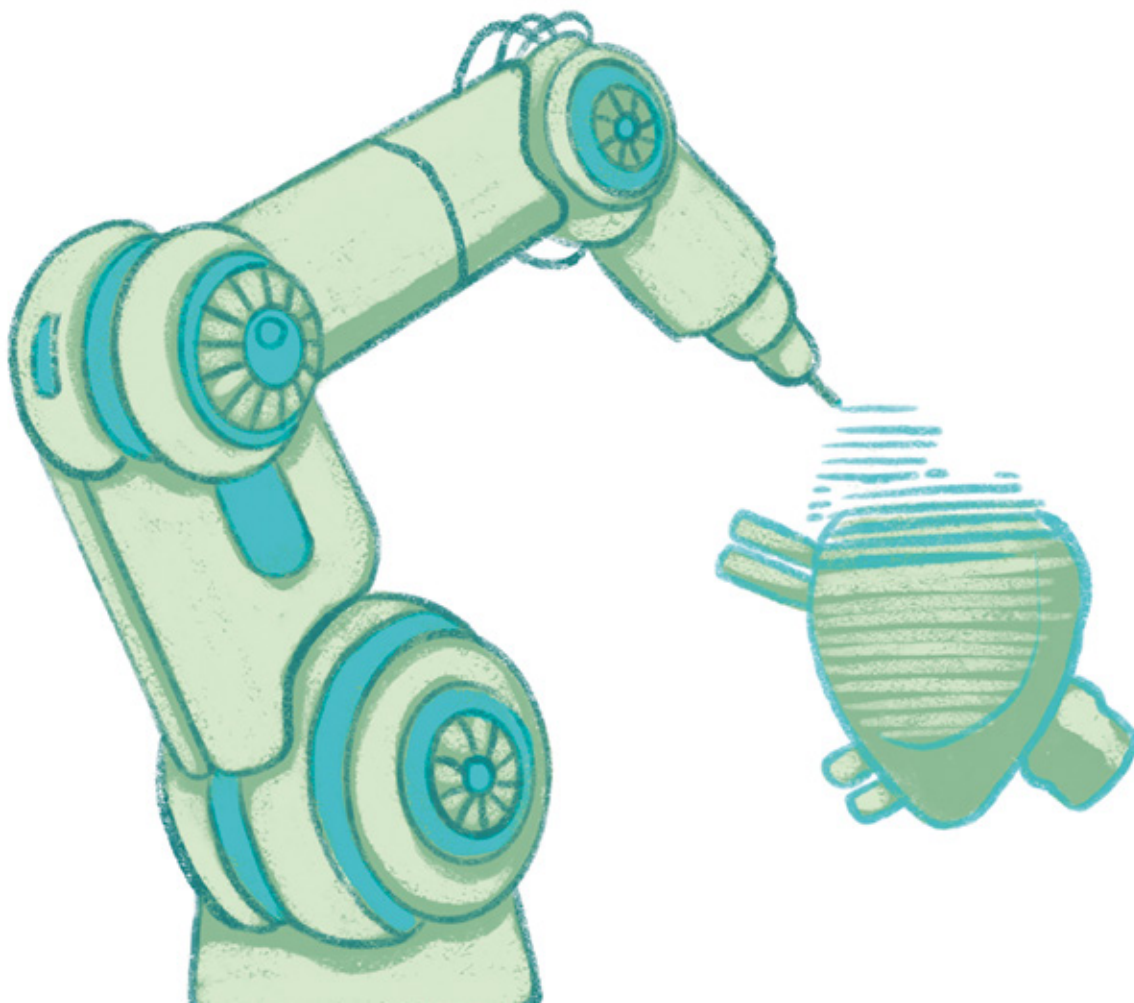
Salud y enfermedad son diferentes grados de adaptación del hombre frente al medio, los modos y estilos de vida, factores que van a determinar su actividad como ser social (Echeverri Hernández, 2010). Los fenómenos de salud ocurren dentro de una población cuyos miembros tienen determinada constitución genética y viven de manera organizada en una sociedad que transforma continuamente el ambiente. En atención a estos determinantes, el concepto de *salud* debe incluir las dimensiones individuales, sociales y ecológicas del ser humano (Echeverri Hernández, 2010). En este constante cambio, y en la búsqueda de un equilibrio entre el hombre y el ambiente, giran los conceptos de *salud* y *enfermedad* (Parafita, 2010).

Considerando las ideas que caracterizan a la medicina actual, puede afirmarse que en términos generales el modelo prevalente no satisface las necesidades de com-

prensión de la realidad ni parece apropiado para explicar muchos fenómenos de la clínica, de la dinámica de las enfermedades, de los desenlaces terapéuticos, de la fisiopatología, de las interacciones durante la comorbilidad y de la evolución de los pacientes.

Así las cosas, se deben explorar otras alternativas y, sobre todo, intentar aplicar lo que se ha avanzado en la comprensión del mundo. Cobran cada vez más importancia los sistemas complejos, los cuales están compuestos por una enorme cantidad de componentes en interacción, capaces de intercambiar entre ellos –y con el entorno– materia, energía o información, y de adaptar sus estados como consecuencia de esas interacciones ocurridas en paralelo (Almeida-Filho, 2006).

El amplio campo de la complejidad abarca ciertos enfoques de la realidad, muchos de ellos bajo la óptica de la física, pero lo cierto es que se vincula con todas las actividades humanas, entre



ellas, desde luego, la medicina (Lifshitz Guinzberg, 2017). En este campo, una de las mayores frustraciones es lo que ocurre en el terreno epidemiológico, en el que el modelo vigente no ha permitido que los logros en salud pública sean todavía mayores. La era de los estilos de vida ya no se adapta al modelo lineal, por ejemplo, de los postulados de Koch o la teoría microbiana de las enfermedades. La especialización, sustentada en el reduccionismo, ha llegado a su límite conceptual, sobre todo si excluye la transdisciplina, se aferra a fronteras perfectamente definidas, menosprecia cuanto está fuera de ella y se vislumbra como territorio y poder, exclusivo y excluyente (Ramis Andalia, 2007).

Se ha venido generando la necesidad de nuevas formas de hacer ciencia, una ciencia que sea capaz de mover las fronteras del conocimiento, que no fragmente sino que, al contrario, sea capaz de ver la mayor cantidad de dimensiones de los fenómenos para alcanzar una mayor comprensión y una mejor intervención sobre ellos. Las ciencias de la complejidad consideran el caos, la no linealidad, la teoría de redes, los modelos estocásticos, la confrontación con la incertidumbre, los modelos abiertos e inestables; permiten superar el pensamiento simplista, lineal, que espera efectos predeterminados; no solo admiten lo determinístico y reduccionista, sino que son capaces de comprender los desenlaces inesperados y no entran en crisis cuando los elementos no son ordenados, estables, disciplinados y obedientes.

Este recorrido por la historia de la medicina deja en evidencia cómo se ha transformado ella a través del tiempo y cómo desde su interior surge la necesidad de una visión diferente, de un cambio de paradigma con un enfoque integrador que sea capaz de pensar en salud. Debemos evolucionar y ser capaces de pensar en vida, en elaborar salud, sin fragmentación, considerando todas las aristas posibles, sin exclusión alguna. Solo de esta manera podremos evolucionar desde el tradicional enfoque curativo hasta la salud, pues la enfermedad requiere especialización, mientras que la salud requiere síntesis. ◆

Referencias

- Aguilar, M. T. (2010). Descartes y el cuerpo máquina. Pensamiento. *Revista de Investigación e Información Filosófica*, 66, 755-770.
- Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: Evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2, 123-146. doi:10.1590/S1851-82652006000200003
- Battistella, G. (2008). *El proceso salud-enfermedad*. Centro de Estudios para el Desarrollo del Sector Salud (CEDSS). Recuperado de www.cedess.com.ar/trabajos/aps/elproceso-salud-enfermedad.pdf
- Echeverri Hernández, J. V. (2010). Relaciones entre las ciencias sociales y el campo de la salud. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 2(2), 47-55.
- García Puello, F. (2013). Reflexiones en torno al movimiento corporal humano desde una perspectiva multidimensional y compleja. *Ciencia e Innovación en Salud*, 1(1), 78-91. doi:10.17081/innosa.1.1.88
- Lifshitz Guinzberg, A. (2017). Las ciencias de la complejidad y la educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 267-271. doi:10.1016/j.riem.2017.06.001
- Maldonado, C. E., Vivas, L. J., Gómez Barrera, L. A., Galvis, S., Bonilla, J. V. y Aristizábal Tobler, C. (2019). *Salud pública y complejidad: Historia, conceptos, ejes*. Bogotá: Editorial Universidad El Bosque.
- Moreno, N. (2010). El cuerpo, la medicina y la tecnociencia: Apuntes históricos sobre la medicalización. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 1(3), 82-85.
- Moreno-Altamirano, L. (2007). Reflexiones sobre el trayecto salud-padecimiento-enfermedad-atención: Una mirada socioantropológica. *Salud Pública de México*, 49(1), 63-70. doi:10.1590/S0036-36342007000100009
- Moreno-Altamirano, L. (2010). Enfermedad, cuerpo y corporeidad: Una mirada antropológica. *Gaceta Médica de México*, 146(2), 150-156.
- Parafita, D. (2010). Recorrido histórico sobre las concepciones de salud y enfermedad. Área de Salud, curso Niveles de atención en salud, Facultad de Psicología. Recuperado de http://www.psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf.
- Ramis Andalia, R. (2007). Complejidad y salud en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(4). doi:10.1590/S0864-34662007000400011