

Aproximación al proceso salud-enfermedad

Belkis M. Lopez D.¹, Graciela A. Carvallo F.²

¹Departamento de Salud Odontológica Comunitaria.

²Departamento de Prostodoncia y Oclusión.

Facultad de Odontología. Universidad de Carabobo.

b110196@hotmail.com

Recibido: 06/11/2008

Aceptado: 15/06/2009

Resumen

El propósito de este estudio fue realizar una revisión bibliográfica sobre los modelos del proceso salud-enfermedad desde sus comienzos con la concepción mágico religiosa, hasta la actualidad, que han surgido en analogía al nivel científico y tecnológico en atención a la organización social de cada época y cultura. Metodológicamente, se realizó consulta física y electrónica de revistas científicas y textos nacionales e internacionales, que tienen como referente común el proceso salud-enfermedad. La consulta electrónica se realizó a través de la base de datos MEDLINE y LILACS. Como aspecto central se describieron los modelos teóricos: mágico religioso, teoría miasmática, contagionista, unicausal, multicausal, epidemiológico, ecológico y el histórico social, para su interpretación. Se detallaron las ventajas y las insuficiencias de cada uno de los modelos y se señalaron otras explicaciones sobre los factores que intervienen en la génesis de las enfermedades, específicamente la situación socioeconómica, como condicionante de la enfermedad y la manera en que se generó la concepción histórica social. Finalmente se hizo referencia a algunos elementos importantes sobre el enfoque epidemiológico crítico en comparación con el enfoque tradicional de la epidemiología clásica.

Palabras clave: Proceso salud-enfermedad, modelos teóricos, epidemiología clásica y crítica.

Summary. Approach to process health-disease

The intention of this study was to make a bibliographical revision on the models of the process health-disease from its beginnings with the religious conception magical, to the present time, that have arisen in analogy at the scientific and technological level in attention to the social organization from every time and culture. Methodologically, it was made physical and electronic consultation of scientific magazines and national and international texts, that have like referring common the process health-disease. The electronic consultation was made through the data base MEDLINE and LILACS. As central aspect the theoretical models were described: religious magician, miasmatic, contagionist, unicausal, multicausal theory, epidemiologist, ecological and historical the social one, for its interpretation. The advantages were detailed and the insufficiencies of each one of the models and were indicated other explanations on the factors that take part in the genesis of the diseases, specifically the socioeconomic situation, like conditioner of the disease and the way in which the social historical conception was generated. Finally reference to some important elements was made on the approach critical epidemiologist in comparison with the traditional approach of the classic epidemiology.

Key words: Process health-disease, theoretical models, classic and critical epidemiology.

Introducción

Desde tiempos remotos como lo marca la historia la salud y la enfermedad han sufrido una serie de transiciones a medida que el hombre las ha concebido dentro de su entorno. A la enfermedad se le considera como un proceso y también, como el status consecuente de afección de un *ser vivo*; pudiendo ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo, caracterizado por una alteración de su estado *ontológico* de salud (1).

Según sus dimensiones, a la enfermedad se le reconocen tres, una ontológica, que considera la raíz externa en su génesis, otra dinámica como un equilibrio entre sujeto y ambiente y una sociológica representada por el rol del enfermo. Igualmente, la salud es considerada multidimensional, ya que abarca tres dimensiones, la ontológica (objeto), como el ser de la salud; la epistemológica (concepto), con las ideas sobre la salud; y la dimensión práxica (campo de acción), con las acciones de promoción y prevención en salud (2).

No existe un concepto acabado del proceso salud-enfermedad, dado su carácter polisémico y el contexto multidimensional que abarca; más aún, el devenir histórico ha planteado diferentes concepciones, tanto así que es imposible dar una definición única sin caer en parcialidades. Salud y enfermedad son una entidad y en ese sentido deben ser entendidas. El concepto o noción de enfermedad no existe en ausencia del de salud y viceversa. Sin embargo, esta afirmación, simple en apariencia, encuentra serias limitaciones tecnológicas, políticas, sociales, económicas y culturales, al momento de materializar conceptos. (3)

Resulta comprometido separar la salud y la enfermedad y por lo tanto, su relación muy compleja, puede describirse más como una continua conjunción de ambos conceptos que poseen *per se*, diferentes niveles de equilibrio, que asumirlos como una separación de ambos conceptos.

La concepción de salud-enfermedad ha sufrido una serie de modificaciones a lo largo de las épocas; debido a que cambia según la cultura e interpretación de cada individuo (4). Al considerar, que muchas de las percepciones sobre el concepto

de salud y enfermedad pueden ser contrapuestas para algunas culturas y complementarias para otras, lo cual aunado al carácter multifactorial del proceso salud-enfermedad determinan la variación de un país a otro, de región a región dentro de un mismo país y de una comunidad a otra dentro de una misma región (5).

La epidemiología como disciplina encargada del estudio de la distribución y los determinantes de salud y enfermedad en la población humana (2), en su concepción clásica, concibe el proceso salud-enfermedad de manera dinámica y reconoce que el individuo pasa de un estado a otro, repetidamente, a lo largo de su vida y en este continuo, identificar los límites de uno u otro se transforma en un problema de orden técnico para esta ciencia (3).

A través del tiempo, el hombre ha elaborado diferentes modelos teóricos sobre el proceso salud-enfermedad, así como también han surgido diversas interpretaciones del mismo, que han orientado las prácticas sanitarias. Tales modelos han sido acordes con el nivel científico y tecnológico alcanzado y con la forma de organización social predominantes en cada época y cultura; y solamente pueden ser comprendidos a partir del estudio de los procesos generales de la sociedad y su interrelación con los procesos particulares de reproducción social.

Al hacer una mirada retrospectiva del proceso salud-enfermedad, se encuentra el modelo Mágico Religioso, en el cual las fuerzas desconocidas y los espíritus (benignos y malignos), constituyen las variables determinantes y condicionantes del estado de salud-enfermedad que priva en un individuo o en una sociedad. Bajo esta concepción, se acepta la muerte pero se circunscribe la prevención a la obediencia de normas y tabúes, y la curación a la ejecución de ritos. Su principal desventaja radica en que impide el avance cognoscitivo a la vez que fomenta la actividad pasivo-receptiva del hombre (6). Tiene como principales seguidores las sociedades primitivas hasta la actualidad con sus principales representantes: chamanes, curanderos, sacerdotes y espiritistas.

Durante el desarrollo de cultura griega se produce el inicio de una concepción racionalista y naturalista del proceso salud-enfermedad, alejada de la magia y supersticiones mítico-religiosas. La salud es lo máspreciado y sinónimo de belleza.

La enfermedad es producto del desequilibrio, la desviación de la norma, y la sanción pasa por el retorno a la naturaleza. Los principales representantes son Hipócrates, Platón, Aristóteles y Galeno (7).

Los griegos en su ley natural (490 a 435 a C), enuncian que en el universo funcionan cuatro grandes cualidades o características, lo caliente, lo frío, lo húmedo y lo seco; las cuales a su vez resultaban del pareamiento de las cuatro sustancias básicas: tierra, aire, fuego y agua. Este planteamiento establece que la salud y la enfermedad se producen a través del equilibrio o desequilibrio de estos elementos y cualidades (8).

Hipócrates y Galeno, postulan la teoría miasmática afirmando, que la enfermedad se produce por los “miasmas” invisibles que contaminan el aire, lo esencial es la idea de que los miasmas se originan en determinados focos medioambientales y se propagan a través del aire. La difusión brusca de estos miasmas explica la aparición de epidemias, en sitios considerados como “insalubres”, tal como áreas con abundantes descargas de aguas servidas, o zonas de periódica inundación, de donde emanan vapores y que conducidos por el aire provocan las enfermedades. Al origen miasmático, los griegos suman la predisposición individual asociada a los hábitos personales y una tercera causa, que es el contagio (9). El contagionismo como teoría, atribuye la enfermedad a una influencia transmitida por contacto directo o indirecto con un enfermo y podía estar mediado por partículas o producirse en virtud de influencias inmateriales. Lo más distintivo de esta teoría es la suposición de que el origen de la enfermedad está en los propios enfermos (9, 10).

Durante la Edad Media (siglo V al XV), el miasmatismo tiene escasa relevancia. Hacia el siglo VI con la aparición y propagación de la lepra en Europa comienza a tener mayor alcance el contagionismo y para el siglo XIV con el brote de la peste negra, la teoría contagionista fue absolutamente predominante (9).

En el Renacimiento, Fracastorio de Verona a comienzos del siglo XVI, elabora una teoría “contagio animado”, la cual sostiene que cada enfermedad es causada por un agente distinto

“semilla *morbi*” que se produce en el enfermo y se transmite a las personas sanas por tres mecanismos: por contacto, por fomites y a distancia; y en consecuencia plantea tres formas de tratamiento: destrucción de la “semilla *morbi*” mediante calor o frío; su eliminación del cuerpo humano y su neutralización empleando medicinas (9).

El miasmatismo, no obstante, resurge en los siglos XVI, XVIII y XIX y desaparece definitivamente del pensamiento científico a propósito de la epidemia del cólera en Londres a mediados del siglo XIX, cuando John Snow formula la hipótesis sobre la transmisión del cólera a través del agua, estableciéndose las bases teórico-metodológicas de la epidemiología clásica, concentrando su esfuerzo en los problemas que se manifiestan en el hombre como proceso individual y abordando sólo la dimensión biológica de dichos problemas.

De igual manera, los descubrimientos microbiológicos realizados por Pasteur y Koch en la segunda mitad del siglo XIX y a principios del XX contribuyen a descartar por completo la teoría miasmática. En esta época, el hombre se halla dominado por la naturaleza, por lo tanto, la enfermedad es la respuesta a la presencia de agentes externos, siendo un fenómeno dependiente de un agente biológico causal y de la respuesta del individuo, reconociéndose una causa única y fundamental para la producción de la enfermedad (7). Surge así el modelo unicausal, el cual permite la investigación de medidas de control y de fármacos que revolucionan el tratamiento individual del enfermo; pero no explica por qué el mismo agente no produce siempre enfermedad por lo que descifra de manera parcial las causas de la enfermedad sin aclarar el rol de otros factores como el social (6).

El gran desarrollo de las fuerzas productivas, debido al advenimiento industrial y las necesidades surgidas en la conquista de nuevos territorios económicos (África, Asia y América Latina), hicieron que esta teoría unicausal se fortaleciera, lo cual se explica por: el desarrollo tecnológico de las ciencias físico-químicas y naturales, producto del industrialismo que permitieron el avance de la medicina y la sustitución progresiva de las explicaciones de carácter sobrenatural. Los

descubrimientos microbiológicos estimulados por las empresas de explotación en territorios tropicales impactaron decididamente en la reconceptualización de la causalidad, donde el parásito, la bacteria y el virus pasaron a ser las causas última y única de la enfermedad (11, 12).

A pesar de los grandes descubrimientos en el campo médico, esta teoría unicausal pierde paulatinamente la capacidad de brindar una respuesta adecuada a las necesidades del sistema en el área de la salud, ya que el campo de los servicios, está constituido por complicados sistemas de atención apoyados sobre una costosa infraestructura técnica de diagnóstico y tratamiento y las inmensas inversiones en este tipo de atención médica, solamente accesible a pequeños grupos de trabajadores tecnificados, lo cual se hace más notorio en los países subdesarrollados, donde una gran cantidad de la población continúa sin la protección de los servicios estatales.

Todo esto aunado a la crisis del capitalismo iniciada en la década de los 60, caracterizada por un agudo déficit fiscal, además de la concientización y el concomitante ascenso de la lucha popular (sectores marginados), contribuyen a que el sistema económico y político tuviera que desarrollar un nuevo marco de interpretación del proceso salud-enfermedad, el modelo multicausal, que factibiliza la conducción de acciones consecuentes a esas necesidades, descubre factores causales en la producción del problema, fáciles de atacar, con medidas masivas de control (11, 13).

Este modelo multicausal, aparece en la segunda mitad del siglo XX y plantea que ningún problema de salud responde a una causa única, aún los de origen bacteriano y para que se produzca un determinado problema, es necesaria la participación de diversos factores (8, 13). Desde este punto de vista, la salud y la enfermedad dependen del equilibrio o desequilibrio ecológico entre tres factores: agente, huésped y ambiente, mejor conocido como la triada ecológica de Leavell y Clark. El proceso salud-enfermedad o el estado de salud, en el hombre, depende de la compleja interacción de los elementos de esta triada, del conjunto causal que resulta de múltiples influencias, características, variaciones o factores de cada uno de los tres elementos y de la reacción o respuesta

del huésped a los estímulos patógenos derivados de dicha interacción multicausal. Siguiendo este razonamiento, la salud por contraste al modelo unicausal, resulta ser sinónimo de equilibrio entre el agente, huésped y ambiente (1).

Aceptando la validez de este modelo multicausal, se pueden establecer dos momentos en el proceso de la enfermedad, el primero ocurre en el medio ambiente, antes de ser afectado el hombre, y el segundo, una vez que ha sido afectado. Ambos constituyen la historia natural de la enfermedad, concebida como la secuencia o curso de acontecimientos que ocurren en el organismo humano entre la acción secuencial de las causas componentes (etiología) hasta que se desarrolla la enfermedad y ocurre el desenlace (curación, paso a cronicidad ó muerte); perfectamente identificada por Leavell y Clark (14). El conocimiento de la historia natural de la enfermedad, permite conocer la causa o etiología de una enfermedad, los medios de prevención, diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una enfermedad.

Toda esta concepción de la historia natural de la enfermedad, ha sido evidentemente útil para el control de muchas enfermedades transmisibles y ha guiado a los epidemiólogos por décadas, sin embargo, hay que destacar que se fundamenta en una concepción biológica de la enfermedad, por lo que resulta limitada para explicar muchas de las patologías modernas crónico-degenerativas, ya que el aspecto social, es concebido como algo externo al hombre, como algo dado, y sólo como condicionante de las relaciones agente-huésped.

En resumen, el modelo multicausal, desconoce la categoría social del hombre ya que lo considera un ser eminentemente biológico, lo que permite esconder diferencias de clases que existen entre los mismos. Se limita a abordar condiciones biológicas de la fuerza de trabajo para que el hombre como fuerza del mismo se mantenga en el mercado. Separa artificialmente al sujeto social (factor hombre) y su producción (cultura-ambiente) logrando esconder el origen social del hombre, haciéndolo aparecer como algo extraño, como un poder independiente del producto que pueda lesionarlo, sin que la propia organización del factor humano tenga que ver con el problema. Esta deformada interrelación permite proponer

medidas correctivas (biológica-ecológica) y no busca transformaciones estructurales que atenten contra el equilibrio del sistema. Los factores agente-medio aparecen como elementos ahistóricos (11).

Al modelo multicausal se le incorpora un elemento central de análisis como es la identificación de los factores de riesgo para el estudio de la salud-enfermedad colectiva e introduce la red de causalidad, y surge así el método Epidemiológico clásico (13). El modelo multicausal se generó en la segunda mitad del siglo XX (60s) y sus representantes fueron Mac Mahon y Pugh (1975) (6). La limitación fundamental de este modelo, yace en el valor de que cada factor de riesgo depende de la distancia y del tamaño del efecto en la red de causalidad, además de que lo biológico y lo social aparecen como factores indiferenciables. Los multicausalistas y Mac Mahon plantean que la epidemiología persigue el propósito práctico de descubrir las relaciones que ofrezcan posibilidades para la prevención de la enfermedad, por lo que se dice que no buscan la verdadera causa del problema, las causas necesarias, sino dar una respuesta práctica cortando la cadena causal mediante la supresión o modificación de una de las variables intervinientes en la aparición del problema con el fin de lograr su disminución a niveles tolerables, sin tocar las causas estructurales que pueden desequilibrar el sistema (11).

Más tarde, en los años 70 Susser como principal representante de la concepción ecológica, concibe a la salud-enfermedad como resultado de la interacción agente-huésped-ambiente, en un contexto tridimensional que descubre tanto las relaciones de factores causales entre sí, como las relaciones directas con el efecto. Este modelo, hace énfasis en la interdependencia del hombre y sus conexiones con el contexto biológico, físico, social e histórico. Su objetivo es el estudio de las relaciones múltiples, a través de los niveles de la estructura causal, tanto el nivel macroindividual que está por encima del individuo (ambiente, dinámicas interpersonales, fuerzas sociales, raza, etnia, política y economía) como el microindividual que está por debajo de él (sistemas orgánicos, células, genes, proteínas, átomos), que contribuyen a ampliar el entendimiento del proceso salud-

enfermedad. El modelo ecológico considera que estos niveles que componen el modelo, aportan elementos causales y patogénicos disímiles al proceso salud-enfermedad y las relaciones de interacción recíproca que se producen entre ellos se convierten en un aporte valioso (15, 16).

El modelo ecológico hace un reconocimiento tanto de la multicausalidad de los problemas de salud, así como confiere amplitud al concepto de salud sobre la complementariedad de la enfermedad. De tal manera, que las condiciones de salud, según Susser, pueden ser la enfermedad, la dolencia o el padecimiento. La enfermedad es la presencia objetiva de un proceso de disfunción orgánica o psicológica en el individuo, la dolencia es la percepción subjetiva que provocan tales disfunciones, y el padecimiento, finalmente, es el papel que la sociedad otorga al individuo enfermo y que éste asume frente a la enfermedad. La ausencia simultánea de las tres condiciones es el estado que pragmáticamente se llama "salud" (17).

La extensión conceptual propuesta por Susser, abre las puertas para la utilización de la epidemiología en casi todos los campos de la salud humana y, más recientemente, para su empleo prácticamente permanente en la evaluación de las acciones, servicios, programas y políticas de salud. Este desarrollo, ha conducido a la epidemiología a campos del saber en los que antes no era concebible su presencia, como la economía y las ciencias políticas, adquiriendo también una legítima proximidad a las ciencias sociales (17).

Si bien es cierto, este modelo retoma el análisis de las mismas variables que incluye el modelo multicausal, también es cierto que su abordaje permite asignar un valor específico a cada factor involucrado en el proceso de estudio (18). Sin embargo, esta propuesta no explica la génesis de perfiles diferenciales de salud-enfermedad ya que carece de conceptos y métodos adecuados para abordar lo social, detracción semejante atribuida a los modelos anteriores.

Para la misma década específicamente en 1978, a pesar de los esfuerzos de organismos internacionales tal como la Organización Mundial de la Salud (OMS), a través de la Atención Primaria

en Salud (APS), concebida como una estrategia de transformación del modelo asistencial, para poder asumir la problemática de salud-enfermedad como expresión de las condiciones de vida de diferentes grupos de población y poder comprender las articulaciones entre estos y los procesos sociales más generales; y alcanzar la meta de “Salud para todos en el año 2000”, se evidencia un rápido deterioro de la salud y de la calidad de vida especialmente de las poblaciones de América Latina, producto de la crisis económica y social, consecuencia de la deuda externa y de la aplicación de políticas erradas y comprometidas con intereses ajenos a los de dichas poblaciones, que conjuntamente con el reducido acceso a bienes de consumo, aún los más simples y necesarios (alimentación, vivienda, vestuario, educación y salud) (19, 13), imposibilitan el alcance de la meta propuesta para el año 2000.

En virtud de lo anteriormente expuesto, resulta evidente, que la concepción sobre la salud-enfermedad predominante desde mediados de la década de los setenta, tuvo que ceder espacio al análisis crítico y cuestionador sobre su vigencia y validez para la interpretación de los problemas de salud-enfermedad y entrar en contradicciones con enfoques teóricos-metodológicos y técnicos con mayor capacidad de comprensión de las relaciones entre los procesos sociales e históricos de la sociedad con la salud de los individuos y grupos existentes.

Es así como surge una concepción de la salud-enfermedad diferente, producto de un valioso trabajo desarrollado por Juan César García, Juan Samaja, Edmundo Granda, Asa Cristina Laurell, Jaime Breilh, Vicente Navarro, entre otros; como una interpretación más global de la condición social del ser humano, de su capacidad de producir y consumir, de su calidad de vida y de su salud o enfermedad.

Una noción donde la salud-enfermedad se considera un proceso histórico y dinámico, en el cual se concatenan los hechos sociales con los biológicos en la determinación de la salud de los grupos sociales que interactúan en la sociedad de clases; por tanto es preciso establecer que el proceso salud-enfermedad, es un proceso social, abordado desde un nivel de mayor integridad hacia

la búsqueda científica de las determinaciones que operan en la vida social, para lo cual recurre al estudio sistemático de los procesos estructurales de la sociedad, los perfiles de reproducción social y los procesos sistémicos y locales propios de cada individuo.

Esta concepción es conocida como el modelo Histórico Social, según el cual los diferentes perfiles de salud-enfermedad guardan una estrecha relación con el contexto histórico, el modo de producción y las clases sociales, de manera que, todos los factores causales se permean por lo social-histórico (6).

La dimensión histórica, la clase social, el desgaste laboral del individuo, la reproducción de la fuerza de trabajo y la producción del individuo representan las variables fundamentales para el análisis de este enfoque. A pesar de ello, una de las críticas de esta concepción es que en su aplicación existe el riesgo de reducir la complejidad real a la problemática de las relaciones sociales y de la dimensión histórica.

Merece la pena destacar que a pesar del gran esfuerzo por abordar el proceso salud-enfermedad a través de una visión social, los resultados de salud a finales del siglo XX y principios del siglo XXI, no son alentadores; ya que las inversiones en las políticas públicas de salud y en la promoción del estado de bienestar responden al modelo económico imperante y no a las necesidades reales de las poblaciones.

Es por ello que los “Los objetivos de desarrollo del milenio” a alcanzar en el año 2015, propuestos por la OMS (2000), para dar respuesta a la crisis de salud en Latinoamérica, y que representan compromisos para reducir la pobreza y el hambre y ocuparse de la mala salud, la inequidad entre los sexos, la enseñanza, la falta de acceso al agua limpia y la degradación del medio ambiente; no dicen todo lo que es necesario decir acerca de la salud y el desarrollo. No apuntan nada, acerca de la importancia esencial de que haya sistemas de salud eficaces para alcanzar todos los objetivos de salud, como tampoco acerca de la salud reproductiva ni de las enfermedades no transmisibles (20).

Análisis crítico del proceso salud-enfermedad

El enfoque tradicional de la epidemiología clásica privilegia la dimensión biológica, basado en la simple enumeración y cuantificación de factores de riesgo, abarcando diversos modelos teóricos del proceso salud-enfermedad, que fueron particularmente exitosos en la identificación de la etiología de muchas enfermedades e incluso en su control, permitiendo ubicar a la epidemiología clásica como una disciplina auxiliar diagnóstica y clínica de la administración sanitaria.

A diferencia del enfoque anterior, la epidemiología crítica, tiende a interpretar el proceso salud-enfermedad con implicaciones de transformación global del pensamiento médico, haciendo énfasis en los procesos sociales y abordando categorías con un corte explicativo de mayor profundidad. En la epidemiología crítica se emplea la categoría de reproducción social, para explicar el proceso salud-enfermedad bajo la óptica del materialismo-histórico, desde donde se configura en un sistema de contradicciones dialécticas según cada clase se desenvuelve.(21, 22).

La especificidad de la epidemiología clásica genera ciertas restricciones metodológico-técnicas que consisten básicamente en la necesidad de priorizar y concentrar la atención en los procesos que se desarrollan en los sistemas biológicos y en las correspondientes técnicas preventivas o correctivas de orden individual. La enfermedad o trastorno bajo esta concepción clásica es la expresión de la situación individual concreta donde la posibilidad de abordar el problema y sobre todo de lograr su solución se limita fundamentalmente al individuo sin considerar el entorno social en donde se desarrolla.

El análisis crítico surge con base a la visión social de la salud y la enfermedad mediante la epidemiología crítica y en consideración a que los modelos tradicionales del proceso salud-enfermedad no atienden adecuadamente los vínculos dinámicos del mismo. Para la epidemiología crítica, la enfermedad es producto directo o indirecto de las condiciones particulares en que se desenvuelve una determinada clase social y por tanto para su comprensión es necesario el conocimiento de las

leyes estructurales de la sociedad y aquellas que condicionan la reproducción social de la clase.

Específicamente, son las características de cada clase social, las condiciones sociales y materiales de vida, la organización social y política de los espacios donde se realizan las intervenciones, las que aportan significativamente a la comprensión de los procesos sociales que contribuyen positiva y negativamente en la producción de salud (23).

El enfoque epidemiológico crítico, concibe el proceso salud-enfermedad como la síntesis de un conjunto de determinaciones que operan en una sociedad concreta y que producen en los diferentes grupos sociales la aparición de riesgos o potencialidad característicos, los cuales a su vez se manifiestan en perfiles o patrones de salud o enfermedad (24).

En atención a la concepción anterior, se establece que en el desarrollo de cada clase social aparecen condiciones beneficiosas (valores o bienes) y negativas (contravalores), las cuales constituyen un conjunto de contradicciones que se establecen como perfil reproductivo de la clase. Con la intensificación de los bienes o valores de la clase se desarrolla el polo de salud, y la supervivencia del perfil de salud-enfermedad de la clase y la consiguiente mayor probabilidad de vida; mientras que con la intensificación de los contravalores de la clase, se desarrolla el polo de la enfermedad y la mortalidad del perfil de salud-enfermedad o perfil epidemiológico social. Este expresa los elementos específicos de una clase como consecuencia de sus condiciones de reproducción social y sus tendencias de transformación histórica.

Es importante señalar que para la epidemiología crítica, cada grupo social está expuesto a una calidad de vida desigual y por lo tanto es diferente la exposición a procesos de riesgos, que provocan la aparición de enfermedades y formas de muertes específicas, así como su acceso a procesos beneficiosos de la salud y la vida. En virtud de lo cual, todo grupo social lleva inscrito en su condición de vida y en su correspondiente perfil de salud-enfermedad una compleja trama de procesos y forma de determinaciones que son investigados en tres dimensiones a saber:

a) La dimensión estructural o general, de mayor jerarquía en la determinación, formada por los procesos de desarrollo de la capacidad productiva y las relaciones sociales que operan en el ámbito bajo estudio; lo que permite caracterizar económica y socialmente la zona donde se ubican los grupos sociales.

b) La dimensión particular, se corresponde con las variaciones entre los grupos de una formación social en un momento dado. Formada por los procesos llamados de reproducción social, es decir por las formas de producir y consumir de los diversos grupos sociales que desarrollan sus actividades en zonas determinadas (25).

c) La dimensión individual, se corresponde con las características de la aparición de las enfermedades en los individuos y sus agrupaciones por atributos biológicos y sociales. Formada por los procesos sistémicos (adquiridos o congénitos de carácter hereditario o no; tales como respuestas inmunes, deficiencias o carencias nutricionales, alteraciones crónicas, hábitos o actitudes y destrezas limitadas) y locales (exposición a agentes bacterianos, virales, físicos y químicos) que en última instancia llevan a enfermar o morir, o que por el contrario, sostienen la normalidad y desarrollo somáticos y psíquicos requeridos (8).

Estas tres dimensiones tienen entre sí una dinámica de relacionarse. Los perfiles de salud-enfermedad (dimensión individual) de un determinado grupo de población están determinados por los procesos de reproducción general de la sociedad y que establecen la forma particular de inserción de dicho grupo en tales procesos generales. Esto significa que entre los niveles general y particular, existe una interrelación de determinación del nivel superior al inferior y de condicionamiento en sentido contrario (8).

En este sentido, la epidemiología crítica aborda la categoría "procesos" porque expresa el carácter dinámico de los hechos vinculados con la salud-enfermedad en todas las dimensiones; para lo cual se concentra en el estudio de tres elementos principales como son: los procesos estructurales de la sociedad que permiten explicar la aparición de condiciones particulares de vida; los perfiles de reproducción social o perfiles reproductivos

(producción y consumo) de los diferentes grupos socio-económicos (clases sociales) con las correspondientes potencialidades de salud y supervivencia (bienes o valores de uso) así como los riesgos (contravalores) de enfermar de estos grupos y sus individuos; y la comprensión integral de los fenómenos biológicos que conforman los patrones típicos de salud-enfermedad de esos grupos y sus individuos (24). Al tomar en consideración, las categorías del perfil reproductivo de las clases sociales con sus contradicciones y antagonismos, se puede interpretar científicamente que puede predominar un tipo particular de enfermedades o causas de muerte en cada clase, así como la existencia de elementos protectores (orgánico-funcionales o mentales) en la misma.

Según la inserción que tengan los individuos dentro del proceso de producción, así como de su participación en la distribución de la riqueza, se define su ubicación en la sociedad, las relaciones que establece con otros grupos sociales, las necesidades y las formas de consumo que le son impuestas por una sociedad de mercado, esto determinará en gran medida las formas enfermar y morir de los individuos (26).

Tanto el enfoque epidemiológico clásico, como el crítico tratan de aproximarse al fenómeno salud-enfermedad pero desde perspectivas diferentes. El predominio de una u otra posición no se relaciona sólo con la consistencia interna de la teorización y de las evidencias empíricas de cada una, sino también por procesos socio-ideológicos generales que amplían o limitan sus espacios de desarrollo (27).

Cada uno de los enfoques ha desarrollado estrategias interpretativas para advertir y abordar los problemas de salud dado el carácter múltiple, dinámico y particular del fenómeno más aun cuando en una sociedad estudiada coexisten distintos grupos humanos con diferencias en sus condiciones de vida y de salud (26).

Materiales y Métodos

El presente trabajo se basó en una revisión bibliográfica de revistas científicas y textos elaborados en el ámbito nacional e internacional,

que tienen como referente común abordar el proceso salud-enfermedad, desde la perspectiva de los diferentes modelos explicativos que expresen la multidimensionalidad del mencionado proceso.

Para la búsqueda de información, se hizo la consulta en el sistema computarizado de dos programas de referencias bibliográficas: MEDLINE y LILACS, dado el acceso y disponibilidad que poseen de publicaciones en revistas que hacen referencia al tópico. En esta revisión, se dieron como palabras-clave al sistema de búsqueda de bibliografía las siguientes: modelos explicativos, determinantes, salud-enfermedad.

Una vez que el programa de base de datos, hizo las posibles combinaciones de las palabras clave, se registraron 176 artículos, de los cuales se obtuvo un resumen de cada uno para su revisión y decidir la pertinencia de incluirlo en la revisión.

Del resultado de la revisión inicial, sólo 19 artículos abordaban cualitativa o cuantitativamente el análisis sobre los condicionantes y determinantes del proceso salud-enfermedad. Los artículos restantes fueron descartados para continuar la revisión debido a que sus planteamientos no eran pertinentes para el estudio exploratorio que se planteó desarrollar.

Además de los 19 artículos seleccionados, se consultaron 11 textos que consideran la temática en estudio. Es necesario puntualizar que se trató de describir cada modelo, de identificar sus ventajas y desventajas, época y representantes de cada uno para culminar con un análisis crítico del proceso salud-enfermedad.

Discusión

El proceso-salud-enfermedad ha pasado por una serie de transiciones importantes y cada uno de los modelos de salud-enfermedad que han surgido con el devenir de la historia, engloba distintas formas de estudio y experimenta procesos de cambio y evolución. Si bien no se puede concebir a estos modelos como bloques monolíticos perfectamente definidos, ellos descansan en distintos postulados y supuestos, así como distintos criterios conceptuales y metodológicos (27).

Desde la inicial concepción mágico-religiosa pasando por la miasmática, el contagionismo, la unicausal, arribando a la idea de multicausalidad, luego a la epidemiológica y a la ecológica, se ha intentado explicar el proceso de salud-enfermedad en base a contextos místicos y biológicos primordialmente, que determinan la aparición de la enfermedad y su distribución, en atención a la cultura, al pensamiento individual, al avance tecnológico y científico característico de cada época. Los modelos anteriormente señalados alcanzaron éxito en la identificación de la etiología de muchas enfermedades e incluso en su control, lo que le otorga credibilidad, sin embargo, al intentar entender y controlar los nuevos problemas de salud contemporáneos, estos modelos resultan inefectivos, por lo que emerge el modelo histórico-social sirviendo de base a la epidemiología crítica para buscar y proponer las causas de estas nuevas enfermedades y las epidemias por ellas producidas.

La epidemiología crítica pone al descubierto las conexiones internas, relaciones y determinaciones de las leyes más generales hasta las particulares y singulares de los procesos sociales y naturales. Sin lugar a dudas, desde esta perspectiva la interpretación crítica del proceso salud-enfermedad se convierte en un instrumento de denuncia sobre inequidad e injusticia que priva en los problemas de salud de las sociedades con una visión orientada a la transformación de los mismos. Aunque, en la práctica existe el riesgo de enfocar la complejidad real sólo a la dimensión social e histórica obviando la dimensión biológica al sobrestimar la dimensión social, reduciendo el estudio de la enfermedad y sus determinantes a las esferas económica y política, con lo cual se minimiza el hecho de que solamente ciertos individuos, pero no todos los que integran un estrato social, habrán de desarrollar una cierta enfermedad.

En definitiva, la mención de las delimitaciones de cada uno de los modelos del proceso de salud-enfermedad, plasma hasta que punto la metodología de análisis, los planteamientos fundamentales y los aportes de cada modelo son compatibles, complementarios, contradictorios, científicamente sólidos, tendenciosos, conservadores, críticos y/o

reflexivos; para con ello facilitar la interpretación de la evolución del proceso salud-enfermedad.

La epidemiología es una disciplina única, donde se han identificado en su desarrollo diferentes orientaciones, tal como la clásica y crítica, con distintos enfoques teóricos predominantes (28-30). Estos enfoques tienen particularidades en cuanto a paradigmas, teorías, objetos, métodos y usos; y precisamente el sujeto de interés de ella es el colectivo humano y el propósito es aportar información científica sobre su proceso de salud-enfermedad.

Referencias

1. Aranda Pastor J. Epidemiología general. Tomo I Universidad de Los Andes. Mérida: Talleres Gráficos Universitarios; 2001
2. Breilh J. Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad. Argentina: Lugar; 2003
3. Rada G. Definiciones: Epidemiología. [monografía en Internet]. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2007 [citado 01 Jun 2008]. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/Recursos/recepidem/PDF/INTRODUCTORIOS4.pdf>.
4. Terris M. Approaches to an epidemiology of health. *Am J Public Health*. 1975; 65:1037-1045.
5. Martí-Ibáñez F. Salud Pública y Medicina: su desarrollo histórico. [monografía en Internet]. Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2007 [citado 20 Oct 2008]. Disponible en: <http://www.escuela.med.puc.cl/Recursos/recipepidem/parEpidem1.htm>
6. Arredondo A. Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cad Saúde Públ*. 1992; 8 (3): 254-60.
7. Battistella G. Salud y enfermedad. [monografía en Internet]. [citado 01 May 2009]. Disponible en: http://issuu.com/cedss/docs/el_proceso_salud_enfermedad?mode=embed&documentId=0807212217502f1b15540cde498eb5bd9a15f9931fb&layout=white
8. Mena A, Rivera L. Epidemiología bucal. Caracas: OFEDO/UDUAL; 1992
9. Sánchez M. Historia, teoría y método de la medicina: introducción al procedimiento médica. España: Elsevier-Masson; 2008
10. Machado-Allison CE. Historia de la Entomología Médica. Entomotrópica. [serie en Internet]. 2004. [citado 01 May 2009]; 19(2):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.bioline.org.br/request?em04011> 2004
11. Breilh J. Nuevos conceptos y técnicas de investigación. 3ra ed. Quito: CEAS; 1997.
12. Ramis R. La causalidad compleja: ¿un nuevo paradigma causal en Epidemiología? *Rev Cubana Salud Pública* [serie en Internet]. 2004. [citado 05 May 2009]; 30(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_3_04/spu10304.htm
13. Vergara M. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad. *Rev Hacia la Promoción de la Salud*. [serie en Internet]. 2007 Ene-Dic [citado 05 May 2009]; 12: [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%2012_4.pdf
14. Valladolid R. VI curso de experto universitario en Epidemiología y nuevas tecnologías aplicadas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Salud. [monografía en Internet]. [citado 01 Jun 2008]. Disponible en: http://www.sameens.dia.uned.es/Trabajos6/Trabajos_Publicos/Trab_2/Valladolid_Acosta_2/historianatural.htm
15. Mojica M. Dos versiones de la epidemiología social: entre el centro y la periferia. *MedUNAB* [serie en Internet]. 2009 [citado 05 May 2009]; 12:[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/06_EPIDEMIOLOGIA_SOCIAL.PDF
16. Ariza Y, López C, Martínez O, Arias S. Ecoepidemiología: el futuro posible de la epidemiología. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. [serie en Internet]. 2004 [citado

- 05 May 2009]. 22(1):[aprox. 7 p.] Disponible en:http://guajiros.udea.edu.co/fnsp/revista/vol_22-1/12_ECOEPIDEMIOLOGIA.pdf
17. Moreno A., López S. Actualidades epidemiológicas. Discurso médico, salud pública y epidemiología moderna. Rev Fac Med UNAM [serie en Internet]. 2000 Nov-Dic [citado 05 May 2009]. 43 (6): [aprox. 6 p.]. Disponible en:<http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no43-6/RFM43610.pdf>
 18. Susser M. Agent, host and environment as an ecological system. Causal thinking in the health sciences. New York: Oxford University Press; 1972.
 19. Castellanos PL. Sobre el concepto de salud-enfermedad. Un punto de vista epidemiológico. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. [serie en Internet]. 1988 [citado 20 Oct 2008]. 11:[aprox. 15 p.]. Disponible en:<http://medicina.udea.edu.co/SYS/paginawebDocumentos%20001//ConceptoCastellano.doc>.
 20. Organización Mundial de la Salud. La OMS y los objetivos de desarrollo del milenio. [monografía en Internet]. Washington; 2000 [citado 20 Oct 2008]. Disponible en <http://www.who.int/mdg/es/index.html>
 21. Breilh J. Bases para un replanteamiento del método epidemiológico. Enseñanzas y usos de la epidemiología. Santo Domingo: SESPAS; 1982.
 22. Benítez JC. Consideraciones biológicas y sociales en torno a la calidad y condiciones de vida como determinantes de la salud enfermedad. [monografía en Internet]. Buenos Aires; 2002 [citado 20 Oct 2008]. Disponible en: http://www.naya.org.ar/ponencias/congreso2002/ponencias/carlos_benitez.htm
 23. Luppi I, Boggio G. Los modelos de niveles múltiples: una estrategia analítica para el estudio de los problemas de salud de la población. Rev Bras Epidemiol [serie en Internet]. 2006 [citado 05 May 2009]. 9 (1): [aprox. 14 p.]. Disponible en: http://www.scielo.br/cielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-7090X2006000100007.
 24. Breilh J. Reproducción social y salud. Quito: CEAS; 1995.
 25. Benitez C. Conceptos analíticos de calidad y condición de vida y su relación con categorías empleadas en medicina social. [monografía en Internet]. 2004 [Consulta: 13 de Agosto de 2008]. Disponible en <http://www.veneno.com/2004/v-85/beni-85.html>.
 26. Suárez J, Márquez M. Los proyectos locales de promoción de la salud. Nuevos escenarios para el desarrollo de la salud pública. Cuadernos de la Representación OPS/OMS en Panamá. [serie en Internet]. 1996 Ene-Jun [Consulta: 20 de Octubre de 2008]; 6 (6): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cub.ops-oms.org/boletines/SERIADOS/SDROPS/DOC-19.SDR.doc>
 27. Parra S, Hernández B, Durán L, López O. Modelos alternativos para el análisis epidemiológico de la obesidad como problema de salud pública. Rev Saúde Pública [serie en Internet]. 1999 Jun [citado 20 Oct 2008]; 33(3):[aprox. 12 p.]. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489101999000300014
 28. Almeida-Filho N. La ciencia tímida – ensayos de deconstrucción de la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar; 2000.
 29. Ayres JRCM. Sobre o risco: para compreender a Epidemiologia. São Paulo: Hucitec; 1997.
 30. Susser M. Conceptos y estrategias en epidemiología. El pensamiento causal en las Ciencias de la Salud. México DF: Fondo de Cultura Económica; 1991