



---

## HISTORIA Y MEDICINA

# La historia cultural de la enfermedad

Leonardo Viniegra-Velázquez\*

\* Unidad de Investigación Educativa, Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

### **The cultural history of disease**

#### **ABSTRACT**

*In this essay the concept of Cultural History of Disease (CHD) is proposed as an alternative to Natural History of Disease (NHD). A brief historic recapitulation of the concept of disease is made, and the present idea is given a detailed account which is the basis of the nosological theory of the health/disease paradigm. The main aspects of the NHD are specified, its limitations and restrictive consequences in health care are highlighted. It is proposed the idea of disease as particular and differential ways of being from human beings. It is showed how culture (everything that make us human) "takes the reins of evolution" in our species and determines, in every period, our ways of being, of living, and getting sick. Some distinctive qualities of life are showed to take a distance from the idea of machine and the dominant mechanism of health care in our time. The concept of CHD is developed as a proposal that "lightens" aspects ignored by NHD. An account is made of how, by cultural effect, a number of diseases no longer exist; others have appeared or increased their presence, have changed their features or varied their distribution. The every time more and more unsupported congenital/acquired dichotomy is discussed. It is showed how the epigenetic inheritance is a strong evidence against the separation between genetic and environmental. The mechanist causality, in its different characteristics, proper of the health/disease paradigm and of NHD, is contrasted to contextual causality proper of CHD. The implications of CHD in the way of approaching to diseases, in restating the patients', physicians' and health care institutions' role are discussed. As well as in recognizing that health care has no sense without life care in its different manifestations, from which derives the need to fight for more proper conditions and circumstances for a dignified, satisfactory, serene, fraternal life in including societies.*

**Key words.** Chronic disease. Cultural history of disease. Culture. Epigenetic inheritance. Causality. Health care.

### **RESUMEN**

En este ensayo se propone el concepto de Historia Cultural de la Enfermedad (HCE) como alternativa a la Historia Natural de la Enfermedad (HNE). Se hace una breve recapitulación histórica del concepto de enfermedad y se puntualiza su versión actual que es base de la teoría nosológica del paradigma salud/enfermedad. Se describen los aspectos principales de la HNE; se destacan sus limitaciones y sus consecuencias restrictivas en el cuidado de la salud. Se propone la idea de las enfermedades como *formas de ser particulares y diferenciadas de los seres humanos*. Se argumenta cómo la cultura (todo lo que nos hace humanos) "toma las riendas de la evolución" en nuestra especie y determina, en cada época, nuestras formas de ser, de vivir y de enfermar. Se destacan algunas cualidades distintivas de la vida para tomar distancia de la idea de máquina y del mecanicismo que predomina en el cuidado de la salud en nuestro tiempo. Se desarrolla el concepto de HCE como propuesta que "alumbra" aspectos ignorados por la HNE. Se hace un recuento de cómo, por efecto de la cultura, diversas enfermedades no existen más, otras han aparecido o incrementado su presencia, otras han cambiado su fisonomía o variado su distribución, etc. Se discute la dicotomía congénito/adquirido, cada vez más insostenible. Se muestra cómo la herencia epigenética es una evidencia fuerte contra la separación entre lo genético y lo ambiental. Se contrasta la causalidad mecanicista propia del paradigma salud/enfermedad y de la HNE, en sus diferentes características, con la causalidad contextual propia de la HCE que se propone. Se discuten las implicaciones de la HCE para la forma de aproximarnos a las enfermedades, para replantear el papel de los pacientes, de los médicos y de las instituciones en el cuidado de la salud. También para reconocer que el cuidado de la salud carece de sentido sin el cuidado de la vida en sus diversas manifestaciones, de donde deriva el imperativo de luchar por condiciones y circunstancias cada vez más propicias para una vida digna, satisfactoria, serena, fraternal, en sociedades incluyentes y solidarias.

**Palabras clave.** Enfermedad crónica. Historia cultural de la enfermedad. Cultura. Herencia epigenética. Causalidad. Cuidado de la salud.

*“Cuidar de la salud es sólo un componente de algo superior: cuidar de la vida; ¿Qué sentido tiene el cuidado de la salud si pasa por alto el cuidado de la vida? Cuidar la vida es procurar la dignidad, la satisfacción, la serenidad, la fraternidad; Es pretender un ambiente social pluralista, incluyente, igualitario, justo y solidario.”*

*El autor*

## INTRODUCCIÓN

El título nos remite de entrada a una confrontación: ¿historia natural o historia cultural de la enfermedad? Desafiar las ideas dominantes es una empresa arriesgada que requiere razones de peso bien fundamentadas. En este ensayo me propongo desarrollar argumentos fuertes y mostrar evidencias diversas, para sustentar la necesidad y proponer un cambio de enfoque en nuestra forma de mirar las enfermedades. Para tan aventurado propósito, iniciaré con una breve recapitulación relativa a la historia natural de la enfermedad: concepción que rige, en los tiempos que corren, la manera de percibir las enfermedades y de actuar ante su presencia.

Desde la remota antigüedad, hace su aparición la idea de historia natural, quizá el ejemplo más representativo es la obra enciclopédica de Plinio el Viejo: *Historia Naturalis* de la primera centuria de nuestra era, para describir las cosas del mundo, incluidas algunas enfermedades.<sup>1</sup> Esta idea reaparece con fuerza en el siglo XIX; sin embargo, puede afirmarse que en el ámbito de la práctica médica, la aparición del libro: “Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiologic approach” de H. R. Leavell y E. G. Clark en 1953,<sup>2</sup> fue decisivo para que el concepto de *historia natural de la enfermedad* constituyera, progresivamente, la visión diacrónica de las enfermedades en el hemisferio occidental. Ahondar en las implicaciones de ese concepto nos conduce a plantearnos lo que muchos médicos o sus equivalentes para otras culturas se plantearon a lo largo de la historia: ¿qué son las enfermedades? Para los propósitos de este ensayo, son las enfermedades crónicas el centro de mi argumentación, sin que esto implique desentenderse de las agudas.

El concepto de enfermedad ha mutado desde la noche de los tiempos. Sin duda, lo que más ha influido en esas transformaciones son las ideas de causalidad consideradas en cada momento histórico en las que me detendré brevemente. En los albores, encontramos el concepto mágico que reconoce en los poderes

sobrenaturales de ciertas personas, a través de hechizos, conjuros o encantamientos, las causas de las enfermedades. El concepto religioso de enfermedad donde la causa está representada por el castigo ante la violación de un tabú o una regla divina. Otros conceptos, también primitivos, consideran que las causas de las enfermedades son la introducción de objetos en el cuerpo, de espíritus o la pérdida del alma.<sup>3</sup>

El concepto de enfermedad que le atribuye causas naturales data de mucho tiempo atrás; empero, se vuelve predominante en el mundo occidental sólo a partir del Renacimiento. Las teorías humorales, mecánicas, químicas o infecciosas son ejemplos donde se invocan causas naturales en la explicación de las enfermedades.<sup>4,5</sup> Para otras tradiciones (orientales), la enfermedad es expresión de un desequilibrio entre el organismo y su medio ambiente que requiere restablecerse o del desbalance de la lucha de fuerzas opuestas (tendencias).<sup>6,7</sup>

El concepto moderno de enfermedad, en lo que respecta a la causalidad, comprende por un lado, la explicación biológica (la biología había surgido y se había consolidado como una ciencia independiente) y, por el otro, las explicaciones que se agrupan dentro de lo biopsíquico y sociocultural a lo que me referiré más adelante.<sup>8</sup>

Otro aspecto de la enfermedad que ha preocupado a los médicos a lo largo de la historia, se refiere específicamente a ¿qué es la enfermedad? A este respecto, las perspectivas ontológica y funcional han prevalecido en diferentes momentos y lugares.<sup>9</sup> En nuestro tiempo, la idea generalmente aceptada de lo que es la enfermedad comprende tres conceptos interrelacionados:

- El concepto *ontológico* que destaca ese carácter de la enfermedad como entidad u objeto independiente del portador.
- El concepto *fisiológico* que pone el énfasis en los trastornos de los mecanismos de funcionamiento del organismo.
- El concepto propiamente *patológico* que se refiere a las alteraciones estructurales identificables en los diferentes niveles u órdenes de complejidad, que son propios del organismo: molecular, intermolecular, subcelular (organelos), celular y los distintos niveles más allá de la célula: clonas, tejidos, órganos, sistemas y aparatos.

La teoría nosológica que domina en la llamada cultura occidental (que para el caso, en el momento actual, es casi todo el planeta), es inseparable de la

idea de salud la cual, recordémoslo, surgió como lo opuesto a la de enfermedad, por lo que ha contribuido decisivamente a la edificación de patrones de “normalidad”, que operan como referentes para valorar el grado de “desviación” que representa la presencia de una enfermedad y para dosificar las medidas correctivas a fin de aproximarla, lo más posible, a esos patrones referenciales.

El concepto de salud, por su origen: “la no enfermedad”, poco o nada ha aportado para entender o esclarecer lo que caracteriza a una vida grata, plena o feliz. A pesar de lo anterior, la idea de salud en cuanto a su preservación, recuperación o cuidado, se ha convertido en el principal desideratum que rige, de manera creciente, la forma de vivir de las colectividades en nuestro mundo y a la que los gobiernos y las instituciones internacionales suelen destinar recursos muy considerables.

El binomio salud/enfermedad sintetiza el paradigma que gobierna cierto tipo de saberes y de quehaceres (la atención y el cuidado de la salud), que congregan el esfuerzo de millones de personas, que da forma a diversas organizaciones y configuran multitud de instituciones en el mundo que nos toca vivir.

#### EL PARADIGMA SALUD/ENFERMEDAD

Al referirme al término paradigma juzgo necesario precisar su significado e implicaciones para evitar en lo posible malentendidos. Para tal efecto tomaré como base lo propuesto por E. Morin.<sup>10</sup>

Para este autor, un paradigma se constituye de categorías (conceptos) rectoras de la inteligibilidad y de las operaciones lógicas: “los individuos conocen, piensan y actúan en conformidad con paradigmas culturalmente inscritos en ellos”, podría decirse, *interiorizados*. Son características de todo paradigma:

- Su presencia es inconsciente para aquéllos que viven bajo su influencia, porque al estar incorporado a la percepción se experimenta como “la realidad”.
- Dispone de un principio de autoridad axiomática que lo legitima.
- Está fuera del alcance de cualquier invalidación-verificación empírica, aunque las teorías que de él dependen sí son susceptibles.
- Es invulnerable a la crítica, al ser un presupuesto inconsciente de la experiencia no puede ser objeto de cuestionamiento.
- Dispone de un principio de exclusión de las ideas y problemáticas que no sean conformes con él.

*“Nos hace ciegos para aquello que excluye como si no existiera”.*

Lo que E. Morin designa como *el gran paradigma de occidente* que impera hasta nuestros días y cuyas raíces se remontan al siglo XVII con R. Descartes, constituye la matriz generadora de los demás paradigmas, los cuales se configuran bajo la lógica que impone dicho paradigma.

Este paradigma prescribe la lógica de la *disyunción*, uno de cuyos efectos más notorios es la separación del sujeto con respecto al objeto, lo cual determinó una doble y divergente visión del mundo (desdoblamiento): por una parte un mundo de objetos sometidos a observaciones, experimentaciones y manipulaciones. Por la otra, un mundo de sujetos que se plantean problemas de existencia, de conciencia, de comunicación, de valores, de sentido. Una vez que el paradigma se constituyó propiamente como tal: rector de la inteligibilidad (paradigma imperante), la desobediencia a la lógica de la disyunción sólo podía ser clandestina, marginal, subrepticia. Al evolucionar, se agregaron otras lógicas: la de *reducción* y la de *simplificación*. El paradigma de *disyunción*, *reducción* y *simplificación*, de cuya actualidad y presencia dan testimonio todos los espacios de la experiencia humana:<sup>10</sup>

- Aisló al objeto (organismo) con respecto a su medio ambiente y al observador.
- Aisló a unas ciencias de otras y en el seno de estas ciencias, unas disciplinas de otras, “recortando y atomizando (reducción) de forma arbitraria y abstracta el objeto de conocimiento, dentro del tejido solidario de lo real”.
- Desintegró las entidades globales y sus organizaciones complejas, en provecho de las unidades elementales que las constituyen y que se convierten en fuente y fundamento de toda inteligibilidad (reducción).
- Simplificó, al excluir el pensamiento complejo e integrador como camino de inteligibilidad.

Hoy día, todos los quehaceres sociales sin excepción están gobernados por el paradigma imperante. Pensamos, percibimos y conocemos un mundo que ha sido configurado por el paradigma de disyunción, reducción y simplificación. Vivimos como “algo natural”, como “la realidad” lo que en un principio fueron sólo ideas acerca del mundo, de cómo actuar en él y de cómo conocerlo. Cabe ahora preguntarse cómo el paradigma imperante ha influido en el de “salud/enfermedad” que gobierna el campo de la salud en los tiempos que corren.

De acuerdo al paradigma salud/enfermedad (PSE), las enfermedades se conciben como desviaciones de los patrones funcionales y estructurales que son propios de la salud (lo anormal) y como entidades objetivas e independientes. Esta teoría se sustenta en la historia natural de la enfermedad, lo que permite el diseño de estrategias de acción con propósitos predeterminados, dependientes del momento evolutivo de la enfermedad de que se trate, que van desde los intentos de erradicación hasta los de curación, pasando por la prevención, la detección o el control.

El PSE dio sustento a la visión nosológico-técnica que ha regido la práctica médica del mundo occidental al menos durante los dos últimos siglos. Esta visión fundada de manera creciente en las mediciones (con respecto a la naturaleza de las desviaciones del sendero de la salud) y en el patrón de normalidad (referente comparativo para precisar la magnitud de la desviación), permite identificar y decidir el momento de actuar y la secuencia de acciones, así como graduar y “dosificar” las intervenciones correctivas.

Es aquí donde podemos reconocer los efectos implícitos del paradigma de disyunción, reducción y simplificación en el PSE:

- La *disyunción* se hace patente en la idea de enfermedad como entidad u objeto independiente del portador, en la separación entre lo congénito y lo adquirido o lo genético y lo ambiental (ver adelante). También en la separación y aislamiento que conlleva el reconocimiento de cada nueva enfermedad “descubierta” con respecto a las demás, con sus efectos correlativos en la división del trabajo médico (una nueva especialidad excluyente). La disyunción es emblemática de la forma como se organiza el currículo para la formación de los médicos y de cómo surgen y se desarrollan constantemente, disciplinas y subdisciplinas abocadas a la indagación en el campo de la salud.
- La *reducción* está presente de múltiples formas: la pretensión de entender y explicar a cada enfermedad en sí misma, sin considerar mayormente a la persona que la padece y menos aún sus situaciones, circunstancias y condiciones de vida. Otra expresión de la *reducción* es la equiparación del organismo con una máquina (mecanicismo): “se trata de identificar sus mecanismos alterados para poder actuar sobre él a fin de restablecer el funcionamiento adecuado”, esto último favorecido por la idea de salud en la práctica médica: la ausencia de enfermedad.

El mecanicismo (de herencia principalmente cartesiana) hace un símil entre la máquina y la diversidad orgánica en sus diferentes órdenes de manifestación: individuos, grupos, instituciones, sociedades y actúa en consecuencia. Cabe recordar brevemente que una máquina es una construcción artificial que se define por estar compuesta de elementos básicos (piezas) relacionados entre sí por sus atributos mecánicos (propios de los cuerpos sólidos): forma, tamaño, peso, dureza, consistencia para constituir un sistema. Las piezas del conjunto están suficientemente acopladas para operar (mecanismo) y cumplir con lo que es propio de toda máquina: realizar determinado trabajo (funcionamiento), con cierto nivel de eficiencia y para fines predeterminados.<sup>11</sup>

La metáfora de la máquina con las partes que la componen está claramente presente, por ejemplo, en la especialización actual del quehacer médico, donde cada especialista privilegia en su actividad un fragmento o función del organismo y centra sus esfuerzos en “repararlo o regresarlo al patrón de normalidad”, aunque tal propósito pueda significar un perjuicio para otro fragmento o función, para el organismo en su conjunto o para la vida de relación del paciente.

La educación de las nuevas generaciones de profesionales del cuidado de la salud, sustentada en el aprendizaje por separado de múltiples y diversas disciplinas especializadas que conforman el currículo, reproduce a escala ampliada esa visión fragmentaria y mecanicista (disyunción y reducción). Además, la primacía que se asigna al aprendizaje de los aspectos técnicos y al uso de la tecnología (en permanente renovación/obsolescencia), deja de lado cada vez más la reflexión sobre problemas clave para entender nuestro momento actual y cómo actuar ante ellos: la especialización excluyente del quehacer médico que obstaculiza la aproximación al paciente en su integridad; la “deshumanización” de la medicina; el mercantilismo en el ejercicio de la práctica médica; las consecuencias del burocratismo en las instituciones de salud; el uso y abuso de la tecnología; el debilitamiento de la práctica clínica, o la indefensión y vulnerabilidad de quienes se dedican al cuidado de la salud, a la manipulación por la información tendenciosa que se difunde por miríadas en las redes y bancos de datos.

- La *simplificación* excluye la idea de complejidad como marco de referencia de la percepción, la comprensión, el entendimiento y la interpretación de todo lo relativo a la vida en general, a la

humana en lo particular y a las enfermedades en especial. De la misma manera, la *simplificación* se manifiesta en la forma como se pretenden asociar los múltiples componentes (situaciones, acontecimientos, procesos, acciones, objetos) en los que se han fragmentado las entidades globales: a través de una idea de causalidad que es propia de los sistemas mecánicos cuyo sustento es la teoría de las probabilidades, la que a su vez se inspira en las matemáticas lineales propias del mecanicismo (ver adelante: causalidad).

De lo anterior podemos inferir que el PSE es un hijo legítimo del paradigma de disyunción, reducción y simplificación que impera en nuestro mundo.

La historia natural de la enfermedad (HNE), como fundamento del PSE, alude a ciertos patrones de predisposición, aparición, manifestación y evolución de las enfermedades que se atribuyen –y esto es lo que me interesa subrayar– a sus cualidades intrínsecas, es decir, al considerarse como un ente objetivo, diferenciado e independiente del organismo, el movimiento de la enfermedad se considera autónomo.

La noción de HNE data de mucho tiempo atrás; sin embargo, adquiere centralidad en las acciones de cuidado de la salud, como decía antes, a mediados del siglo XX. La HNE al proporcionar un marco a través del tiempo (el componente diacrónico) de la teoría nosológica, que permitió definir las diferentes etapas evolutivas de la enfermedad en cuestión, el desarrollo de medios y procedimientos de intervención y el diseño de estrategias de acción con propósitos diferenciados e interrelacionados: prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, prevención secundaria y terciaria, control a mediano y largo plazos.

Las limitaciones de la perspectiva que aporta la HNE se hacen ostensibles conforme nos aproximamos a la individualidad del paciente y su contexto, ya que carece de planteamientos para entender a las personas en su integridad, a los grupos en su interacción y a las influencias que tienen las *situaciones* (tipo de interacciones del individuo con el contexto en el “momento actual”, expuestas a las contingencias, los accidentes y los imprevistos de la vida cotidiana), las *circunstancias* (los vínculos con significado afectivo fuerte, de cierta permanencia, que definen y dan forma a la experiencia vital) y las *condiciones* de vida (estado de cosas más o menos permanente, que deriva de la historia de la comunidad de que se trate; de sus relaciones sociales, políticas y económicas, del tipo de instituciones, de las tradiciones, de los usos y costumbres, etc.).

La HNE, al dar justificación a la “lucha contra las enfermedades” cual si se tratara de los enemigos a los que podemos y debemos vencer, favorece el que se perciban como amenazantes, implacables, que provoquen sensaciones de impotencia y de fatalidad, lo cual es el terreno abonado para lo que se ha llamado la “medicalización” de la vida humana.<sup>12</sup>

Es un lugar común afirmar que el imperativo de la salud rige, cada vez más, la forma de vivir de las personas y de las colectividades; lo que suele dejarse de lado es que tal exigencia provoca, por un lado, una obsesión por la salud y, por el otro, una especie de fobia a las enfermedades que genera a su vez una angustia latente e inextinguible y, quizá lo más importante, hace a los individuos cada vez más dependientes de un saber heterónimo (fuera de su control) propio de los expertos, donde la idea de vida plena no va más allá de la ausencia de enfermedad y donde el sentido de la vida ha sido suplantado, en las grandes mayorías, por una actitud ciega de sobrevivir a toda costa (las expresiones: “estoy dispuesto a *todo* con tal de sobrevivir”, “hágale *todo* con tal de que siga viviendo” o “si está aquí [el hospital] hay que hacerle *todo*”, son muy reveladoras).

Consecuencia de esa “medicalización” de la vida de las personas comunes y corrientes, es el reforzamiento de la centralidad de “lo médico” (iatrocen-trismo) donde las verdaderas necesidades de los pacientes o de los usuarios, los servicios, sus intereses, deseos, expectativas y aspiraciones son minimizados, desestimados o ignorados; donde “los problemas de salud” se perciben, se definen y se plantean desde la perspectiva de las instituciones que poseen el monopolio del saber y del hacer en el cuidado de la salud. En tales circunstancias, la participación organizada de los pacientes y usuarios de los servicios se percibe –en el mejor de los casos– como algo secundario o complementario, cuando no atentatorio a los intereses de control de las instituciones (volveré sobre esto más adelante).

De la misma manera, se vive como incuestionable el papel rector de las instituciones de salud sobre lo que es bueno y malo para la salud de la población, se acepta tácitamente el protagonismo de los profesionales del cuidado de la salud en el establecimiento de las directrices y lineamientos para vivir de manera “saludable” y la obligación de acatamiento por parte de los pacientes, de las indicaciones y prescripciones (imposiciones) de los prestadores de los servicios de salud. La visión iatrocéntrica suele ser un impulso, casi irresistible, para someter al paciente al parecer y proceder del médico, dejando de lado sus necesidades y preocupaciones; ignorando las repre-

sentaciones que éste tiene de su enfermedad, las cuales influirán decisivamente en su valoración del sentido y utilidad del tratamiento y en el grado de apego al mismo.

Deriva de lo antes dicho que el derrotero que sigue la práctica del cuidado de la salud, bajo el imperio del PSE, difícilmente puede considerarse exitoso o esperanzador. La centralidad que ocupa en la forma de vivir de las mayorías, contribuye decisivamente a ese “malestar flotante” que forma parte de la atmósfera global, a la insatisfacción generalizada de los actores del cuidado de la salud (usuarios y prestadores de los servicios), a los costos exorbitantes; además, los “valores” que predominan: deshumanización, mercantilización, burocratismo, rigidez, fragmentación, “productivismo y eficientismo”, desvirtúan su razón de ser y lo que puede anticiparse del porvenir, es un agravamiento de las situaciones indeseables.

#### OTRA FORMA DE MIRAR LAS ENFERMEDADES

En otro lugar he propuesto otra concepción de las enfermedades que las considera como: “*formas de ser particulares y diferenciadas de los seres humanos*”.<sup>13</sup> Esta forma de mirar las enfermedades como formas de ser, nos lleva más allá del ámbito nosológico y técnico de la enfermedad y de la salud, para incursionar en el padecer (la experiencia subjetiva del sufriente), en la esfera psicosocial (el entramado de vínculos con alto significado afectivo propios de la experiencia vital de cada quien), en las formas de vivir; en las situaciones, circunstancias y condiciones de existencia; en las tradiciones y creencias, todo lo cual designaré como “*lo cultural*”. *Lo cultural* entonces se entiende aquí como todo aquello que nos hace humanos, nos diversifica y nos distingue del mundo natural. No me referiré por tanto a otras formas de entender lo cultural, por ejemplo, con respecto al saber: la persona “cultivada” y la “ignorante”; al refinamiento de normas de convivencia, costumbres, de formas de proceder o de obras y realizaciones: las comunidades de “alta cultura” (civilización) y las “incultas” (barbarie) o a privilegiar alguna de sus manifestaciones parciales: las artes, las ciencias, las técnicas, la tecnología, las tradiciones, las creencias, las actitudes colectivas o los usos y costumbres.

No supone mayor esfuerzo reflexivo, por parte de los prestadores de los servicios de salud, traer a la conciencia que la interacción primaria no es con la enfermedad “objeto”, sino con personas; lo que permitiría tener al alcance de su percepción otra for-

ma de mirar la situación que tiene ante sí: individuos o grupos que por su historia y sus circunstancias llegaron a *formas de ser que les ocasionan: limitaciones, inconvenientes, malestares o sufrimientos* y que solicitan comprensión y ayuda. Lo que tiende a ocurrir, en forma creciente, es que la visión nosológico-técnica al dominar la percepción del médico, empobrece la interacción con el paciente al condicionar, de manera más inconsciente que consciente, la exclusión de la subjetividad en ambos lados de la interacción. El “trabajador de la salud” sí requiere de afanes introspectivos para avanzar hacia otras formas de percibir las situaciones problema que enfrenta, que implica cuestionar los presupuestos de su propia práctica, para tomar distancia de ese mecanicismo (que al estar interiorizado, es la “lente” con la que percibe) y así poder aproximarse a un entendimiento más penetrante de la cualidad de la vida de la que es portador y tiene ante sí.

#### Algunas cualidades distintivas de la vida

Afirmo que uno de los grandes vacíos en el conocimiento de nuestro tiempo es una teoría explicativa de la vida. Surgen y se fragmentan disciplinas y subdisciplinas que indagan, desde cierta faceta o nivel, los procesos y acontecimientos propios de la vida en sus más diversas manifestaciones y, sin embargo, carecemos de teorías que aporten fundamentos para explicar eso que intuimos y reconocemos como “lo viviente”. El evolucionismo que surgió con Ch. Darwin iluminó nuestra visión de la filogenia, aportó una explicación fuerte y decisiva al entendimiento diacrónico de la vida, pero su contribución para la comprensión de los aspectos sincrónicos de la vida (ontogenia) fue correlativamente pobre. Dado el asunto que nos ocupa: proponer otra forma de mirar las enfermedades como inherentes a la condición humana, juzgo necesario hacer algunas puntualizaciones concisas y breves acerca de las cualidades más distintivas de la vida, sin pretender una explicación acabada y menos aún resolver un problema teórico de enorme complejidad:

- Lo primero que puede destacarse es que los seres vivos sólo existen en el seno de *ambientes* (propicios para la vida que en conjunto integran la biosfera). Organismo y medio son conceptos recíprocos que no se pueden entender el uno sin el otro.<sup>14</sup>
- Otro aspecto de la vida, que marca una diferencia ostensible con el mundo “inanimado”, es que los organismos vivos son *autopoiéticos* (se auto-pro-

ducen sin cesar), lo que le confiere autonomía (relativa) con respecto al ambiente, permanencia y estabilidad al patrón de interacciones con éste, así como configuración propia (identidad).<sup>15</sup>

- La relación entre organismo y medio es de *interacción*<sup>16</sup> –influencias recíprocas– cuyas características dependen de la especie de que se trate (interacciones selectivas específicas) y de los grupos e individuos (interacciones peculiares). A este entramado de interacciones con el ambiente las designo como *entorno*.<sup>17</sup>
- Otra cualidad privativa de la vida es una *actividad incesante* (típica de cada especie) que se manifiesta tanto al interior (intorno)<sup>18</sup> como hacia el medio ambiente, de inimaginable complejidad, asombrosa regularidad, sujeta a ritmos y ciclos de periodicidad diversa. Aquí el concepto de actividad se diferencia del movimiento que es propio de lo inerte, porque supone interacciones obligadas.
- La existencia de los organismos se despliega como un *cambio ininterrumpido* que, en un sentido, se refiere a las interacciones con el medio con la consecuente sucesión de entornos; en el otro, a las trayectorias de modificación orgánico-funcional y de actividades (intorno), que definen la ontogenia propia de cada especie.
- La ontogenia, entendida como el lapso de vida en perpetua interacción con el ambiente, sigue trayectorias (específicas y peculiares) *inexorables*, definibles por fases o etapas hasta la terminación.
- El desenvolvimiento de la vida supone el surgimiento incesante e inacabado de *novedad*,<sup>19</sup> particularmente a lo largo de la filogenia: complejidad creciente de los entornos (mayor diversidad de interacciones con el medio), correlativa a una complejidad progresiva de la conformación orgánico-funcional de los organismos (diferenciación).
- La *irreversibilidad* de la vida alude al “no retorno” tanto en el despliegue de las interacciones con el medio y a la sucesión de entornos correspondientes (ontogenia), como en el desarrollo de líneas filogenéticas.<sup>20</sup>
- La última cualidad de la vida que deseo destacar es la *anticipación*. Cada entorno supone cierta configuración de relaciones con el medio (interacciones) que son *interiorizadas* como condición necesaria para el despliegue de otras, cuya expresión depende de las precedentes (el aprendizaje es uno de los ejemplos más característicos de la interiorización). A ese proceso de interiorización de las relaciones con el ambiente, que explica el por qué constantemente surgen, durante la ontogenia,

nuevas relaciones (interacciones) con el medio ambiente y su carácter irreversible (sucesión de entornos), lo designo como *anticipación*.<sup>21</sup>

En razón de lo anterior, es necesario percatarnos que en sentido estricto, la vida es propia de las especies más que de los individuos, de ahí que para entender el surgimiento incesante de novedad en el plano de la filogenia (complejidad creciente), debemos reconocer que en nuestra especie la cultura “toma las riendas de la evolución”. Esto significa que la novedad no supone dilatados periodos evolutivos como en el mundo natural, se manifiesta por el cambio y sucesión interminables de ambientes culturales (interiorización→anticipación), que condicionan las formas de ser, enormemente diversas, de las colectividades y de los individuos en cada momento histórico.

La *evolución* en nuestra especie se expresa, preferentemente, por la sucesión de ambientes culturales configurados: por formas de sentir, pensar, percibir; por mitos, leyendas y tradiciones; por creencias, actitudes colectivas, ideas, costumbres; por los saberes artísticos, humanísticos, científicos y técnicos; por la disponibilidad y uso de bienes y servicios, de recursos técnicos y tecnológicos; por el tipo de relaciones sociales, políticas y económicas; por las formas de actuar, de comunicarse, de asociarse, de organizarse, de gobernarse; por el tipo de instituciones y de prácticas sociales; por los efectos que el accionar colectivo provoca, directa o indirectamente, al ecosistema planetario (sobrepoblación, contaminación, degradación, devastación). Todo esto enmarcado por el tipo de relaciones entre estados, naciones, etnias, religiones en las diferentes épocas: conquistas, guerras, dominio y sometimiento, colonialismo y neocolonialismo, opresión y resistencia, respeto y convivencia, que marcan profundamente las formas de ser colectivas.

Cada ambiente cultural (efecto de la interiorización-anticipación colectiva) que condiciona ciertas formas de ser, releva al precedente y dejará su lugar a los que emerjan en el futuro. En sentido estricto, los ambientes culturales están en constante modificación, sólo que algunas configuraciones de estos ambientes tienen más permanencia e influyen más profunda y difusamente (estados de guerra y posguerra), por lo que pueden ser percibidos e identificados con mayor claridad.

Los diferentes momentos históricos suelen estar caracterizados por el predominio de ciertas atmósferas “el espíritu de la época”; sin embargo, en todo momento coexisten y se imbrican ambientes cultura-

les propios de ámbitos geográficos diferentes y de poblaciones heterogéneas, así como micro-ambientes diversos (a manera de representación holográfica del macro-ambiente cultural global): familiar, escolar, laboral, institucional, comunitario, regional, nacional enmarcados por ambientes ecológicos variables. A esto se agrega una gran diversidad de formas de pensar, de concebir y percibir la vida y el mundo, de darle sentido a la existencia, de creencias, tradiciones y costumbres, de formas de actuar y de asociarse.

No podemos soslayar que en los tiempos que corren, en la llamada era de la información (que no del conocimiento), los poderosos medios de comunicación y de control de las conciencias, la disponibilidad prácticamente infinita de información y la creciente accesibilidad de dispositivos informáticos en permanente recambio, van configurando ambientes globales, nuevas formas de pensar, percibir y actuar; otras costumbres y hábitos (generalmente relacionadas con el consumo compulsivo de bienes materiales, in-materiales y simbólicos) que influyen decisivamente en las formas de ser (de enfermar) en todos los rincones del planeta, por su efecto “disolvente” de mitos, tradiciones, actitudes, usos, costumbres... locales y ancestrales.

Derivado de lo anterior, podemos afirmar que lo que una persona *es* o mejor dicho, lo que *ha llegado a ser* (en un proceso inexorable e irreversible de modificaciones), es resultado de la infinidad de interacciones con los diversos ambientes de los que ha formado parte a lo largo de su existencia (interiorización, anticipación y sucesión de entornos).

### La enfermedad constituyente de la vida

Dentro de la cualidad de las interacciones que entablamos con el medio, es necesario diferenciar varios *órdenes*: el *físico-químico* (la respiración, la nutrición, la excreción, la percepción a través de la vista, el oído, el olfato o el gusto, la prescripción de medicamentos, la lucha contra la contaminación); el *mecánico* (la percepción por medio del tacto, los aspectos físicos de las actividades, traumatismos, edificaciones); el *biológico* (agricultura, ganadería, susceptibilidad o resistencia a infecciones, defensa de especies protegidas o en riesgo); el *afectivo* (deseo o aversión, placer o displacer, inclinación o rechazo, entusiasmo o desánimo, calidez o frialdad, preferencia o menosprecio hacia personas, cosas, acciones, situaciones o acontecimientos); el *intelectual* (el ejercicio de las facultades mentales o la expresión de los intereses cognitivos al leer, escribir, comunicar, entender, indagar, operar, jugar); el *estético* (la bús-

queda y apreciación de “lo bello” en todos los órdenes); el *técnico* (utilización de medios, procedimientos y equipos con diversos fines); el *sociopolítico* (acciones colectivas tendentes a cambiar o preservar aspectos o componentes del ambiente cultural). Cabe aclarar que toda actividad (interacción) al interior del ambiente cultural de que se trate, comprende diversos órdenes, lo importante es darse cuenta de que tal situación es ineludible y reconocer el orden predominante.<sup>17</sup>

Nuestra forma de ser se va configurando por la cualidad de las interacciones que entablamos en su infinita diversidad; esta cualidad depende, en cada momento, de la “versión actualizada” de las predisposiciones, resistencias, facilitaciones e inhibiciones, congénitas y adquiridas (en el orden biológico, psicológico y psico-social), que condicionan la cualidad de las interacciones y que son privativas de cada quien. Históricamente, las formas de ser de los individuos y de las colectividades asociadas a *limitaciones* en la vida de relación, a *inconvenientes* diversos para lo que acostumbramos hacer, a *malestares* de desusada magnitud, a *sufrimientos* de cierto tipo o a la *muerte prematura* de acuerdo a lo esperado, se les designó como *enfermedades*.

De acuerdo al punto de vista que sostengo, las enfermedades –en especial las denominadas crónico/degenerativas– son variantes en las formas de ser de los individuos y de las colectividades, que en la connotación valorativa de la cultura donde ocurren, se consideran negativas y motivo de acciones *sui generis* con el propósito de evitarlas, suprimirlas, atenuarlas o impedir sus efectos o consecuencias perjudiciales. He aquí otro concepto del enfermo crónico: *individuo que por su historia* (herencia biológica y cultural, multiplicidad de ambientes de los que ha formado parte e interiorización de las relaciones respectivas) *y sus circunstancias/situaciones* (constelación actual del entramado de relaciones con los diferentes micro-ambientes con los que interactúa y de las contingencias, incidentes o contratiempos suscitadas en el diario vivir), ha llegado a cierta forma de ser que le ocasiona sufrimientos, malestares, inconvenientes y/o diversos tipos de limitaciones.

### LA HISTORIA CULTURAL DE LA ENFERMEDAD

He propuesto el concepto de *historia cultural de la enfermedad* (HCE)<sup>13</sup> como alternativa al de *historia natural de la enfermedad*, para poner al descubierto el papel omnímodo que tiene la cultura (que toma las riendas de la evolución humana desde sus albores), en la configuración de las formas



de ser colectivas e individuales de cada época (interiorización→anticipación) y lo que puede aportar en el entendimiento y valoración de esa enorme diversidad –que constantemente se acrecienta– de acontecimientos y manifestaciones de la experiencia individual y colectiva que designamos como enfermedades.

Cada hecho o acontecimiento emerge y se configura “dentro” de la cultura; por lo mismo, sin el concurso de lo cultural con su intrincada complejidad, que amerita el intento de descifrar su propia lógica, no podemos penetrar en el entendimiento de las condiciones predisponentes, de las circunstancias desencadenantes/precipitantes, de las situaciones agravantes, del periodo etario de aparición, de las maneras de inicio, de las formas de distribución o de los modos idiosincrásicos de expresión y evolución de las enfermedades. Tampoco podemos pretender la inteligibilidad del por qué de la variabilidad de respuesta al tratamiento o del papel que corresponde al médico y al paciente en la relación terapéutica, en nuestra aspiración genuina de conferirle mayores alcances a las acciones de cuidado de la salud.

Un presupuesto de lo que sigue es percatarnos de que “lo cultural” opera, de manera preferente, por medio de las ideas y prácticas dominantes en un tiempo dado. Descifrar lo cultural nos permite entender que las ideas dominantes llegan a ser tales a través de intrincados procesos que culminan con su incorporación a la percepción de los actores. En el asunto que nos atañe, las ideas dominantes son el paradigma salud/enfermedad cuya base diacrónica es la HNE que presiden las prácticas correlativas, de ahí su carácter en gran medida incuestionable: constituyen “la realidad percibida” en lo que respecta a la atención y el cuidado de la salud.

### Cultura y enfermedad

En virtud de la cultura, ciertas formas de ser de individuos y colectividades que calificamos como enfermedades:

- Han desaparecido por completo de la faz de la tierra o en numerosas comunidades (vacunas, saneamiento ambiental, producción y mejor disponibilidad de alimentos).
- Pueden permanecer como amenazas latentes o en fase “pre-patogénica”, manifestándose como limitaciones o inconvenientes poco ostensibles o menores (galactosemia, fenilcetonuria, intolerancia a la lactosa).
- Se distribuyen con prevalencias disímiles en colectividades diferentes (“enfermedades de la po-

breza”, enfermedades por consanguinidad, enfermedades de transmisión sexual, enfermedades laborales, enfermedades iatrogénicas).

- Surgieron como suplantación de otras (“enfermedad del trasplante”).
- Han incrementado vertiginosamente su presencia (cánceres diversos, el síndrome metabólico, la EPOC).
- Han hecho su aparición (el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, otras virosis, ciertas enfermedades genéticas, enfermedades iatrogénicas y laborales).
- Se presentan en ciertos individuos o grupos por afinidades o preferencias clasistas, económicas, étnicas, ideológicas, religiosas, estéticas, sexuales.
- Se difunden a lo más recóndito del planeta (migraciones, guerras, conquistas, intercomunicaciones).

Mención especial amerita, a mi entender, el caso de la etnia Pima y la diabetes mellitus tipo 2. Este grupo que se ubica geográficamente a ambos lados de la frontera entre México y Estados Unidos, es portador de una variante genética del metabolismo de los carbohidratos que hoy día se manifiesta como un síndrome de resistencia a la insulina. En tiempos pretéritos de escasez de alimentos, se considera que esta variante constituyó una ventaja para sobrevivir, es decir, un rasgo saludable. En tiempos recientes, con alta disponibilidad de alimentos y hábitos de consumo transformados (exceso de ingesta), ha condicionado una elevada prevalencia de diabetes mellitus tipo 2.<sup>22</sup> Este ejemplo ilustra que, en virtud del cambio de ambiente cultural, en este caso manifestado por costumbres, significados y preferencias en torno a la alimentación, *una ventaja para sobrevivir (un rasgo saludable) se transformó en lo contrario (un factor patogénico)*. Me pregunto, con este ejemplo, de acuerdo al paradigma salud/enfermedad: ¿qué es la salud? y ¿qué de “natural” tiene la historia de la enfermedad de esta etnia?

Según la HCE, las formas de vivir –de ser– propias de las diversas culturas, configuran a través del tiempo ciertas formas: de enfermar, de expresión de las enfermedades, de percibir las y reconocerlas como tales, de actuar sobre ellas, de sobrellevarlas y de morir. La HCE, al poner el énfasis en la infinita variabilidad interindividual e intergrupala de expresión de las enfermedades, debido a la historia y a las condiciones, circunstancias y situaciones de existencia de cada persona o grupo, proyecta luz sobre aspectos que permanecen en la sombra bajo la idea de

HNE que atribuye los acontecimientos a la naturaleza de la propia enfermedad (por ejemplo: remisiones, exacerbaciones, agravamiento).

### **Lo congénito y lo adquirido**

A lo largo del siglo pasado, se hizo una separación tajante entre lo congénito y lo adquirido (disyunción). El surgimiento de la genética como disciplina científica, el descubrimiento de la estructura del ADN y del llamado código genético, la descripción del genoma humano, la caracterización de la replicación de los ácidos nucleicos, el esclarecimiento molecular de la transcripción y la traducción del llamado mensaje genético, convirtieron esta disciplina en hegemónica a la hora de plantear “las preguntas legítimas” con respecto a la vida y a la enfermedad, y proponer las respuestas y las soluciones. El dogma central de la genética se refiere en la imposibilidad de la herencia de los caracteres adquiridos. De acuerdo con ese dogma, nacemos (lo congénito) con lo heredado de nuestros padres y con efectos de algunas contingencias de las células germinales de origen y de la ontogenia intrauterina (mutaciones “frescas” o “de novo”, malformaciones por trastornos de la embriogénesis, etc.), pero en ningún caso con rasgos adquiridos por nuestros padres.

Bajo el predominio del PSE y de la HNE, la explicación genética de las enfermedades es la más aceptada, es decir, la biología (lo natural) ha fortalecido su presencia como la forma legítima de entender las enfermedades. Además, y esto es fundamental, se hace creer a la enorme mayoría que la enfermedad es principalmente un problema con el que se nace y que se manifiesta en diferentes periodos etarios, lo que genera en la población sentimientos de culpabilidad y actitudes de minusvalía, conformismo, sumisión y fatalismo que desvían su atención y su percepción de las condiciones, circunstancias y situaciones en que vive, donde se encuentra lo principal para explicar el por qué de su forma diferente de ser (enfermedad).

Deriva de lo anterior que dar la mayor prioridad a la causalidad genética en los males que nos aquejan (“la falla de origen está dentro de su organismo”), además de que no se justifica por las evidencias actuales, convence a la población de lo poco que cada quien puede hacer por sí mismo y la hace progresivamente dependiente de las instituciones de salud y de los expertos en el cuidado de la salud. También, tal priorización (“usted estaba predispuesto genéticamente a la enfermedad que ahora padece”), al desviar

la atención de las condiciones y circunstancias de vida como generadoras de enfermedad, salvaguarda –del cuestionamiento, de la oposición o de la rebeldía– los intereses dominantes que gobiernan nuestro mundo (los de la acumulación, expansión y movilidad del capital transnacional) que al imponer “una filosofía de la vida” basada en el consumo compulsivo de lo superfluo y excluir todo aquello que no represente un jugoso negocio, ha envilecido como nunca antes la vida humana, ha degradado los ambientes culturales y ecológicos, creando condiciones y circunstancias (donde se encuentra buena parte de la explicación de las enfermedades que padecemos) que imponen formas de vida donde la insatisfacción, la perversión de los valores, la carencia de sentido y la exclusión, las vuelven insoportables para multitudes cada vez más numerosas.

Si nos atrevemos a mirar más allá del reduccionismo genético y de sus dogmas, podremos darnos cuenta que la distinción entre lo congénito y lo adquirido es cada vez más problemática, al igual que la separación entre influencias genéticas y ambientales al explicar el fenotipo y las enfermedades. La herencia de los caracteres adquiridos se ha comprobado, desde hace tiempo, en numerosas de las especies designadas como inferiores.<sup>23</sup> Lo que es más reciente es la llamada *herencia epigenética* en la que me detendré brevemente por su relevancia para nuestro propósito.

### **La herencia epigenética**

La herencia epigenética es un concepto emergente que puede trastocar las ideas dominantes acerca de lo congénito y lo adquirido o de lo genético y lo ambiental. La epigénesis se refiere a un conjunto de procesos regulativos de la expresión del genoma no dependiente del ADN. La reconstrucción de estas trayectorias y secuencias de interacción molecular había sido casi ignorada pero, poco a poco, se empiezan a desentrañar y reconocer patrones (regularidades persistentes en tiempo y espacio) de interacción molecular que modifican la activación del ADN “encendido y apagado de genes”, la transcripción y la traducción “del mensaje”.<sup>24</sup> La epigénesis da un entendimiento más penetrante de la ontogenia a nivel molecular. Asimismo, surgen observaciones de cómo la ontogenia y, en especial ciertos acontecimientos durante la vida, participan en y modifican los patrones de regulación epigenética.

La evidencia creciente, en plantas y animales de laboratorio, de la transmisión hereditaria de ciertas modificaciones de los patrones de regulación epige-

nética,<sup>25</sup> aporta un eslabón más a la cadena que vincula el genoma y el ambiente. La herencia de caracteres adquiridos (por la vía epigenética) existe, no es una imposibilidad.<sup>26,27</sup> La herencia epigenética puede detonar una revolución en las explicaciones universalmente aceptadas acerca de la variación, la herencia y la diferenciación.

Para el concepto de HCE, son de particular relevancia los hallazgos en humanos que apoyan la transmisión intergeneracional, no mediada por los genes, de respuestas a condiciones y circunstancias ambientales que suponen rearrreglos de los patrones de regulación epigenética, por ejemplo:

- Violencia intrafamiliar en los ancestros que predispone a los descendientes a comportamiento antisocial a pesar de no haber vivido tal situación.<sup>25</sup>
- Poblaciones víctimas de conquistas transmiten a sus descendientes (que no fueron víctimas de tales acontecimientos) lo que se designa como comportamiento inhibido.<sup>25</sup>
- Escasez de alimentos (hambruna) sufrida por una generación, que se manifiesta en disminución de la talla y menor sobrevivencia en subsiguientes generaciones que no padecieron hambrunas, o abundancia (exceso) de alimentos en los ancestros que se asocia con mayor mortalidad por causas cardiovasculares o mayor frecuencia de DM tipo 2 en los descendientes que no tuvieron esas circunstancias.<sup>28,29</sup>
- Tabaquismo temprano en los padres y mayor frecuencia de obesidad en los hijos durante la infancia.<sup>30</sup>
- Grupos expuestos a estrés crónico, transmiten su forma de reacción (altos niveles de corticoides) a sus descendientes que viven en circunstancias diferentes.

Lo anterior significa que ciertas experiencias en los ancestros, no sólo pueden afectar su propio fenotipo al constreñir el rango de variación de sus reacciones a las influencias ambientales, sino, en ciertos casos, afectar a sus descendientes que heredan tales formas de reacción, en ausencia de las experiencias desencadenantes. Debe tenerse en mente que otras evidencias, en el mismo sentido, suelen permanecer en la oscuridad porque no se piensa en ellas –las ideas dominantes son excluyentes–. De igual manera, se indaga a través de la enfermedad (aquello que interrumpe el curso silencioso de la vida humana), por lo que carecemos, casi por completo, de evidencias “fuertes” acerca de la herencia epigenética de caracteres adquiridos que no supongan enfermedad.

Para el asunto que nos ocupa, lo anterior significa que lo cultural puede provocar cambios en los procesos regulativos epigenéticos, que bajo ciertas circunstancias se pueden heredar (al parecer, se requiere que los sucesos impactantes y sus efectos coincidan en los ancestros, con la formación de sus células germinales: en los hombres el periodo de crecimiento lento prepuberal y en las mujeres en la vida intrauterina)<sup>28,31</sup> y, en su caso, predisponer a los descendientes a enfermar de cierta manera. Estamos ante otro tipo de acontecimientos relevantes para la propuesta de la HCE, esta vez se trata de la *transmisión intergeneracional de algunas consecuencias provocadas por modificaciones de los ambientes culturales*. No se trata de negar la presencia y forma de operar de lo biológico, sino de reconocer que *su expresión en los humanos es, invariablemente, a través de la cultura de que se trate*.

### La causalidad de las enfermedades

Bajo la mirada de la HNE, integrante básico del PSE que, a su vez, es un “heredero legítimo” del gran paradigma de occidente de *disyunción, reducción y simplificación*, obligadamente prevalece una idea de causalidad propia del mecanicismo, que al presuponer a la disyunción como un orden lógico incuestionable, se afana por vincular los múltiples fragmentos en los que se ha descompuesto el objeto, recurriendo a medios reduccionistas y simplificados. La *causalidad* mecanicista, reduccionista y simplificadora propia de la HNE, se caracteriza por los siguientes aspectos:<sup>32</sup>

- **Puntual.** Reconoce efectos muy circunscritos en el espacio y/o en el tiempo (factores de riesgo, factores causales).
- **Inmediata.** Privilegia el corto plazo en el tiempo y lo cercano en el espacio, en los sucesos donde se buscan relaciones causales.
- **Homogénea.** Todos los factores (sociales, económicos, psicológicos, mecánicos), independientemente de su naturaleza, se equiparan mediante la medición; los números crean el efecto y la ilusión de uniformidad, todo se reduce al rasero de la medición.
- **Lineal.** Evidente por el tipo de asociaciones que se buscan: la brevedad en el tiempo y la cercanía en el espacio y, sobre todo, por la utilización predominante de las matemáticas lineales y de la teoría de las probabilidades que son propias de las relaciones mecánicas entre los objetos.
- **Unidireccional.** Todo el montaje de observación y experimentación intenta encontrar asocia-

ciones de causa→efecto, en una sola dirección, por su relación espacial y temporal.

- **Fija.** Una vez sustentada matemáticamente (probabilidad) la relación de causa→efecto, permanece como antecedente y base de futuras indagaciones.
- **Reduccionista.** La pretensión de explicar la complejidad a partir de lo simple (vincular cada fragmento por medio de la concepción mecanicista de la causalidad, para intentar entender la totalidad) además de inaccesible, es otra ilusión del empirismo reduccionista.

Para la HCE que alude a una complejidad apenas imaginable, la idea de causalidad es un tanto arbitraria porque hablamos de formas de ser de los individuos y de los grupos; no obstante, para contrastar las distancias con la causalidad mecanicista, he propuesto la *causalidad contextual* que destaca las cualidades más distintivas de las interacciones en el seno de la cultura:<sup>32</sup>

- **Difusa.** La forma como la historia, las tradiciones, las relaciones sociales, las ideologías, las creencias, los usos y costumbres influyen en las formas de ser diferenciadas y peculiares de los individuos y los grupos de ninguna manera puede ser entendida por efectos circunscritos; se trata de atmósferas y ambientes que todo lo abarcan y penetran.
- **Pausada.** Las atmósferas culturales provocan sus efectos de manera latente, mediata, persistente, con intermitencias a través del tiempo. Esto contrasta con la pretensión de explicar por medio de la inmediatez (en tiempo y espacio) que es propia de la esfera de lo técnico, una de las facetas de la cultura.
- **Heterogénea.** Es preciso entender y reconocer que en la complejidad cultural coexisten órdenes causales cualitativamente diversos: lo histórico, lo social, lo político, lo económico, lo ideológico, lo tradicional, lo psicológico, lo biológico, lo técnico, cuyos efectos tan disímiles no pueden homogeneizarse a través de la medición so pena de desvirtuarlos, de encubrirlos, de soslayarlos, imponiéndoles el molde mecanicista.
- **Jerárquica.** Si reconocemos la heterogeneidad de órdenes causales, es necesario reconocer también que la interrelación de éstos es desigual, algunos órdenes causales (manifiestos en ciertos acontecimientos) tienen efectos más profundos, de mayor duración, más abarcadores (el síndrome de la posguerra), que resisten más que otros cualquier estrategia colectiva de modificación, lo cual

define una jerarquía de los órdenes (de mayor a menor) en cuanto a su “potencia causal”.

- **Envolvente.** Los efectos diversos derivados “de los ambientes y las atmósferas culturales” que dan forma a la causalidad contextual, de ninguna manera pueden ser entendidos como lineales o circunscritos, por el contrario, abrazan, circundan, incluyen...
- **Multidireccional.** El carácter difuso, pausado y envolvente de la causalidad contextual, opera en múltiples direcciones “de ida y vuelta”, de inicio y reinicio; en las secuencias causales los efectos se convierten en causas y en cada orden causal la dirección de los efectos adquiere cualidades propias.
- **Cambiante.** En ciertos momentos (acontecimientos), las causas pueden variar la intensidad, la difusión y la profundidad de sus efectos (intermitencia, discontinuidad), los efectos pueden volverse hacia “sus causas” y constantemente surgen nuevas interacciones que modifican la configuración causal en un contexto determinado.
- **Transdisciplinaria.** De acuerdo con la causalidad contextual, la explicación causal es un problema teórico, no empírico. Recurrir a diversos órdenes causales (otros tantos campos disciplinares) en el esfuerzo de esclarecer y/o explicar una situación problemática de la experiencia, da lugar a perspectivas donde los enfoques teóricos provenientes de cada disciplina se entrelazan, adquieren interrelaciones jerárquicas y dan lugar a una perspectiva de conocimiento transdisciplinaria. De hecho, la causalidad contextual que aquí se propone, es una aproximación transdisciplinaria de la causalidad.

Ahora bien, si la explicación causal es un problema teórico y no empírico, ¿qué papel cumple la investigación factual? La investigación factual es por principio descriptiva: “lo observable y tangible” registrado de manera numérica (el entrecomillado obedece a que es una ilusión empirista creer que se observan objetivamente los hechos de la realidad). A toda observación preexisten ideas, valores y representaciones del observador que le inclinan hacia ciertos objetos con preferencia sobre otros, que le hacen percibir el objeto de cierta manera, que condicionan el tipo de problema que identifica, el propósito que persigue y/o los medios de aproximación que utiliza.<sup>33</sup>

Esa ilusión empirista (que asume, quizá sin percatarse, el mecanicismo con la disyunción, la reducción y la simplificación que lo acompañan), al

excluir a la complejidad y a las teorías propiamente explicativas (por no surgir del agregado de fragmentos del objeto que los científicos se afanan en vincular y/o por no ser susceptibles de verificación directa), lleva a los investigadores a reconstruir la totalidad (intento igualmente ilusorio), recurriendo a la causalidad mecanicista regida por las matemáticas lineales y la teoría de las probabilidades. Esta causalidad es legítima para entender el orden mecánico de interrelación de los objetos sólidos y el técnico de las acciones, pero constituye un artificio encubridor y falaz cuando pretende dar cuenta de la inefable complejidad de la vida en sus diversas manifestaciones.

Arribar a nuestra propia versión de la causalidad contextual y asumirla, transforma radicalmente nuestra forma de observar (la HCE es ilustrativa), de percibir la problemática, de plantearnos preguntas y de la forma de buscar las respuestas. Cobrar conciencia de que los hechos son formas objetivadas de nuestras ideas y valores, nos lleva a incursionar en el universo de las ideas en la búsqueda de las explicaciones más esclarecedoras y penetrantes del objeto de nuestro interés, de donde habrá de derivar nuestra percepción del papel de la investigación factual en nuestro derrotero de indagación, de cómo realizarla y con qué propósitos.<sup>33</sup>

En lo que se refiere a la investigación en salud, en todas sus variantes, donde impera el PSE, la HNE y el orden lógico de la disyunción, la reducción, la simplificación y el principio de exclusión de la heterodoxia, es improbable y remoto que se sienta interpelada por otra perspectiva de las enfermedades y de la causalidad que conlleva un replanteamiento de las problemáticas y de las formas de aproximación, menos aún que llegue a tener alguna repercusión en su forma de operar porque, citando a G. C. Lichtenberg (1742-1799): “Casi todos los hombres fundan su escepticismo respecto a una cosa en la fe ciega en otra”.<sup>34</sup>

La mirada a través de la HCE y de la causalidad contextual que lleva aparejada, nos puede permitir percatarnos que las relaciones de poder tan disímiles, en el plano político, económico y social, entre las minorías que encarnan los intereses que gobiernan y degradan nuestro mundo (los de crecimiento, expansión y concentración del capital) y los de las grandes mayorías subordinadas, es el origen de las marcadas desigualdades sociales que operan como fuerzas intangibles y son el trasfondo para entender la diversidad de condiciones, circunstancias y situaciones de vida (contexto) de las personas y las colectividades (ambientes culturales diversos). Tam-

bién nos permite comprender que en el contexto se encuentra lo principal para explicar las diversas formas de ser, específicamente las que denominamos enfermedades crónicas. Así, en la medida en que los ambientes son más adversos para una vida digna, satisfactoria y serena, orientada a la superación espiritual, moral e intelectual, las enfermedades crónicas tienen una presencia más precoz, frecuente, extendida y sufrida. Se trata entonces de un problema principalmente político (relaciones de poder), cuya forma diferenciada de expresión (el campo de la salud) “compete” a las instituciones encargadas del cuidado de la salud pero que carecen, en gran medida, de las posibilidades para “solucionarlo”.

### **El cuidado de la salud**

La forma como las sociedades afrontan los llamados problemas de salud es por medio de instituciones a las que se les confiere el monopolio del saber al respecto y el papel de instancias reguladoras en todo lo relativo al cuidado de la salud de individuos, grupos, comunidades, etc. También existen instituciones internacionales que regulan y coordinan el cuidado de la salud de amplias regiones, de continentes o a escala planetaria. Es a través de las instituciones de salud como el paradigma salud/enfermedad y la HNE ejercen su predominio en la forma de pensar, percibir y actuar en el campo de la salud. Sin embargo, en cada sociedad (de acuerdo con su historia, sus tradiciones, el tipo de relaciones sociales, las actitudes y los hábitos colectivos, las creencias, los usos y costumbres), las instituciones en general y las de salud en particular, exhibirán las peculiaridades de la sociedad de la que son efecto, que darán forma y contenido a las acciones que emprendan para el cuidado de la salud.<sup>35</sup>

Profundizar en la perspectiva de la HCE, donde nada ocurre por fuera de la cultura y todo se expresa en el seno de la cultura de que se trate, nos revela que del nivel de *participación* de las colectividades (entendida como el grado en el cual las actividades colectivas, por la vía de la autogestión, apuntan hacia la consecución de condiciones y circunstancias propicias para una vida digna, satisfactoria y fraterna) en un tiempo dado y en el seno de una comunidad, dependen el tipo y la forma de ser de sus instituciones (características del ambiente cultural). Además, con respecto al cuidado de la salud, pone de manifiesto la relación que existe entre el nivel de participación y el papel que la cultura confiere a los actores de ese cuidado (pacientes y prestadores de los servicios). Dado el bajo nivel de participación

de las colectividades (en el sentido expresado antes) en muchas sociedades, en particular la nuestra, en las instituciones sociales suelen acentuarse los rasgos que les son propios: el centralismo, la verticalidad, el autoritarismo y el burocratismo, por la escasez de contrapesos sociales. Ésta es la razón por la cual se entorpece su accionar y se obstaculiza el logro de sus propósitos y metas (escasa efectividad y legitimidad decreciente). A esa forma de ser de las instituciones públicas de salud en estas sociedades, suele corresponder, en el ámbito privado, un mercantilismo exacerbado.<sup>36</sup>

En el mismo sentido, el bajo o insuficiente nivel de participación en la mayoría de las sociedades, se expresa en las diferentes culturas, por el papel predominantemente pasivo e individualista del paciente y el de protagonista en el cuidado de la salud que se deposita en el médico y demás integrantes del “equipo de salud”. A lo anterior se agrega que el PSE, al excluir las medicinas y las prácticas “no científicas” (calificativo impuesto por la práctica médica dominante), desprovee a la población de medios ancestrales para su auto-cuidado, debilita su iniciativa y la subordina a un “saber” heterónimo para beneplácito de la “jugosa” industria de la salud, todo lo cual contribuye al desbordamiento de los servicios y a hacer más evidente las insuficiencias de las instituciones públicas, ante las necesidades de la población.

Por otra parte, el protagonismo de los prestadores de servicios (ejercido, cada vez más, por los administradores y burócratas) refuerza esa pasividad de los pacientes y/o usuarios provoca, además, que la participación organizada de éstos se perciba como atentatoria (a los propósitos de control institucional) o, en el mejor de los casos, como algo secundario o complementario.

Si “el trabajador de la salud” ahonda en la HCE, se dará cuenta que los pacientes no son máquinas que se pueden controlar por un operador,<sup>37</sup> tendrá que percatarse que su papel no consiste en suplantar al paciente en lo que le atañe, sino en despertar su motivación para que se dé cuenta que ha llegado a otra forma de ser (enfermedad) la cual, dependiendo de sus deseos, intereses, aspiraciones, preferencias y preocupaciones, es preciso asumir para poder aproximarse, paso a paso, a otra forma de vivir con dignidad, serenidad y satisfacción. He aquí uno de los aspectos clave que pierde de vista la educación para la salud en su forma tradicional: no se trata de informar, sino de estimular y encauzar a los pacientes a entender, aceptar y asumir su enfermedad. De ahí la necesidad de propiciar la organización de los pacientes y favorecer el que se responsabilicen de

las atribuciones que les competen en cuanto a lo que pueden y deben hacer por sí mismos.

Es cada vez más evidente que las modificaciones de ciertos hábitos y costumbres de los enfermos crónicos, es clave para una mejor calidad de vida, para lograr cierta efectividad del tratamiento y una evolución más favorable, es decir, el aspecto decisivo radica en entender y aceptar la enfermedad crónica como otra forma de ser que debe asumirse (hacerse cargo, responsabilizarse) y que amerita cambios correlativos en la forma de vivir de las personas enfermas que aspiran a una existencia decorosa.

Enfrentarse a la posibilidad de quedar gravemente limitado/a o de morir, puede modificar radicalmente las prioridades de vida del paciente, replantear el sentido o el sinsentido de su modo de vivir y provocar un viraje en su trayectoria de vida.<sup>38</sup> Entender esta situación por parte del médico y responder ante ella (lo cual supone un cambio de perspectiva), puede dar lugar a otra forma de proceder: acompañar al paciente/familia en el trance, impulsarlo y estimularlo para que inicie o continúe su acercamiento hacia otra forma de vivir, al haber aceptado y asumido su enfermedad que es condición para darle sentido al tratamiento. El aspecto clave para que ese acercamiento sea efectivo es despertar en el paciente un genuino deseo por conocerse, suscitado por las nuevas circunstancias y situaciones en las que se encuentra: ¿quién soy?, ¿cuál es el sentido de mi vida?, ¿qué he dejado de lado en la apreciación de la vida?, ¿cuáles son mis razones profundas para seguir viviendo?, ¿qué es lo que realmente me importa?, ¿por qué soy diferente?, ¿qué puedo hacer para estar mejor?, ¿qué puedo esperar?, ¿qué preferencias, aspiraciones y expectativas tengo?...

### **El paciente colectivo**

La HCE nos revela la necesidad de sustraerse al iatrocenismo en la percepción del paciente, que lleve a los integrantes del equipo que atiende y cuida de la salud, si aspira a penetrar en el entendimiento del problema que tiene ante sí, a reconstruir las condiciones, circunstancias y situaciones de existencia de aquél; a indagar y comprender la representación que el paciente/familia tiene de su enfermedad (“ponerse en los zapatos del paciente”, es decir, entender cómo percibe, sufre y afronta la enfermedad), y sobre todo que se dé cuenta de la imperiosa necesidad de que el paciente “se acepte” y llegue a asumir su enfermedad para constituirse en el protagonista en todo lo relativo a las decisiones que atañen a su propia vida.

El “descentramiento” de la mirada médica nos lleva a reconocer en las comunidades autónomas de pacientes (grupos de autoayuda, comunidades terapéuticas), los ambientes más propicios para que éstos cobren conciencia de su nueva situación, elaboren los conflictos y temores suscitados por la aparición de la enfermedad, la asuman y se motiven a cambiar con el ejemplo de otros: sus pares. En el seno de estas organizaciones se autoafirman, adquieren iniciativa para su auto-cuidado, valoran cómo sus posibilidades de autodeterminación pueden ir en aumento (dependencia decreciente del cuidado de la salud institucionalizado), se aproximan a un verdadero autocontrol y fortalecen el sentido de sus vidas al dar y recibir la compasión y la solidaridad que es propia de esos ambientes.

El emblema de este tipo de organizaciones es *alcohólicos anónimos*, representa una de las primeras ONG's, con una característica: la razón de su surgimiento fue el dar respuesta a las necesidades y procurar la rehabilitación de sus agremiados (cierto tipo de enfermos), los alcohólicos. Esta ONG transnacional, logra lo que la institución de salud no tiene a su alcance, porque confiere sentido de identidad y es garante de los verdaderos intereses y necesidades de sus miembros (autonomía). No sólo encarna la primacía de valores como la compasión, la fraternidad y la solidaridad ¡por fuera del mercantilismo y los “buenos negocios”, que todo lo degradan en nuestros tiempos!, sino que desarrolló una filosofía de la existencia para sus integrantes (los doce pasos para el individuo y las doce tradiciones para la organización), cuya pertenencia a esta sociedad, confiere profundo sentido a sus vidas.

Las comunidades de pacientes que hayan avanzado en su autonomía, hacia formas de organización propias, son los espacios idóneos donde las necesidades, preocupaciones, expectativas, aspiraciones, preferencias y deseos genuinos de los participantes, suscitados por la aparición de la enfermedad, encuentran salida, comprensión, elaboración, apoyo y satisfacción, por lo que deberían constituirse (en un futuro posible) en la “estrategia primaria de atención a la salud” de los enfermos crónicos. El poder que tiene para inducir una vigorosa motivación el ejemplo del “otro” aquejado de algo semejante, que ha logrado sobreponerse, asumirlo, alcanzar una situación de estabilidad y de aceptación de sí mismo, es incomparable (si ellos pueden, ¿por qué yo no?). Empero, la participación de las comunidades de pacientes, se contempla hoy día sólo como un complemento deseable. La perspectiva iatrocéntrica nos impide apreciar que este tipo de comunidades

cuando logran autonomía, son el medio más pertinente y poderoso para dar satisfacción a diversas necesidades psicosociales de los pacientes crónicos: apoyo afectivo y emocional en las incertidumbres y temores; ejemplos e imágenes para encontrar o replantear el sentido de la vida; acompañamiento ante lo inusitado, desacostumbrado o desconocido; impulso para la asunción de actitudes constructivas y hábitos saludables, recomendaciones de qué hacer y cómo hacer en cuestiones prácticas, apoyo en diversas situaciones indeseables. Aquí, la institución de salud –en gran medida imposibilitada para responder apropiadamente a las necesidades psicosociales de los pacientes– aportaría los aspectos técnicos de la atención para el tipo de problema de que se trate, en común acuerdo con el paciente/familia. Es claro, que conforme se trata de problemas agudos o que comprometen las facultades mentales de los pacientes, la dependencia de lo técnico-médico tenderá a ser predominante; no obstante, debemos reconocer que muchas situaciones de este tipo, suceden o incrementan su presencia, precisamente por la forma de vivir (ambientes degradados y degradantes, medicalización de la vida, carencia de sentido), de valorar las enfermedades y actuar sobre ellas.

Al proyectar nuestra mirada a través del concepto de HCE, podemos darnos cuenta que las enfermedades crónicas en su infinita variedad, expresan la multiplicidad de *formas de ser diferenciadas* de las colectividades y de los individuos, que adquieren expresiones polifacéticas y peculiares como efecto de las condiciones, circunstancias y situaciones de vida que resultan del entrelazamiento de lo histórico, lo económico, lo social, lo político, lo ideológico, lo tradicional, lo psicológico, lo biológico, lo ecológico... o sea *lo cultural*.

Lo cultural, conviene insistir, se manifiesta en una enorme diversidad en cuanto a: tradiciones prácticas y simbólicas, creencias, valores, actitudes colectivas, saberes científicos, técnicos y prácticos, saberes populares, costumbres, usos, hábitos, expresiones artísticas y artesanales, formas de asociación y organización, formas de gobierno y control social, dotación de bienes y servicios, disponibilidad de recursos técnicos y tecnológicos... todo lo cual configura, matiza y diversifica al infinito, las condiciones, circunstancias y situaciones de vida de las colectividades e individuos, e influye decisivamente en sus *formas de ser*, incluidas las enfermedades crónicas. Tomemos conciencia de que “el movimiento social” propio del mosaico cultural que constituye a una población de cualquier región o nación, es el principal generador de las formas de expresión, en lo

cuantitativo y en lo cualitativo, de las enfermedades crónicas. Así que toda pandemia, epidemia o endemia son sucesos “*culturalmente determinados*”.

## EPÍLOGO

La HCE nos puede aportar un entendimiento más penetrante de la enfermedad no sólo en el plano social, también en el individual o grupal. Nos revela las limitaciones del PSE para pensar la relación entre la vida y la enfermedad, para captar las causas profundas de la enfermedad, para responder apropiadamente a las verdaderas necesidades de los pacientes y para aproximarnos a una concepción y percepción de la vida provista de sentido. Nos plantea también, la necesidad de un descentramiento del cuidado de la salud institucionalizado, a fin de reconocer el papel insustituible de las iniciativas colectivas de la población y de los pacientes que cristalicen en organizaciones, en pro de sus intereses y necesidades, como el verdadero fundamento del (auto)cuidado de la vida, donde la idea de salud sería sólo una de sus facetas. La HCE es una propuesta teórica que apunta a poner de manifiesto que:

- Conforme la cultura se desarrolla y se diversifica, la vida en su expresión propiamente biológica (el mundo natural con sus características pre-hominidas) no ocurre como tal, sino a través de lo cultural de la época de que se trate. Ningún acontecimiento en nuestra especie tiene lugar “por fuera de la cultura”, aun la constitución genética tiene a la cultura que le preexiste, la cual determina los genes que se combinan (afinidades culturales de diverso tipo o violencia [guerras, conquistas] que condicionan la unión entre los progenitores) y los genes que se activan y/o se inactivan por los efectos culturales (herencia epigenética y causalidad contextual) del momento histórico de la población de que se trate, en una región geográfica determinada.
- Las ideas de lo que son las enfermedades, las formas cómo se perciben, se expresan, se valoran y se actúa sobre ellas depende de la cultura. La HNE, por ejemplo, es un producto cultural de cierta época, que configuró un paradigma (ideas dominantes) que rige la inteligibilidad y las relaciones lógicas en un vasto campo de la experiencia colectiva (el cuidado de la salud).
- Las aportaciones de la HNE son necesarias para los aspectos principalmente técnicos del cuidado de la salud, pero son totalmente insuficientes si nuestra pretensión es ahondar en la cualidad de la vida, donde las enfermedades crónicas representan variaciones peculiares que reciben tal calificativo, porque la cultura las valora de manera diferente.
- La HNE tiene un efecto encubridor sobre cuestiones clave para penetrar en el entendimiento de las enfermedades: reconocer todo lo que la cultura representa, cómo condiciona las formas de ser individuales y colectivas, por qué y cómo predominan ideas y prácticas acerca de la enfermedad provenientes de ciertas culturas, en un momento histórico dado (las relaciones de poder imperantes, el neocolonialismo, etc.).
- La HNE como parte del PSE, al recurrir a la explicación mecanicista (causalidad puntual, lineal, unidireccional y reduccionista), impone una lógica ajena a la cualidad de la vida y de la enfermedad, oscureciendo su entendimiento.
- Las enfermedades son formas de ser diferenciadas y peculiares de las colectividades y de los individuos, que hacen su aparición y evolucionan al interior de la cultura de que se trate.
- Como formas de ser (causalidad contextual), las enfermedades escapan en buena medida a un entendimiento penetrante, si se consideran independientes o ajenas a la vida de la que son una manifestación (el enfermo crónico).
- Aproximarse a una comprensión penetrante de la inefable complejidad de la vida, en especial la humana, es condición ineludible para entender la enfermedad (que es una expresión diferenciada) y replantear nuestro proceder ante ella.
- El “estado de salud” de los individuos y poblaciones expresa principalmente su ubicación en las relaciones sociales desiguales (políticas, económicas, ideológicas), que definen condiciones y circunstancias de vida más o menos favorables, más o menos adversas, dentro de una atmósfera de creencias, tradiciones, actitudes colectivas, usos y costumbres que prevalecen en las comunidades y grupos.
- El papel de los pacientes y de los prestadores de servicios en el cuidado de la salud requiere de cambios progresivos a fin de que los primeros se aproximen a ser los protagonistas en todas las decisiones que les atañen (¿cómo desean vivir en la nueva situación generada por la aparición de la enfermedad?) y los segundos, prioricen en sus acciones el suscitar la motivación de los pacientes para entender, aceptar y asumir su enfermedad, para vincularse con sus pares (comunidades de pacientes), apoyarlos afectivamente y brindarles opciones técnicas y tecnológicas (diagnósticas y



terapéuticas) en la búsqueda de una vida digna, serena donde el paciente procure su propio control.

- Mejorar el estado de salud de las poblaciones supone necesariamente mejorar las condiciones y circunstancias de vida. Tales propósitos requieren de la organización y movilización social que reorienta las políticas del estado hacia el fortalecimiento y superación de las instituciones sociales que atempere, efectivamente, la desigualdad.
- Las comunidades autónomas de pacientes son imprescindibles en el largo camino para que sus intereses y la satisfacción de sus necesidades estén en primer plano e influyan decisivamente en la concepción y operación de las “instituciones de salud”.
- El verdadero fundamento de la “lucha contra las enfermedades crónicas” es la participación social diferenciada y, a gran escala, hacia condiciones y circunstancias de existencia cada vez más favorables para una vida digna, satisfactoria, estimulante, serena y fraternal, comprometida con la superación espiritual, moral e intelectual de las colectividades, que derive en la consecución de sociedades pluralistas, igualitarias, justas y solidarias (incluyentes) comprometidas con el respeto y el cuidado del ecosistema planetario.
- No propone la desaparición de la HNE (lo cual no es posible ni deseable) cuyo influjo en el ámbito técnico de la práctica médica ha sido fecundo. La HCE, al plantear otra perspectiva de lo que son las enfermedades (formas de ser diferenciadas y peculiares de las colectividades y de los individuos), puede explicar no sólo lo que la HNE permite, sino que puede enriquecer nuestra percepción y la forma de aproximarnos a las enfermedades, también arroja luz (a través de la “óptica de la complejidad”) sobre aspectos mal entendidos, desestimados o ignorados donde se encuentran explicaciones más penetrantes de “la salud y la enfermedad”.

La HCE es una perspectiva teórica que representa un viraje en la forma de mirar todo lo relativo a la salud y a la enfermedad. Tal cambio de enfoque brinda posibilidades de entendimiento diferentes a los llamados problemas de salud que padecemos como humanidad, ubica la raíz de esos problemas más allá de lo biológico, abre senderos inéditos de indagación y puede derivar en un replanteamiento de las prioridades de acción que dé lugar a políticas, estrategias y formas de proceder que persigan

propósitos cuyo horizonte sea una sociedad incluyente y solidaria.

Las enfermedades crónicas, inherentes a nuestras formas de ser y de vivir, y acompañantes cada vez más presentes en nuestras vidas, como toda adversidad que sacude nuestro espíritu y el modo como vivimos, puede constituirse en el suceso desencadenante de un viraje hacia la búsqueda de una vida con sentido, provista de auténticos valores (una filosofía de la vida) que son propios de la superación espiritual, moral e intelectual de uno mismo, del círculo de personas más cercano y significativo, y de la comunidad de la que formamos parte. Termino con lo que fue un epígrafe en otro trabajo, pensando en los pacientes, que he modificado levemente:<sup>13</sup>

*“La enfermedad es una forma de ser  
que no podemos elegir;  
Suele ser adversa  
a nuestros deseos y aspiraciones entrañables;  
Como tal, debemos entenderla,  
asumirla y aprender a vivir con ella;  
Sólo así, su presencia, nos hará mejores,  
más dignos y solidarios.”*

#### REFERENCIAS

1. Biographical dictionary. 7th Ed Edinburgh: Chambers Ltd.; 2002, p. 1213.
2. Leavell HR, Clark EG. Preventive medicine for the doctor in his community. An epidemiologic approach. New York: McGraw-Hill; 1953.
3. Pérez-Tamayo R. Concepto primitivo de enfermedad. El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia. Tomo I. México: FCE; 1988, p. 27-54.
4. History of western medicine from Hippocrates to germ theory. The Cambridge world history of human disease. Cambridge: Cambridge Univ Press; 1993, p. 11-19.
5. Pérez-Tamayo R. La enfermedad como fenómeno natural. El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia. Tomo I. México: FCE; 1988, p. 65-195.
6. Plummer JP. Acupuncture and homeostasis: physiological, physical (postural) and psychological. *Am J Chin Med* 1981; IX: 1-14.
7. Cook ND. Yin and yang in natural systems. *Am J Acupuncture* 1977; 5: 5-14.
8. Pérez-Tamayo R. El concepto moderno de enfermedad. El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia. Tomo II. México: FCE; 1988, p. 215-43.
9. Pérez-Tamayo R. ¿Qué es y dónde está la enfermedad? El concepto de enfermedad. Su evolución a través de la historia. Tomo II. México: FCE; 1988, p. 59-130.
10. Morin E. El método. IV Las ideas. Madrid: Cátedra-Teorema; 1998, p. 216-44.
11. Canguilhem G. Máquina y organismo. El conocimiento de la vida. Barcelona: Anagrama; 1976, p. 117-49.
12. Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. Barcelona: Barral Editores; 1975, p. 35-84.
13. Viniestra VL. Las enfermedades crónicas y la educación. La diabetes mellitus como paradigma. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2006; 44(1): 47-59.

14. Canguilhem G. El viviente y su medio. El conocimiento de la vida. Barcelona: Anagrama; 1976, p. 151-81.
15. Maturana RH. Biología del fenómeno social. La realidad: ¿objetiva o construida? I Fundamentos biológicos de la realidad. Barcelona: Anthropos; 1995, p. 3-18.
16. Capra F. La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos. Barcelona: Anagrama; 1998, p. 206-73.
17. Viniegra VL. Acerca de la significación biológica. El pensamiento teórico y el conocimiento médico. México: UNAM; 1988, p. 51-92.
18. Castilla del Pino C. Función de los sentimientos. Teoría de los sentimientos. Barcelona: Tusquets; 2000, p. 55-9.
19. Capra F. La naturaleza de la vida. Las conexiones ocultas. Barcelona: Anagrama; 2003, p. 25-59.
20. Canguilhem G. La experimentación en biología animal. El conocimiento de la vida. Barcelona: Anagrama; 1976, p. 15-43.
21. Viniegra VL. El efecto placebo. Su dimensión teórica y sus implicaciones prácticas. *Ciencia* 1987; 38: 131-46.
22. Bennett HP, Burch T, Miller M. Diabetes mellitus in American (Pima) Indians. *Lancet* 1971; 125-8.
23. Landman OE. The inheritance of acquired characteristics. *Ann Rev Genet* 1991; 25: 1-20.
24. Harper LV. Epigenetic inheritance and the intergenerational transfer of experience. *Psychol Bull* 2005; 131(3): 340-60.
25. Takeda S, Paszkowski J. DNA methylation and epigenetic inheritance during plant gametogenesis. *Chromosoma* 2006; 115: 27-35.
26. Martin C, Zhang Y. Mechanisms of epigenetic inheritance. *Current Op Cell Biol* 2007; 19: 266-72.
27. Holliday R, Ho T. DNA methylation and epigenetic inheritance. *Methods* 2002; 27: 179-83.
28. Kaati G, Bygren LO, Pembrey M, Sjöström M. Transgenerational response to nutrition, early life circumstances and longevity. *Eur J Hum Genet* 2007; 25: 784-90.
29. Kaati G, Bygren LO, Edvinsson S. Cardiovascular and diabetes mortality determined by nutrition during parents' and grandparents' slow growth period. *Eur J Hum Gen* 2002; 10: 682-8.
30. Pembrey M. The Avon longitudinal study of parents and children (ALSPAC): a resource for genetic epidemiology. *Eur J Endocrinol* 2004; 151(Suppl. 2): U125-U129.
31. Irmak MK, Topal T, Oter S. Melatonin seems to be a mediator that transfers the environmental stimuli to oocytes for inheritance of adaptative changes through epigenetic inheritance system. *Medical Hypotheses* 2005; 64: 1138-43.
32. Viniegra VL. Explicación y causalidad en el campo de la salud. *Higiene* 2003; 5(1): 19-33.
33. Viniegra VL. Hacia un nuevo paradigma de la educación. *Rev Invest Clin* 2008; 60(4): 337-55.
34. Lichtenberg GC. Aforismos. México: FCE; 1989, p. 195.
35. Viniegra VL. El desafío de la educación en el IMSS: cómo constituirse en la avanzada de la superación institucional. *Rev Med IMSS* 2005; 43(4): 305-21.
36. Viniegra VL. Las gestiones de las instituciones privadas y públicas de salud, ¿por qué deben ser distintas? *Rev Med IMSS* 2004; 42(1): 37-53.
37. Capra F. Vida y liderazgo en las organizaciones. Las conexiones ocultas. Barcelona: Anagrama; 2003, p. 133-70.
38. Shinoda BJ. La tierra se abre bajo nuestros pies. El sentido de la enfermedad. Barcelona: Kairós; 2006, p. 23-42.

Reimpresos:

**Dr. Leonardo Viniegra-Velázquez**  
 Unidad de Investigación Educativa  
 Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS  
 Edif. Administrativo 3er piso  
 Av. Cuauhtémoc 330,  
 Col. Doctores  
 06720, México, D.F.  
 Tel.: (52) 5627-6900, ext.: 21070  
 Correo electrónico: leonardo.viniegra@imss.gob.mx

Recibido el 24 de septiembre de 2008.  
 Aceptado el 24 de noviembre de 2008.