

SOBRE LA CONCEPCIÓN BIOLÓGICA Y SOCIAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Asa Cristina Laurell

1. LOS PROBLEMAS

Estas reflexiones sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad tienen como antecedente el debate desarrollado durante los últimos veinte años dentro de la corriente de la medicina social o salud colectiva, y de ésta con el pensamiento médico dominante. Parten, de esta manera, del hecho de que se ha generalizado el reconocimiento de que el proceso salud-enfermedad guarda una vinculación estrecha con la sociedad en la cual se presenta; que el mejoramiento de las condiciones de salud de la población requiere de algo más que la simple intervención médica y tiene que involucrar algunos cambios sociales.

Sin embargo, este aparente consenso deja de ser tal una vez que se explicita su contenido. La preocupación de la medicina dominante no es, en rigor, la búsqueda de una nueva concepción del proceso salud-enfermedad, sino la de racionalizar la intervención y optimizar los recursos. No cuestiona la vigencia de su concepción de la (salud-)enfermedad -que sigue siendo la de una alteración en los procesos bionaturales- para construir otra sobre la cual refundar su pensamiento y darles una dirección distinta a la generación del conocimiento y a las prácticas en salud. A lo más, la medicina dominante admite en su esquema causal explicativo que determinadas condiciones de vida, generalmente conceptualizadas como "estilos de vida", tienen peso para la presentación de la enfermedad.

En el debate dentro de la corriente médico-social hay algunos acuerdos básicos pero siguen abiertos varios temas de polémica, unos explícitos y otros implícitos, respecto a la concepción social del proceso salud-enfermedad. A mi entender está en discusión:

- cómo entender "el carácter social del proceso salud-enfermedad", problema que se relaciona directamente con la construcción del objeto de conocimiento;
- cómo concebir la determinación social del proceso salud-enfermedad, o sea, cómo construir teóricamente las relaciones externas e internas del objeto de conocimiento; problema que aparece como el debate sobre los conceptos analíticos centrales de la medicina social y su desdoblamiento para dar cuenta del fenómeno salud-enfermedad;
- cuál es el correlato metodológico de la concepción social del proceso salud-enfermedad.

Las distintas proposiciones planteadas para avanzar respecto a cada uno de estos temas involucran maneras de concebir lo biológico y lo social en el

proceso de salud-enfermedad, de articular distintos cuerpos de conocimiento y de abordar la práctica de la investigación. Sin embargo, todas sin excepción, implican el reencuentro con otras corrientes de pensamiento que se ocupan de explicar "la vida".

2. EL CARÁCTER SOCIAL DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Una parte central del discurso médico-social versa sobre el "carácter social" del proceso salud-enfermedad. Sin embargo, al explicitar el contenido que se da a esta frase aparecen dos interpretaciones diferentes, o por lo menos, dos énfasis distintos. La primera plantea que el carácter social del proceso salud-enfermedad está dado por su determinación social, mientras que la segunda añade que el proceso salud-enfermedad, además de ser socialmente determinado, tiene carácter social en sí mismo. (Laurell, A.C.)

2.1 Historicidad de las causas, ahistoricidad de la enfermedad

Así, la primera interpretación se remite, para explicar este carácter social, a la evidencia empírica de que distintos grupos o sociedades tienen patrones característicos pero diferentes de enfermar y morir. A partir de esta constatación se procede a explorar cuáles son los determinantes sociales que permiten explicar estas diferencias. Es decir, se ubica el carácter social del proceso salud-enfermedad en su determinación social. Esto significa que no se profundiza en la conceptualización de la salud-enfermedad como tal sino que se le adscribe historicidad a partir de sus determinantes externos. Con ello queda pendiente, o sin explicitar, la concepción de la naturaleza de lo biológico y lo psicológico de este proceso.

Con este punto de partida caben dos distintas maneras de interpretar la determinación social del proceso salud-enfermedad. Una sería que los procesos sociales originan una constelación específica de riesgos (Almeida Filho, N., 1992: 25-31) que desencadena alteraciones patológicas en los procesos biológicos y psíquicos, o sea la enfermedad. En esta explicación los factores específicos de riesgo -entendidos como agentes nocivos- son la "mediación" entre lo social y lo biológico. O dicho de otra manera, los perfiles específicos de morbi-mortalidad de las distintas colectividades son el resultado de que sus integrantes comparten la exposición a determinados factores de riesgo, situación que a su vez se traduce en que su probabilidad de enfermar o morir de determinadas causas se incrementa. Como se observa, esta proposición vuelve a centrar la atención en los factores de riesgo al convertirlos en el elemento crucial para explicar el perfil de morbi-mortalidad. El correlato conceptual de ello es que no se problematiza la naturaleza de lo biológico y lo psicológico. Proyecta la idea de que lo social es externo a los procesos biológicos que en sí mismos son naturales,

vale decir, ahistóricos. Por ello, en esta concepción la inclusión de lo social en los estudios sobre las condiciones colectivas de salud adquiere importancia sólo en la medida en que permite precisar y conocer los "riesgos" de un determinado grupo. Sin embargo, su inclusión no resulta indispensable para comprender los mecanismos patógenos ni los mecanismos biopsíquicos creadores de "salud". O en todo caso, su inclusión interesa como recurso metodológico, pero no teórico, para llegar a detectar, a partir de la comparación entre distintos grupos sociales y mediante el análisis estadístico, cuáles son los "factores de riesgo". Parece seguir a este razonamiento una clara delimitación, o hasta contraposición, entre la explicación del proceso salud-enfermedad de la colectividad y del individuo.

2.2 Determinación social jerarquizada

La otra forma de interpretar la determinación social del proceso salud-enfermedad centra su explicación en los niveles de determinación al proponer que los niveles más complejos sobredeterminan los de menor complejidad (Breilh, J., Granda, E., 1980: 50-69). Es decir, el nivel social determina, o subsume, el nivel biológico y psicológico. Esta explicación no requiere recurrir al concepto de "riesgo" o "factores de riesgo" como mediación entre lo social y lo biológico, ya que se basa en la concepción de que lo más complejo imprime un nuevo orden y una nueva lógica a los niveles menos complejos de organización de la materia. De allí surge una concepción de determinación estructurada que tiene una jerarquía mayor que lo biológico y psíquico (Breilh, J., Granda, E., 1980). El estudio de lo social es, en esta concepción, imprescindible para explicar cómo se constituye el proceso salud-enfermedad porque sólo así se puede detectar sus determinantes últimos que son los de mayor poder explicativo y de predicción (legalidad). Por otra parte, en esta concepción, tanto el proceso salud-enfermedad colectivo como el individual tienen los mismos determinantes, o sea, no hay en este sentido una separación entre la explicación de uno y otro.

2.3 La historicidad de los procesos biopsíquicos

En la segunda interpretación del carácter social del proceso salud-enfermedad se complementa la concepción de su determinación social con una reflexión sobre la naturaleza de los procesos biológicos y psicológicos humanos, el substrato material del proceso salud-enfermedad. Es decir, se pregunta si el proceso salud-enfermedad tiene historicidad sólo por su proceso de determinación o si es social también en sí mismo (Laurell, A.C., Noriega, M.: 65-94). Este interrogante obliga a explorar por lo menos dos cuestiones, a saber, si el proceso salud-enfermedad es social en

sí mismo ¿en qué consiste su historicidad y cómo se constituye? Ambas cuestiones nos remiten necesariamente a los procesos biológicos y psicológicos humanos y su naturaleza.

La concepción dominante sobre los procesos biológicos, y hasta cierto punto sobre los psíquicos, es que son procesos naturales, o sea ahistóricos. Es decir, en cuanto estos procesos son naturales, las circunstancias sociales o históricas en las cuales se dan no transforman su esencia. Bajo esta concepción no es posible comprender en qué consiste el carácter social del proceso salud-enfermedad, dado que postula justamente la naturaleza no-histórica de los procesos biológicos, incluyendo a los procesos biológicos humanos.

Lewontin (1993) explica el silencio de los biólogos sobre lo histórico y social de los procesos biológicos a partir de dos compromisos ideológicos de la ciencia que surgieron con la sociedad capitalista moderna. Estos son, por una parte, "la enajenación de lo interno respecto a lo externo; del organismo respecto de su entorno" y por la otra, "el compromiso general con la explicación reductiva". La ciencia médica, a todas luces, comparte este compromiso al fundar su paradigma científico sobre las ciencias naturales.

Sin embargo, a contracorriente de la concepción dominante, varios biólogos y epistemólogos han revisado críticamente la manera de constituir el pensamiento biológico, entre ellos destacadamente el propio Lewontin junto con Levins (Levins, R., Lewontin, R., 1985), Dubos (1965) y Canguilhem (1978). Sus razones para plantearse este problema son diversas pero tienen relación con el hecho de que los modelos explicativos dominantes imponen serias dificultades para comprender la diversidad y la transformación. Así, estos modelos obligan a adoptar explicaciones teleológicas (finalistas) (Levins, R., Lowentin, R., 1985) o estadísticas (1978), las que adolecen de la limitación de basarse en procedimientos intelectuales reduccionistas y de separación que eliminan la posibilidad de comprender la complejidad e interrelacionalidad.

Desde el campo de la medicina social también se ha planteado la necesidad de abandonar la concepción biomédica ahistórica y construir otra concepción de los procesos biológicos humanos, lo que permite plantear que estos procesos asumen formas históricas específicas y que en ésto reside el carácter social del proceso salud-enfermedad en sí mismo. El concepto que se ha propuesto para aprehender las formas históricas de los procesos biopsíquicos humanos es el de *nexo biopsíquico humano* (Laurell, A.C., 1987). La razón de acuñar este nuevo concepto es, principalmente, evitar la ambigüedad del concepto proceso salud-enfermedad y enfatizar en la historicidad de este proceso. Es importante subrayar que esta visión no contrapone lo biológico a lo social, ni lo individual a lo colectivo, sino que

ubica en el centro de su preocupación la diferencia entre lo social y lo natural. En esta visión, la ruptura del pensamiento médico-social con el pensamiento biomédico consiste en que conceptualiza a los procesos biopsíquicos humanos como procesos históricos y no como procesos naturales. Es decir, la diferencia teórica entre el pensamiento sociomédico y biomédico estaría en la conceptualización de la naturaleza de los procesos biopsíquicos humanos; el primero los considera sociales y el segundo naturales. La implicación teórica de conceptualizarlos como procesos sociales es que obliga a una indagación sobre la interrelación externo-interno, y sobre la dinámica y transformación de los procesos, que sólo es posible remitiéndose a la complejidad de los procesos. Es decir, es incompatible con el reduccionismo metodológico.

El concepto nexo biopsíquico humano nos abre la posibilidad de analizar el segundo problema que habíamos planteado, o sea, cómo los procesos biológicos y psíquicos como tales adquieren su historicidad. Es decir que el nuevo concepto nos remite no sólo a sus determinantes sociales externos, sino también a los propios mecanismos biológicos y psíquicos, cuya comprensión tiene que contemplar la interrelación "interno-externo".

3. ADAPTACIÓN Y PLASTICIDAD, UNA VISIÓN CRÍTICA

En el análisis de la diversidad de las formas biológicas se arriba casi ineludiblemente al concepto de adaptación, ya que se ocupa de dos aspectos básicos de este problema; por un lado, la capacidad del cuerpo de transformar sus procesos fisiológicos ante estímulos externos -su plasticidad- y por el otro, las causas de la sobrevivencia de unos y la muerte de otros. Sin embargo, los críticos del pensamiento biológico y fisiológico dominante reconstruyen o reinterpretan el ambiguo y controvertido concepto de adaptación.

Una primera corrección del concepto hace referencia a su dependencia del concepto de *homeostasis*, o sea, a la adaptación entendida como un conjunto de mecanismos que permite mantener el medio interno inalterado. Al respecto Dubos (1965: 257-267) plantea que la homeostasis es un concepto "ideal" y que, en realidad, nunca se vuelve al punto de partida. Prosigue señalando que es más llamativa la capacidad del organismo de modificar su composición que la de mantenerla estable. Así vista la adaptación, más que un eterno retorno al estado ideal, es un proceso de resistencia o de superación a través de la transformación que deviene en una nueva condición biológica. Esta manera de plantearse la adaptación tiene afinidad con el razonamiento de Canguilhem (1978: 113-154) sobre los distintos "modos de andar de la vida" o "modos de andar fisiológicos" que establece que no hay una normalidad fisiológica sino muchas normas

fisiológicas, entendidas éstas como el ordenamiento del conjunto de los procesos biológicos que depende de "la diversidad de los modos de reacción y de comportamiento".

Una consecuencia directa de plantear la adaptación como la constitución de un nuevo orden de relación entre los procesos biológicos -una nueva norma- es que cuestiona el contenido teleológico o finalista implícito en la teoría dominante de la adaptación. Es decir, si no hay un sólo modo de andar fisiológico -una homeostasis inmutable e ideal- resulta imposible sostener que la adaptación consiste en alcanzar este estado ideal.

Un razonamiento semejante anima la crítica de Lewontin y Levins al finalismo de los evolucionistas darwinianos que recurren sistemáticamente al postulado de que el ambiente plantea "problemas" que son "solucionados" por nuevas formas biológicas y que éstas, por ser "más aptas", son seleccionadas y sobreviven. Estos autores señalan que de allí surgen dos falacias en el método evolucionista-darwiniano. La primera es que busca en la morfología y la fisiología de los organismos el "problema" que fue "solucionado": alas para volar; isothermia para sobrevivir en climas fríos, etc. Es pues una comprobación *ex-post*. Sin embargo, la segunda falacia es que simultáneamente supone que el "problema" del ambiente es anterior y exterior al proceso de adaptación; postulado que sólo es sostenible mediante la operación intelectual de excluir del ambiente a los seres vivos y sus acciones. La introducción del recurso teleológico permite entonces, a este pensamiento, evadir el problema de la relación entre los seres y su medio externo y el proceso de transformaciones mutuas que de ella se deriva. En el extremo de este razonamiento se llega a una contradicción irresoluble que es la imposibilidad de adaptarse a algo que todavía no existe.

La última corrección al concepto de adaptación en su acepción teleológica es que no hay sustento alguno para suponer que la adaptación, por definición, sea positiva; puede ser destructor de capacidades y potencialidades biopsíquicas o significar un impulso al desarrollo de capacidades y a la realización de potencialidades (Laurell, A.C., Noriega, M.).

Esta línea de crítica y de reconstrucción del concepto de adaptación nos permiten proponer que la historicidad de los procesos biológicos humanos se deriva de la capacidad que tiene el cuerpo y la mente de responder con plasticidad contra y a través de sus condiciones de desarrollo; proceso que origina "modos de andar de la vida" históricamente específicos, o sea, un nexo biopsíquico característico. Esta concepción plantea entonces no sólo el abandono de la separación entre lo externo y lo interno sino además la ruptura con el reduccionismo teórico, ya que el concepto nexo biopsíquico se construye en referencia a la complejidad e interrelacionalidad de los procesos biopsíquicos humanos.

Planteada la explicación de los mecanismos que transforman los procesos biológicos y psíquicos es necesario analizar por qué estas transformaciones tienen carácter social e histórico; por qué no pertenecen sólo al reino de lo natural. Este interrogante nos remite a examinar lo que, hasta ahora, hemos llamado las "condiciones de desarrollo" o el "ambiente", contra y a través de los cuales el cuerpo y la mente responden con plasticidad. Estas condiciones son socialmente producidas y el resultado concreto de la forma histórica específica que asume el proceso de apropiación de la naturaleza (proceso de trabajo o proceso de reproducción social) es una sociedad determinada. Sin embargo, estas "condiciones de desarrollo" no son las mismas para todos los grupos sociales en una sociedad, sino que asumen formas particulares dependiendo de la inserción específica de éstos en el proceso global (Laurell, A.C., Noriega, M.). Esto nos permite señalar, como la segunda característica de estas condiciones, que las de cada grupo social tienden a ser heterogéneas respecto a las de los otros grupos, pero relativamente homogéneas para los integrantes de cada grupo.

Esto significa que tenemos nexos biopsíquicos característicos, que constituyen "estereotipos de adaptación", surgidos de las formas de responder contra y a través de las condiciones particulares de desarrollo. Estas formas particulares del nexo biopsíquico son pues socialmente producidas porque son el resultado de una compleja interrelación entre los procesos sociales externos y los procesos biopsíquicos humanos. Por ello decimos "contra" -para subrayar que las condiciones concretas significan exigencias psicobiológicas a enfrentar y "a través"- para señalar que parte de los medios para enfrentar estas exigencias es la transformación de las condiciones externas, lo que es la acción transformadora del sujeto sobre sus condiciones objetivas de existencia.

La explicitación de que los procesos biológicos y psíquicos humanos son en sí mismos sociales y la explicación de los mecanismos que les confieren este carácter social, no es un mero ejercicio teórico, sino que conducen a una nueva manera de plantear las preguntas y a la precisión sobre los instrumentos necesarios para responderlas. Es decir, no sólo significa comenzar a realizar una nueva construcción teórica del objeto de conocimiento y de sus relaciones internas y externas, sino también de construir un nuevo encuentro entre las ciencias biológicas y las ciencias sociales. Esto, a su vez, obliga a explorar la propia constitución y lógica interna de éstas.

Si tienen razón en sus críticas Canguilhem, Dubos, Lewontin y Levins los temas de la investigación biomédica tienen que sufrir desplazamientos radicales. La investigación biomédica tiene que ocuparse de explicar la transformación y la complejidad y no la estabilidad a través de un

procedimiento de reducciones sucesivas. Está obligada a abandonar el compromiso con la separación entre lo interno y lo externo y con el reduccionismo metodológico. Como lo expresa Canguilhem, "la puesta en relación de las normas fisiológicas en el hombre con la diversidad de los modos de reacción y de comportamiento que, por otra parte, dependen de normas culturales, se prolonga naturalmente con el estudio de las situaciones patógenas específicamente humanas" (Canguilhem, G., 1978: 218).

4. CARACTERÍSTICAS DE LOS CONCEPTOS ANALÍTICOS

La explicitación de la interpretación, arriba expuesta, del carácter social del proceso salud-enfermedad permite hacer dos precisiones teóricas, con implicaciones metodológicas importantes. La primera se refiere a la construcción teórica de su objeto de conocimiento específico que sería el nexo biopsíquico de los grupos humanos, definidos a partir de su inserción particular en el proceso de reproducción social. Es decir, es una dimensión particular de la totalidad social en cuanto representa la expresión en la corporeidad y psiquismo humanos de los procesos sociales. Esto quiere decir que es un concepto que no contrapone lo social con lo biológico y psíquico, sino que permite aprehender la constitución de lo biológico y psíquico humano como proceso social a través de su articulación en otros procesos sociales. Esto significa además que, a pesar de que el objeto de conocimiento está construido a partir de las colectividades humanas, no plantea una contraposición entre lo colectivo y lo individual, sino que recurre a lo colectivo para poder estudiar lo social del nexo biopsíquico humano, dado que es en la colectividad donde resulta aprehensible.

La segunda precisión teórica es que permite definir las características que deben cumplir los conceptos explicativos de la medicina social. De esta manera, tienen que ser conceptos que permiten construir teóricamente la relación entre los procesos sociales y sus expresiones particulares en los procesos biopsíquicos humanos. Es decir, deben ser elegidos o construidos en función de su capacidad de dar cuenta, no de los procesos sociales en general, sino de aquellos procesos sociales que tienen la cualidad de transformar los procesos biopsíquicos humanos. La exigencia es, pues, que los conceptos analíticos empleados correspondan a la especificidad del objeto científico sobre el cual se pretende generar conocimiento y que permitan construir teóricamente las relaciones externas e internas de éste. Dicho de otro modo, no se trata de hacer una mera aplicación externa de los conceptos al objeto de conocimiento, sino de usarlos para construir a nivel del pensamiento sus relaciones internas y externas.

Esto implica, por otra parte, que la comprensión de la relación entre lo social y lo biológico no pasa por conocer el contenido de "una caja negra"

interpuesta entre ambos, ya que resulta un contrasentido si se asume el carácter social de los propios procesos biológicos. Por el contrario, el problema teórico a resolver es encontrar aquellos conceptos que permitan dar cuenta de cómo los procesos sociales transforman a los procesos biológicos. Es por ello necesario advertir contra la idea de que todos los conceptos del materialismo histórico son adecuados para explicar el proceso salud-enfermedad colectiva. Lo son sólo aquellos que pueden ser desdoblados a manera de dar cuenta de la especificidad de nuestro objeto de conocimiento¹.

Este señalamiento define una exigencia respecto a los conceptos a utilizar pero no pretende cerrar sino abrir un camino teórico-metodológico. Es decir, no implica optar por uno o dos conceptos analíticos para constituir una vez para siempre un marco teórico a ser aplicado a todos los objetos de estudio particulares de la medicina social. Por el contrario, sólo plantea la necesidad de que los conceptos desempeñen un papel conductor del proceso de investigación, o sea, permitan determinar qué interesa conocer y proporcionen un marco de interpretación de la información obtenida. No hay ningún concepto que, a priori y respecto a cualquier problema de la medicina social, sea el correcto. O dicho de otro modo, no hay un marco teórico general, construido antes y por fuera del proceso de generación de conocimiento, que deba ser aplicado siempre a cualquier objeto de estudio particular. En este sentido, el debate sobre los conceptos analíticos centrales no puede plantearse como el debate entre uno u otro concepto, sino sobre la capacidad de cada uno de ellos de dar cuenta de conjuntos de problemas planteados a la medicina social. Habría que anotar que esta capacidad explicativa tampoco se puede establecer a priori, sino que se pone a prueba y se demuestra en la investigación concreta.

5. ALGUNAS CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS

La importancia de los conceptos y la construcción teórica de la relación entre los procesos sociales críticos y el proceso salud-enfermedad es una vertiente que nos permite marcar algunas diferencias metodológicas entre la concepción médico-social y la concepción bionatural del pensamiento médico dominante. Esta última, como hemos insistido, preserva en su práctica investigativa el "compromiso con la explicación reductiva", propio del paradigma de las ciencias naturales. Esto la lleva a constituir objetos de

¹ Para un ejemplo concreto ver mi ensayo "La Construcción Teórico-metodológica de la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores". En: Para la Investigación sobre la Salud de los Trabajadores, OPS, Washington, D.C., de próxima aparición.

estudio cada vez más simples y abstractos -del órgano, a la célula, a las estructuras subcelulares, a la molécula, etc.-. Este procedimiento excluye deliberadamente la explicación de la complejidad o pretende construirla yuxtaponiendo los conocimientos sobre los objetos particulares.

La concepción sociomédica, por su parte, obliga a adoptar un procedimiento metodológico diferente porque es un objeto que, por su propia construcción, pone en el centro de la indagación a la complejidad de los procesos y a las relaciones entre ellos.

Plantear como objeto de conocimiento a las formas históricas de los procesos biopsíquicos como expresión de los procesos sociales en la corporeidad humana, conlleva la necesidad de estudiar tanto lo social como lo biológico y lo psíquico. Por ello, no basta hacer preguntas sólo sobre los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad sino que se requiere formular otras sobre los procesos biológicos y psíquicos. Sin embargo, debe subrayarse que las preguntas sobre estos últimos son distintas planteadas desde la concepción sociomédica que desde la concepción bionatural.

A modo de ilustración, podemos analizar cómo cada una de estas concepciones plantearían el problema de la duración de la vida, lo que para la concepción bionatural es el problema del envejecimiento y para la sociomédica es el problema del desgaste. Para comprender el envejecimiento se busca detectar el o los mecanismos que lo explican; puede ser un reloj biológico (genético) que "marca" un tiempo determinado de sobrevivencia del individuo o puede encontrarse en los mecanismos que regulan la reproducción celular. La muerte prematura (antes de que se haya cumplido el ciclo "natural") por causas "externas" es para esta concepción irrelevante; una irregularidad a controlar en el diseño experimental.

Para poder explicar el desgaste² -aún suponiendo que existe un reloj genético- lo relevante es estudiar cómo los procesos biopsíquicos se van constituyendo y transformando como el resultado de las condiciones contra y a través de las cuales se (re)producen los grupos sociales. Tienen particular importancia entonces la "normas de andar de la vida" o las formas, diversas y cambiantes, que asume el nexo biopsíquico humano, porque ellas expresan el conjunto de las capacidades vitales del organismo. En esta perspectiva, la muerte nunca es "prematura", ya que incluso el accidente -la causa de muerte externa por excelencia- está prefigurada en las condiciones contra y a través de las cuales se reproducen los grupos humanos. Es decir, bajo esta concepción, lo prematuro no tiene sentido en sí mismo sino

² Definido como la pérdida de capacidades efectivas y/o potenciales biopsíquicas. Cfr Laurell, A.C., Noriega, R.

únicamente con relación a una "normalidad" histórica y respecto a la cual sólo puede ser expresada estadísticamente. Sin embargo, a pesar de que la concepción sociomédica abandona el compromiso con la separación entre lo externo y lo interno, y el reduccionismo metodológico no puede prescindir del estudio de lo biológico y lo psíquico sustituyéndolo con el estudio de lo social, necesita buscar un encuentro con las ciencias biológicas.

Por la forma de construir su objeto de conocimiento la concepción sociomédica difícilmente puede evadir el reto interdisciplinario. Es así porque su objeto está atravesado por varios campos disciplinarios -cuya constitución antecede la construcción de este objeto- que tienen cuerpos de conocimiento y procedimientos metodológicos consolidados. A menos de que se asuma la postura de rechazar éstos por haber sido producidos bajo otra concepción, es necesario plantearse el problema de cómo articular las ciencias básicas naturales y sociales en lo referido, tanto a sus cuerpos de conocimientos, como a sus instrumentos de investigación.

Para visualizar las posibles soluciones a esta cuestión es útil remitirse a la construcción del proceso de investigación. Un primer señalamiento es que, en cuanto la concepción sociomédica se refiere a un nivel más complejo, es a partir de ésta que se formulan las preguntas y se establece la lógica de la investigación. Proporciona, además, el marco de interpretación de la información generada, dado que permite establecer las relaciones entre los fenómenos estudiados. Esto quiere decir que nos permite precisar cuáles son los elementos sustantivos del problema respecto a los cuales se requiere generar información. De allí se arriba al problema de la elección de las técnicas de investigación y su combinación³.

En la práctica de la investigación interdisciplinaria puede haber dos caminos (Franco, S., Nunes, E., Breilh, J., Laurell, A.C., 1991: 263-268) para evitar que desemboque en una mera juxtaposición de técnicas e investigadores que tiende a producir resultados pobres al no dar cuenta de la complejidad del problema. El primer camino consiste en la elección y construcción conjunta de objetos de estudio específicos que están ubicados en la intersección entre las disciplinas. La construcción conjunta garantiza que los investigadores involucrados tienen un entendimiento preciso del carácter del problema a explorar y facilita la elección de los instrumentos idóneos.

Un segundo camino, que se ha llamado transdisciplinario, parte del análisis del objeto de conocimiento general y establece a partir de éste la

³ Véase por ejemplo: Samaja, J. La triangulación metodológica. Memorias II Taller Latinoamericano de Medicina Social, Universidad Central de Venezuela, Caracas, 1991.

posible concurrencia disciplinaria y las técnicas de investigación relevantes. Sin embargo, en ambos casos es necesario ejercer una vigilancia epistemológica permanente que tiene por finalidad precisar las características de la información producida. Dicho de otro modo, esta vigilancia ejercida sistemáticamente permite conocer las distorsiones del objeto de estudio que resultan del uso de determinadas técnicas de investigación para considerarlas y corregirlas en la interpretación del conjunto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almeida Filho, N. La práctica teórica de la epidemiología social en América Latina. Salud y Cambio N° 10, 1992.
2. Breilh, J., Granda, E. La Investigación de la Salud en la Sociedad, CEAS, Quito, 1980.
3. Canguilhem, G. Lo Normal y lo Patológico. Siglo XXI, México, 1978.
4. Dubos, R. Man Adoptina. Yale University Press, New Haven, 1965.
5. Franco, S.; Nunes, E.; Breilh, J.; Laurell, A.C. Debates en Medicina Social. OPS-ALAMES, Quito, 1991.
6. Laurell, A.C. La salud-enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud.
7. Laurell, A.C., Noriega, M. La Salud en la Fábrica. ERA, México.
8. Laurell, A.C. Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. Memorias del Taller Latinoamericano de Medicina Social, ALAMES, Medellín, 1987.
9. Levins, R.; Lewontin, R. The Dialectical Biologist. Harvard University Press, Cambridge, 1985.
10. Lewontin, R.C. Ser o no ser. La identidad biológica. La Jornada Semanal, N° 197, 1993.