

## INTERCULARIDAD, SALUD Y DERECHOS HUMANOS: HACIA UN CAMBIO EPISTEMOLÓGICO

### La crisis del modelo biomédico y los desafíos actuales

Carlos Madariaga<sup>1</sup>

La crisis del modelo biomédico en tanto fórmula de explicación y de respuesta al *proceso salud-enfermedad-atención* (P/SEA) en el mundo, a la luz de los radicales cambios producidos en la economía, la política y la cultura humanas -y, por consiguiente, en las ciencias- en los finales del siglo XX, ha instalado el desarrollo de nuevas propuestas epistemológicas en el campo de la salud; el núcleo rector de ellas es la perspectiva biopsicosocial. El planteamiento esencial de este enfoque es la superación de los modelos explicativos uni o multicausalísticos del enfermar en la sociedad humana por un enfoque de multideterminación del mismo, la incorporación de las ciencias sociales en diálogo con las ciencias biomédicas y la validación plena de otras formas del saber acumuladas históricamente por las diversas culturas. Se trata de una propuesta de complejización y enriquecimiento de la comprensión del P/SEA, que da cuenta de la incorporación plena de las determinantes sociales y, por ende, ha expandido notablemente el campo de análisis sobre las formas de intervención en salud.

La cuestión planteada hoy es el cómo se realiza en la práctica este proceso de integración de los componentes biológicos, psicológicos y sociales en un campo de acción coherente, tanto desde las ciencias de la salud como de las políticas sanitarias. Esta propuesta pretende superar nodos históricos generados por el modelo biomédico (positivista y, por tanto, reduccionista): la primacía de lo individual por sobre lo colectivo, de los fenómenos biológicos por sobre los sociales, de las acciones curativas por sobre las preventivas y promocionales, de la atención clínica por sobre la intervención comunitaria, y, a partir de los años ochenta, la hegemonía de los modelos de gestión mercantil en salud por sobre los salubristas.

No se trata simplemente de operar con una intención aditiva, sumatoria de aquello que la epidemiología norteamericana impuso como «factores» cuando aludía a las dimensiones sociales, económicas y culturales del P/SEA; en este sentido recojo las palabras de Benedetto Saraceno:

*«Sería un error limitarse a «sumar» la dimensión social a las dimensiones biológica y psicológica simplemente para enriquecer una lista de factores causales o de riesgo. La operación conceptual y operativa necesaria es mucho más compleja: concebir una aproximación global a la enfermedad y a la salud, donde incluso los modelos teóricos y las prácticas de tratamiento sean más complejos y no se limiten a añadir variables potencialmente implicadas en los procesos de salud y enfermedad. Ello implica una relación no simplemente aditiva sino interactiva entre las dimensiones biológica, psicológica y social»* (Saraceno, 2004).

La transformación de la perspectiva biomédica en una biopsicosocial es un problema esencialmente político e ideológico que apunta a modificar ciertas estructuras del saber/poder en el campo de las ciencias que son las responsables históricas del ejercicio uniculturalista de la medicina en el mundo actual. Saraceno nos alerta acerca del peligro de hacer de lo biopsicosocial un mero elegante y progresista acto declamatorio al que todo el mundo adscribe pero sin alcances en la práctica concreta. ¿Cómo hacer para superar este peligro de neutralización de esta

---

<sup>1</sup> Psiquiatra, Magister C. Soc. ©; Terapeuta de Familia; Jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional de Iquique; Director Clínico CINTRAS-Iquique.

propuesta transformativa por la vía de su esterilización práctica? Recogemos un señalamiento de Imre Lakatos desde la filosofía de las ciencias: «Desde la dialéctica, una pregunta científica es trascendente si es que lo que hacemos y sentimos es cambiado por la respuesta que demos a esta pregunta» (Lakatos, 2007). Lakatos, fiel al postulado de que la ciencia es un producto histórico y, por lo tanto, existe siempre en co-dependencia con los procesos sociales concretos, destaca su carácter radicalmente transformativo, estableciendo el imperativo del traslado del decir a un hacer que modifica la realidad.

## Una propuesta epistemológica para el cambio

La incorporación de las determinantes sociales al P/SEA, en los marcos de una perspectiva estructurada y coherente desde la teoría, ha generado la necesidad de construir nuevas claves para la definición del *objeto/concepto/campo* de la salud. Estas claves surgirán de la correcta resolución de cuestiones esenciales a la teoría y la epistemología: la superación del positivismo propio de la modernidad; la necesidad de una teoría general de la salud; el paso de un pensamiento unicultural hacia uno intercultural. Edgar Morin aporta a esta discusión lo que él llama «líneas innovadoras para la transformación de la ciencia y su método»: 1. contra el reduccionismo empírico y formal cuantitativista; 2. contra la hegemonía de la racionalidad eurocéntrica y androcéntrica, la uniculturalidad de la ciencia; 3. contra el dominio de las teorías totalizantes o mega relatos impositivos; 4. replanteo de las relaciones entre conocimiento académico (asumido como única expresión del saber científico) y el conocimiento popular (Morin, 1994).

La perspectiva de las determinantes sociales del P/SEA aparece como un aporte relativamente reciente en el campo de la salud; sin embargo, en nuestra América Latina, desde los años 70 la epidemiología llamada entonces «social crítica», con fuerte desarrollo en México (A.C. Laurell), en Brasil (Almeida Filho), en Ecuador (J. Breilh) y en Argentina (M. Testa, J. Samaja), viene avanzando en el análisis de estas materias, con diferentes matices teóricos pero todos coincidentes en la existencia de un marco sociohistórico y cultural en el que se requiere entender el P/SEA. Breilh se apoya en el análisis de las inequidades existentes en el campo amplio de las relaciones sociales, estableciendo la existencia de una tetra inequidad: de clase, étnica, de género y de generación. A partir de este reconocimiento avanza en la definición de tres niveles de análisis de la salud y la salud mental: primero, como problema ontológico (la cuestión del Ser); segundo, como problema epistemológico (la cuestión del Conocer); tercero, como praxis (la cuestión del Hacer). La dimensión ontológica propuesta sobrepasa los límites en que la puso el modelo biomédico -el del dominio estricto de la salud- incorporando el orden o dominio de lo social como parte constitutiva del ser de la salud. La dimensión epistemológica establece tareas para la construcción del *objeto* de la salud, de la *práctica* en salud y también respecto de las *formas de construcción*: uni o interculturales. Finalmente, la dimensión práxica, relativa al sentido y espacio de la acción, extiende el campo desde lo meramente terapéutico y rehabilitatorio, propio del modelo médico clásico, hacia la prevención y promoción efectivas en salud (incluyendo el interesante concepto de «prevención primordial», orientado al estudio de las condiciones estructurales de la sociedad que producen riesgos para la salud). Vista en su conjunto, esta perspectiva rompe drásticamente con las limitaciones del positivismo, instalando ámbitos del P/SEA permanentemente negados por las teorías uniculturales que han primado en la salud.

Siguiendo un camino similar, pero incorporando la teoría de la complejidad, Juan Samaja observa el fenómeno Salud desde su conformación como *Ser*, en tanto campo del conocimiento en el cual se identifican cosas, causas, fenómenos biológicos, los cuales merecen lo que llama «juicios de existencia», propios de su origen «natural». Al mismo tiempo, lo observa desde su conformación como *Deber Ser*, en tanto conjunto de representaciones, significados y simbolismos, los cuales son materia de «juicios de valor», propios de su origen cultural. En la síntesis, la salud es al mismo tiempo naturaleza y cultura, realidad y discurso. Esta imbricación de lo biológico con lo social se entiende dentro de una dinámica interna que se establece a partir de su concepto de «epigénesis» del ser social, según el cual, los estratos del ser social se configuran en un orden ascendente, acorde con los niveles de complejidad: 1. fenómenos físicos y termodinámicos: exclusivamente dependientes del medio externo; 2. fenómenos bióticos: autorreproducción, organización estable, transmisión a nuevas generaciones, regulan intercambio con el medio, evolucionan en tanto especie; 3. fenómenos humanos: disponen de mecanismos de

representación de los estados objetivos y subjetivos en los que se encuentran (lenguaje, escritura, producción de nuevos objetos por experimentación y simulación). El ser, entonces, deviene Ser sólo en este tercer nivel, el de la organización humana como sociedad que produce cultura; los niveles físico-químico y biótico son condición necesaria para la conformación de lo humano pero no suficiente; la sociedad humana y su producción cultural es el estadio final y definitivo del Ser, su condición necesaria y suficiente (Samaja, 2004).

La epidemiología social crítica latinoamericana, hoy conocida como Salud Colectiva, tiene el mérito de proponer un orden ontológico y epistemológico para la definición del ser y del objeto de la salud que la saca del reduccionismo biomédico y la redefine como hecho histórico, reflejo de las relaciones sociales. Tal perspectiva permite avanzar a una nueva caracterización del P/SEA, tal como propone Samaja:

*«El problema salud – enfermedad se debe extender a la totalidad de los problemas que presenta la reproducción de cada uno de los miembros de las poblaciones humanas y de sus ambientes de desarrollo, en todas sus dimensiones epigenéticas y no solamente los problemas de la reproducción biológica. Por tanto, el objeto de estudio de las disciplinas de la salud lo constituyen los **problemas**, las **representaciones** y las **estrategias de acción** que presentan en el curso de la reproducción de la vida social*» (Samaja, 2004).

Existiría, entonces, una normalidad y una anormalidad en la biología, que daría cuenta de los fenómenos biológicos y, al mismo tiempo, una normalidad y una anormalidad en la cultura, que daría cuenta del campo representacional – simbólico, ámbito absolutamente determinado por el rol del sujeto. La cultura sería un escenario productor de diversas estructuras normativas que podrían favorecer o no la reproducción social. Recogiendo la propuesta de Breilh, la tetra inequidad en el ámbito de los procesos sociales (o si se quiere de la formación social o de las relaciones sociales) genera no sólo ordenamientos clasistas (clases sociales) al interior de la sociedad, sino también ordenamientos grupales signados por las inequidades no clasistas (de género, de generación, étnica) todos los cuales dan configuración a la cultura humana. La cultura se expresa en procesos diferenciados que permiten identificar culturas y subculturas específicas, en constante relación entre sí. El P/SEA resultante, también producto social, será diferenciado subculturalmente. La interculturalidad en salud se entenderá entonces como la expresión teórico-práctica de la diversidad cultural históricamente dada en su relación con el P/SEA.

## **Modelo comunitario en salud y cambio epistemológico**

Es coherente con esta perspectiva la opción de superar los modelos clínicos hegemónicos por un modelo comunitario en salud y salud mental basado en una concepción intercultural. Hemos propuesto las siguientes claves de un modelo comunitario en salud mental, que nos parece también pertinente en una dimensión más amplia del concepto salud:

*«1. Un enfoque social y comunitario de la psiquiatría y la salud mental debe orientar su estudio a la interrelación entre lo biológico y lo social, entendiendo esta diada como un par dialéctico mutuamente dependiente.*

*2. Su quehacer está orientado a indagar en cada condición sociohistórica concreta cómo se expresa lo social en las posibles causas de enfermedades mentales, en la historia natural de dichas enfermedades, en las formas que la sociedad se provee para sanarlas, en la creación de condiciones sociales favorables para la salud y la salud mental.*

*3. Para la intervención comunitaria se apoya en los más modernos conocimientos aportados por las ciencias y la tecnología, las que concurren al proceso en diálogo integrativo con otros campos del saber, especialmente el saber popular.*

*4. Junto con potenciar el éxito de la psiquiatría clínica en el campo de la atención individual del trastorno mental incorporándole la dimensión sociocomunitaria, se preocupa por la rehabilitación integral y la plena reinserción social de las personas discapacitadas, la prevención de enfermedades mentales, el fomento y la promoción de la salud mental.*

*5. Sus metodologías y técnicas de intervención se dirigen al individuo, a las familias, a grupos humanos específicos y a la comunidad en general, siempre cautelando su pertinencia cultural.*

6. *Se posiciona en un marco ético general con asiento en la doctrina de los derechos humanos: en cuanto derechos civiles y políticos, con vistas al ejercicio pleno de ciudadanía de parte del sujeto enfermo; en cuanto derechos económicos, sociales y culturales, con vistas a la satisfacción digna y eficiente de sus necesidades fundamentales.*
7. *Opera en su accionar cotidiano con el principio de interdisciplinariedad. De acuerdo con él se organiza el equipo de trabajo garantizando un objetivo común compartido por todos los miembros; protege la especificidad de los roles individuales de acuerdo a su formación profesional o expertiz; flexibiliza las funciones haciendo intercambio de roles para tareas de exigencia común; junto a las jerarquías administrativas, admite otras, de tipo técnico, variables y rotativas de acuerdo a la expertiz y la exigencia de la tarea concreta.*
8. *Promueve la intersectorialidad como requisito permanente, tanto en el diseño de sus programas como en el desarrollo de sus acciones. Su objetivo es lograr la integración de esfuerzos estatales y con la sociedad civil, con respaldo en cuerpos de ley, políticas sociales formales, programas específicos de colaboración, con recursos financieros adecuados.*
9. *Se preocupa por los sistemas de salud, la gestión de los mismos, la elaboración de políticas, planes y programas de salud mental, sean éstos de carácter nacional, regional o local; promueve la participación comunitaria en ellos, en la evaluación de procesos y resultados, en el monitoreo de programas de intervención.*
10. *Promueve la incorporación plena de los más diversos actores sociales en todos los ámbitos del P/SEA; profesionales y técnicos de salud, las organizaciones de base, los usuarios y sus familias, las instituciones comunitarias, políticas y sociales, los sistemas e instituciones de salud académicas y populares, todos ellos incorporados a plenitud en los diferentes niveles de decisión y de acción» (Madariaga, 2005).*

## **Ciudadanía y derechos humanos**

La salud y la salud mental comunitarias con pertinencia cultural tienen en los derechos humanos un principio fundante. No hay salud posible en un contexto sociopolítico, económico y cultural en el que estos derechos se encuentren restringidos. El concepto de ciudadanía es el eje rector de esta perspectiva. La satisfacción del derecho a la salud es uno de los componentes de mayor potencia en la construcción de ciudadanía; las políticas públicas en esta materia pueden ser potenciadoras o debilitantes de la ciudadanía. ¿Cómo se construye ciudadanía desde la dimensión de la salud y la salud mental?: con el respeto pleno a los derechos humanos de personas sanas y enfermas; promoviendo la integración con equidad al disfrute del patrimonio social, económico y cultural; creando estrategias de tratamiento, rehabilitación, prevención y promoción en salud y salud mental que generen formas de subjetividad capaces de co-construir el mundo social al que pertenecen; poniendo énfasis en relaciones humanas solidarias, capaces de tolerar e impulsar la diversidad; potenciando la inclusión del sujeto individual en formas colectivas de participación, tanto a nivel de los micro grupos como en los desafíos globales de la sociedad; modificando el concepto de «éxito» (terapéutico, rehabilitatorio) desde los objetivos de rendimiento utilitario hacia los de participación en la diversidad.

## **Cultura, interculturalidad y salud**

Denys Cuche nos dice que «*el hombre (agregamos 'y la mujer') es esencialmente un ser de cultura*» (Cuche, 2002). Esta idea de la cultura como «esencia» de lo humano nos parece sustenta adecuadamente lo sostenido hasta ahora mientras estamos dando fundamento epistemológico al ser, al objeto y al campo de la salud. La cultura es un extenso campo de continencia de actitudes, conductas, vivencias, representaciones, simbolismos, tradiciones, formas de enfermar y de sanar, etc., producidos históricamente por los seres humanos organizados socialmente. Se encuentra en un constante proceso transformativo que resulta de sus dinámicas internas y de las relaciones que se establecen entre las diversas expresiones particulares que hacen de «La Cultura» un conjunto dinámico de culturas y subculturas, cada una de ellas con sus características identitarias, de pertenencia y de alteridad. Esta noción de cultura →el Ser es un Ser de Cultura← propone terminar con las explicaciones naturalistas de los fenómenos y comportamientos humanos: la naturaleza está en el ser humano totalmente interpretada por la cultura; no hay nada puramente natural en el ser humano. Dicho de otro modo, la cultura es un producto

social/histórico, es resultante de la historia de las relaciones sociales, no existe independiente de ellas. Lo biológico se reconoce sólo en tanto condición necesaria de lo humano (el Ser «es» sobre una materialidad biológica que otorga asiento a procesos vitales que permiten la función del psiquismo, pero que no son su origen); el ser llega a «Ser» sólo en tanto Ser Social, Ser de Cultura, a lo cual se accede sólo en el contexto de las relaciones sociales, su condición suficiente.

Las relaciones entre las diversas culturas son relaciones desiguales, en la medida que son desiguales las relaciones sociales que les dan origen y que las contienen. Por tanto, dentro de las relaciones interculturales hay jerarquías que son reflejo de las jerarquías sociales. Tanto K. Marx, desde la teoría social, como M. Weber, desde la sociología, concordaron en que la cultura de la clase dominante es la cultura dominante. Una de las expresiones de este dominio es que este hecho de la dominación es naturalizado por dominantes y dominados, se le atribuyen características de «esencia», de «superioridad intrínseca». Desde esa óptica es que tienden a comprender los colectivos humanos la dominación cultural, como hecho inevitable. Así, toda relación entre dos culturas se da en términos de una díada hegemonía/subordinación. La subordinación no desconoce la existencia en la o las culturas dominadas de expresiones contrahegemónicas de alta significación, que pueden llegar a conquistar valiosos espacios de poder, como sucede con muchos pueblos originarios de nuestra América y en Chile con las luchas de las comunidades mapuches por sus derechos.

En relación con las acciones de salud desde una perspectiva intercultural, el problema consiste en resolver correctamente la cuestión de las diferencias de saberes, cosmovisiones y prácticas en salud que cada cultura ha acuñado y validado a través de su historia. Si aceptamos que la vinculación que se produce en el encuentro intercultural a partir de necesidades de salud de la población es una relación asimétrica, de hegemonía/subordinación, un desafío adicional es entonces cómo resolvemos la interfase generada en el diálogo a que obligan las inevitables decisiones en salud: el tener que sanar, hacer un procedimiento o una indicación terapéutica, cuando existe más de una posible forma de entender el padecimiento y más de una posible forma de tratarla. La interculturalidad en salud establece la creación de condiciones de confianza, diálogo, respeto mutuo, intercambio y enriquecimiento cruzado de saberes. Sólo un modelo de intervención comunitaria en salud puede otorgar condiciones apropiadas para que se pueda configurar una cierta intersubjetividad dialógica, propositiva y fraterna entre los representantes de las instituciones de salud que participan en el encuentro intercultural.

### **Referencias bibliográficas**

- Cuche, Denys. 2002. *La noción de la cultura en las ciencias sociales*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Lakatos, Imre, 2007. *Escritos filosóficos 1. La metodología de los programas de investigación científica*. Madrid: Alianza Editorial.
- Madariaga, Carlos. 2005. «Psiquiatría comunitaria: apuntes para una conceptualización». En *Gaceta Universitaria*, Vol. 1 N° 3.
- Morin, Edgar. 1994. *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: GEDISA.
- Saraceno, Benedetto. 2004. *La liberación de los pacientes psiquiátricos. De la rehabilitación psicosocial a la ciudadanía posible*. México: Paz.
- Samaja, Juan. 2004. *Epistemología de la Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

*Publicado en revista Reflexión N° 36, ediciones CINTRAS. Santiago, diciembre 2008*