

Epidemiología crítica en clave latinoamericana para una salud contrahegemónica

Critical epidemiology in a Latin American key for a counter-hegemonic health

Bruno Hennig

Resumen

El campo de la salud en general y el de la salud mental en particular se inscriben en la necesidad de una trama inter/transdisciplinar, dado el carácter complejo del objeto salud. Se revisa brevemente en este trabajo cómo opera la hegemonía en salud, en salud mental y en epidemiología, y se proponen algunos aportes contrahegemónicos. Para tal fin, se analizan algunas consideraciones para posteriormente arribar al concepto de riesgo, que es una pieza clave de la epidemiología. Se propone un estudio cualitativo, de corte teórico y se realiza un análisis bibliográfico. Se concluye con la importancia de poder “elevar epistémicamente” un enfoque capaz de contribuir a la emancipación de los pueblos, y para ello recuperar la dignidad, la equidad, la justicia y la libertad como valores centrales en los procesos de salud/sufrimiento/enfermedad/cuidado.

Palabras clave: salud; dominación; epidemiología; riesgo.

Abstract

The field of health in general, and mental health in particular, requires an inter/transdisciplinary framework given the complexity of the subject of health. This paper briefly examines how hegemony operates in the fields of health, mental health, and epidemiology, and suggests some counter-hegemonic contributions. To this end, some considerations are analyzed to later arrive at the concept of risk, which is a core part of epidemiology. A qualitative theoretical study is proposed, and a bibliographic analysis is carried out. It concludes with the importance of being able to “epistemically raise” an approach capable of contributing to the emancipation of peoples, and to this end recover dignity, equity, justice, and freedom as central values in health/suffering/disease/care processes.

Keywords: health; domination; epidemiology; risk.



PACHA

Revista de Estudios Contemporáneos del Sur Global

INFORMACIÓN:

<https://doi.org/10.46652/pacha.v3i8.119>

ISSN 2697-3677

Vol. 3, No. 8, 2022. e210119

Quito, Ecuador

Enviado: Julio 02, 2022

Aceptado: Agosto 10, 2022

Publicado: Agosto 27, 2022

Sección General | Peer Reviewed

Publicación Continua



AUTORA:

 *Bruno Hennig*

Universidad Nacional de Lanús -
Argentina

brunohennig1@gmail.com

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no existe conflicto de interés posible.

FINANCIAMIENTO

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo

AGRADECIMIENTOS

N/A

NOTA

En parte, este artículo se desprende de dos trabajos presentados como instancia de evaluación de Seminarios doctorales.

ENTIDAD EDITORA

RELIGACIÓN
CICSHAL
Centro de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades
desde América Latina

1. Introducción

Los procesos de dominación-resistencia en general que tensionan el mundo no son ajenos al campo de salud ni al del conocimiento. El concepto de salud es un producto socialmente construido, desarrollado en contextos históricos específicos, y es sostenido por un entramado ideológico vinculado de manera estrecha con los valores dominantes de la sociedad, impuestos por los grupos hegemónicos que defienden sus intereses particulares (Gómez-Arias, 2018). Reducir la salud y la vida a lo técnico, a la biología individual, a lo operativo y pragmático, a lo burocrático, son engranajes constitutivos de la salud pública tecnocrática, que depende de las estrategias administrativas del Estado. Desde el punto de vista de la historicidad, Menéndez (2005) señala la función de control social de la medicina hegemónica, pues las mejores condiciones de alimentación, salubridad e higiene de las clases bajas urbanas constituían un requerimiento casi necesario para la aplicación de nuevas técnicas de producción intensiva como el taylorismo y el fordismo, ya que precisan de un trabajador sano durante el período laboral y que además no debe desviarse.

Históricamente la funcionalidad, la armonía y la adaptación han sido predominantes en los discursos oficiales sobre la salud y la enfermedad, donde opera una suposición de un orden preexistente y aparentemente bueno, con la implícita intencionalidad de sujetar a los seres humanos a un molde único, el de funcionar y producir (Gómez-Arias, 2018). Además, la idea de normalidad, siendo también la salud equiparada a ésta, ha sido un efecto político de procesos de normalización, que responden a la búsqueda de adaptación a la realidad por medio del control social para mantener y garantizar el *statu quo*.

Entre los siglos XVI y XVII, con el advenimiento de la modernidad capitalista, primó el empirismo que resultó fundacional de la salud pública actual, mediante el cual se vinculó a la salud y la enfermedad con las pruebas empíricas a través de la observación rigurosa y sistemática, a partir de concebir al cuerpo como una máquina. La idea del cuerpo como máquina es la extensión de una concepción similar de la naturaleza: que obedece a ciertas leyes universales, para lo cual se trata de conocer las leyes físicas que explican su funcionamiento, una perspectiva presente en la modernidad capitalista, en la cual opera un mecanicismo, según el cual los fenómenos comienzan a ser regulados por leyes naturales. La vida ya no será explicada sólo por la anatomía sino por el funcionamiento adecuado de la máquina. En el marco de esta forma de concebir el mundo, la naturaleza y el cuerpo, se desarrolla el concepto de normalidad, que refiere al ordenamiento que opera como regla única y dirige el funcionamiento del mundo y toda variación a esta ley universal deberá ser considerada anormal.

Según Le Bretón (2002), entre los siglos XVI y XVII surge el Ser de la modernidad, un sujeto separado de sí mismo, ya que opera una división ontológica entre cuerpo y sujeto, separado de los otros (es el cogito cartesiano y no el cogitamus) y desarraigado del resto del universo. Para este autor, la medicina moderna emerge de esta fractura ontológica y la imagen que se hace del cuerpo presenta su origen en las representaciones anatómicas de estos cuerpos sin vida en los que el sujeto no existe más (Le Bretón, 2002).

También, el aislamiento e individualismo antes referidos emergen junto a la división de tareas, donde existe una enorme distancia cultural y social entre el médico, poseedor de un saber oficial sobre el cuerpo que en general no intenta compartir, y el sujeto en calidad de paciente, que no posee saber alguno sobre sí mismo, destinado a no comprender las significaciones que lo atraviesan (Le Bretón, 2002; Menéndez, 2015).

Por otro lado, indagar en los enfoques sobre la salud y en las significaciones sociales y valores dominantes que hacen de soporte a una cierta visión de mundo, posibilita pensar en un tipo de sociedad en un determinado tiempo, en ciertas comprensiones comunes e imaginarios que existen. La enfermedad y la atención también “expresan las condiciones sociales, económicas y culturales que toda sociedad inevitablemente procesa a través de sus formas de enfermar, curar y morir” (Menéndez, 2005, p. 10).

Algunas disciplinas intervinientes en el campo de la salud son la medicina, la psiquiatría, la epidemiología, la psicología, entre otras. Castro Orellana (2009), siguiendo a Foucault, retrata el proceso mediante el cual desde el siglo XVIII hasta el presente la medicina se fue apoderando de los cuerpos insertándolos en el orden productivo del capitalismo. En este sentido, la medicina y la salud en el siglo XVIII comienzan a concebirse como problemas económicos ya que precisan de una utilización política de los cuerpos que brinde y garantice una adecuada fuerza de trabajo. Se trata de la docilización de los cuerpos para volverlos pasivos y adaptables. Así, la medicina opera como instrumento de dominación y domesticación al servicio del Estado capitalista, en pos del incremento del rendimiento y utilidad de los cuerpos (Castro Orellana, 2009).

Según avances en estadística, lo normal es lo frecuente, mientras que lo que se aleja del promedio es lo desviado, lo anormal, pero también lo peligroso y sospechoso, y es en estos términos en los que van a ser definidas la salud y la enfermedad, a saber, ser sano es ser normal, suponiendo que el orden es único y universal, emergiendo la enfermedad como aquello que se ha apartado del orden natural, en tanto desviación funcional. Inicialmente, la categoría de normalidad aparece ligada a una cuestión estadística y cuantitativa, luego se le asocia a un valor positivo, apetecible y a una cuestión moral, un deber ser (tanto sano como normal). Así, la creencia en un orden natural, armónico y bueno define el patrón de normalidad, una herramienta útil para ocultar las inequidades propias del capitalismo, evidenciando que la producción de ideas y conceptos es un proceso estrechamente vinculado con el ejercicio del poder. De este modo, lo normal es definido en función del ideal impuesto por la cultura dominante al conjunto de la sociedad, a la vez que se trata de un ideal imposible de ser alcanzado (Carpintero, 2009).

El campo de la salud en general y el de la salud mental en particular han sido y continúan siendo históricamente dominados por un modelo tecnocrático. En materia de salud mental y desde un paradigma tecnocrático rige el positivismo en psiquiatría que se sustenta en una hegemonía basada y materializada en una eficacia pragmática a través del Modelo Médico (Menéndez, 2005) y de la industria farmacéutica.

Desde una perspectiva crítica, la salud mental es un campo inter/transdisciplinario –en el marco de la salud pública– y presenta una pluralidad de voces que lo constituyen. Uno de los antecedentes en esta materia son los aportes de Alicia Stolkiner (2005), quien define a la salud mental en tanto campo de prácticas sociales y añade como fundamental incorporar la dimensión social en el análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención a la vez que manifiesta la importancia de la interdisciplina como abordaje.

En este sentido, en este trabajo se recurre a lo que puede ser esbozado como desobediencia epistémica (Mignolo, 2010) para procurar un trazo epistémico indisciplinado en el campo de la salud mental y buscar romper el molde académico dominante que separa el saber en disciplinas aisladas en compartimentos estancos, propio del positivismo (Elichiry, 2009). Cabe mencionar que en general y en salud en particular existen dos paradigmas en pugna: el paradigma tradicional/tecnocrático, por un lado, y el paradigma crítico, por otro. La epidemiología tradicional (paradigma tecnocrático) se encarga en gran parte de la ocurrencia, la distribución y los factores vinculados a las enfermedades en las poblaciones. Para Jaime Breilh (2015), uno de los referentes de la epidemiología crítica, la epidemiología tradicional percibe al mundo de manera fragmentada, con una idea de la realidad dividida en factores y en riesgos, en relaciones lineales de causa-efecto, donde sólo se pretende vincular el factor causal con otro fenómeno, como un indicador de enfermedad, buscando percibir si están asociados o no, por medio de una prueba matemática, basada en una práctica funcionalista que sólo busca reducir la acción a la corrección de riesgos para sostener el statu quo. Mientras que la epidemiología crítica, en cambio, se encomienda estudiar los procesos de salud-enfermedad-cuidado desde una mirada dialéctica y en relación con los contextos sociohistóricos, en el marco de la salud colectiva o medicina social latinoamericana. La epidemiología crítica se propone vincular los procesos de salud-enfermedad-cuidado con las condiciones materiales de existencia, la estructura socio-económica y la producción de desigualdad como una de las bases del capitalismo, poniendo en cuestionamiento distintos proyectos de dicho sistema y pretendiendo visibilizar y analizar los determinantes socio-políticos, económicos y culturales que atraviesan inevitablemente los procesos de salud-enfermedad-cuidado y buscar traducir en clave latinoamericana la materialización de la búsqueda por la transformación social para la dignidad, la equidad y la justicia de los pueblos. De este modo, el objetivo de la presente investigación es introducir algunas discusiones internas al campo de la salud mental, y para ello se recurre a tematizar desde una epidemiología crítica el concepto de riesgo, en pos de una salud contrahegemónica.

2. Metodología

El presente trabajo consistió en un diseño analítico y estuvo enmarcado en un abordaje metodológico cualitativo. Se trató de una elaboración teórica en la cual se realizó un análisis bibliográfico, con el objetivo de presentar algunas reflexiones sobre el campo de salud mental en clave latinoamericana en general y del concepto de riesgo en particular, desde una epidemiología crítica. Se empleó un diseño flexible, con una bibliografía temática y un repertorio bibliográfico relativamente definido, y se llevó a cabo un análisis crítico reflexivo interpretativo. Las categorías de análisis construidas se desprendieron fundamentalmente de la trama conceptual para ser redefinidas, cualitativamente, en función del universo de referencias, de sentidos y de las características de las fuentes seleccionadas (Vasilachis, 2006). De este modo, se llevó a cabo una investigación documental o diseño bibliográfico, y se contó con revisión de la bibliografía y referencias bibliográficas. Acorde a Tamayo y Tamayo (2003) la investigación documental es aquella que se lleva a cabo con base a la revisión de revistas, actas científicas, documentos, periódicos y cualquier tipo de publicación que se considere en tanto fuente de información.

El análisis de los datos ha sido estructurado diseñando una matriz de interrelaciones conceptuales para un análisis crítico que buscó comprender algunas relaciones en el campo de la salud. Para ello, se llevó a cabo una indagación bibliográfica, en la que se ejecutó un rastreo sobre nociones y categorías como salud, salud mental, epidemiología, riesgo, inter/transdisciplina, con la intencionalidad de profundizar en la comprensión de las articulaciones de estas nociones con otras del campo de la salud.

3. Desarrollo

De acuerdo con algunos/as autores/as como Almeida-Filho y Rouquayrol (2011), la epidemiología no trata directamente con la enfermedad, sino que su objeto, es la relación entre el subconjunto de enfermos y el conjunto de la población de la cual hace parte, constituyéndose como una de las principales ciencias de la información en salud. Según los/las mismos/as autores/as, es de interés para la epidemiología identificar factores, atributos o propiedades que posibiliten reconocer grupos menos vulnerables en relación con un cierto problema de salud (Almeida-Filho y Rouquayrol, 2011). No obstante, la epidemiología crítica forja una nueva forma de concebir los procesos de salud/sufrimiento/enfermedad/cuidado en relación a los procesos sociales (Augsburger y Gerlero, 2005). Según Breilh (2015), en epidemiología crítica rige la necesidad de construir un prisma que posibilite estudiar las contradicciones que determinan el modo de devenir de la salud, y para ello se trata de considerar y abordar dialécticamente los procesos de vivir según la dimensión general (las dimensiones de la sociedad en general), la dimensión particular (los modos de vida particulares de los grupos ubicados en diversas posiciones de la estructura de poder), y la dimensión singular (los estilos de vida personales).

La salud mental desde una perspectiva crítica toma insumos de una epidemiología que aporta información y saberes para elaborar respuestas (Augsburger y Gerlero, 2005) debiendo resaltar que resulta nodal construir un enfoque inter y transdisciplinario desde el cual interpelar la formación de las y los trabajadores de salud y de salud mental para construir el objeto “salud” desde el paradigma de la complejidad (Morin, 2007). Se trata principalmente de atender a los contextos sociohistóricos y a la producción social de los problemas de salud mental, necesitando construir un posicionamiento ético-político-epistémico crítico desde el cual visibilizar las condiciones materiales de existencia y la desigualdad como partes intrínsecas de los problemas de salud mental (Augsburger y Gerlero, 2005; Breilh, 2015).

Además, la epidemiología crítica consiste en recuperar los procesos de vivir, padecer y enfermar en relación a los determinantes sociopolíticos, económicos y culturales que atraviesan y constituyen a dichos procesos. Breilh (2015) advierte sobre la urgencia de descolonizar las disciplinas y las ciencias –ya que tradicionalmente presentan un fuerte arraigo eurocéntrico– y acerca de la importancia de romper con la superioridad de la racionalidad dominante que se construye bajo los cánones de la ciencia positivista a la vez que interpela sobre la necesidad de indisciplinar las disciplinas del conocimiento y reincorporar a la producción del saber a esos *otros* conocimientos que fueron invisibilizados por la episteme moderna.

Por ello resulta fundamental superar la visión tecnocrática como eje tradicional en la formación de la medicina y la psiquiatría clásicas, visión tecnocrática que reproduce un biologismo de corte positivista, desde el cual se anula o ignora la dimensión subjetiva del padecimiento y los contextos sociohistóricos (Augsburger, 2002). En efecto, el paradigma tecnocrático es en general el eje dominante en la formación de las y los trabajadores de salud. Frente a la fragmentación del conocimiento distribuido en disciplinas aisladas, es necesario construir un prisma epistémico que posibilite un enfoque integrador del ser humano, y para ello se traza como fundamental la constitución de una formación inter y transdisciplinaria, tal como se propone el paradigma de salud mental desde una perspectiva crítica.

En este sentido, es desde el paradigma en salud mental que se torna necesario co-construir una perspectiva crítica para propiciar un abordaje integral tanto del ser humano como de los procesos del vivir, y las maneras de padecer, no sólo enfermar y morir. De este modo, en salud mental resulta importante rescatar la categoría de sufrimiento psíquico (Augsburger, 2002), ya que difiere del concepto de enfermedad mental, debiendo deconstruir la epidemiología psiquiátrica tecnocrática que atraviesa con ambigüedades y contradicciones la formación de trabajadores de la salud. En esa misma línea, deconstruir la epidemiología psiquiátrica implica, entre otras cuestiones, revisar los posicionamientos ético-político-epistémicos, la metodología, el abordaje, y los conceptos utilizados tales como la categoría de enfermedad mental, que lleva a la estigmatización, por un lado, y a una visión estática de la problemática, por otro.

Históricamente, la clínica, y por ello también la epidemiología clásica construyeron la enfermedad tomando como anclaje fundamental la biología, otorgándole a su vez un carácter individual (Augsburger y Gerlero, 2005). Desde el paradigma tecnocrático, con una visión positivista de la realidad, se reduce el sujeto a un individuo sin voz ni historia, se lo reduce a un cuerpo biológico, a los neurotransmisores, mientras que en salud mental se procura recuperar la dimensión subjetiva del padecimiento, la historia y la voz de los sujetos, y el carácter procesual de los fenómenos en salud y salud mental. Esto es así porque se reconoce que históricamente las nociones de sujeto y subjetividad han estado ausentes en la epidemiología tradicional (Augsburger y Gerlero, 2005).

En sintonía con lo recién expuesto, Eduardo Menéndez (2005) plantea que el Modelo Médico –que se sustenta en raíces positivistas– opera hegemónicamente tanto en la formación académica como en el sentido común de la mayoría de las sociedades occidentales, por lo cual no atraviesa sólo la formación de profesionales sino también a la sociedad civil que es a su vez la que también sostiene el mencionado modelo con legitimidad.

De este modo, de lo que se trata en salud mental es de recuperar los saberes de una epidemiología crítica para constituir un prisma que sea capaz de capturar la vivencia y la historia de los sujetos, y no ya la enfermedad como algo estático, biológico e individual, sino como producto sociohistórico y colectivo. Desde la salud mental, resulta importante interpelar los modelos clásicos que fueron incorporados de manera acrítica, y buscar así co-construir una epidemiología que aborde los determinantes sociopolíticos, económicos y culturales, la intersubjetividad, y la complejidad de la trama de los procesos de vivir, padecer, enfermar y sanar. Uno de los desafíos radica entonces en poder superar tanto la visión dicotómica salud–enfermedad como la visión positivista de linealidad causal (causa–efecto), para encomendarse en el estudio de los determinantes sociales, políticos, económicos y culturales que constituyen los procesos de salud/sufrimiento/enfermedad/cuidado y abordarlos desde el paradigma de la complejidad (Morin, 2007).

3.1 La ciencia no es neutral. Por una (re)politización del concepto de riesgo

Suponga que cortamos un pedacito de su cerebro y lo sustituimos por un diminuto chip de ordenador que funciona del mismo modo que lo hacía ese pedacito de su cerebro. Usted sigue siendo usted mismo. Sin embargo, el órgano donde residen sus facultades mentales se ha convertido en algo que se parece un poquito menos a un cerebro y un poquito más a un no cerebro. Lo borroso se ha introducido en el proceso. (Kosko, 2010, p. 20)

En primer lugar, el concepto de riesgo es uno de los elementos clave en la epidemiología clásica, con una visión predominantemente cuantitativista. Según Almeida-Filho y Rouquayrol (2011), el riesgo, para el sentido común, “es definido como un peligro potencial” (p. 89). Sin embargo, en epidemiología, el concepto de riesgo implica un sentido diferente: no se considera “solamente el elemento negativo de peligro o daño” sino que se valoriza más “el aspecto operativo de la probabilidad de ocurrencia de algún evento” (Almeida-Filho y Rouquayrol, 2011, p.

89), que puede, por lo tanto, referirse a una cuestión positiva, por ejemplo, a las posibilidades de recuperación o cura ante algún fenómeno. Cabe expresar que al menos inicialmente, el concepto de riesgo en sí mismo no es “bueno” ni “malo”, sino que depende al servicio de qué se lo emplea. Por ejemplo, ¿puede el concepto de riesgo servir a la emancipación de los pueblos? ¿es acaso pedirle demasiado a un concepto? O ¿es demasiado pedirle a ese concepto? También, es importante situar que en general, los conceptos se concatenan y consustancian en grandes paradigmas, a la vez que no son ingenuos, en el sentido de que “los discursos producen efectos” y también destacar que “un discurso es capaz de construir un mundo” (Almeida-Filho, 2000, p. 254). En este sentido es que en este trabajo se interroga acerca de si el concepto de riesgo podría estar o no al servicio de la emancipación de los pueblos, es decir, no en sí mismo, sino en tanto parte de un paradigma. ¿O acaso el concepto de riesgo es utilizado y reproducido desde el paradigma tecnocrático (hegemónico), opuesto al paradigma crítico?

En segundo lugar, es dable reconocer que una de las limitaciones del concepto de riesgo es que homogeneiza las contradicciones en el presente, y establece que se puede administrar el riesgo (el futuro) solamente de manera racional y a la vez señalar que la racionalidad no aporta necesariamente consistencia, tranquilidad, confianza y certeza (Almeida-Filho et al., 2009), por ello lo sustancial de recurrir al paradigma de la complejidad (Morin, 2007). A su vez, cabe señalar que el concepto de riesgo “permite la ruptura de los límites temporales y de los límites geográficos del proceso de producción del dato dotando al conocimiento epidemiológico de propiedades generalizadoras no siempre legitimadas por la lógica que lo consubstancia” (Almeida-Filho, 2000, pp. 245-246).

En tercer lugar, siguiendo a Almeida-Filho (2000), es importante señalar que lo que interesa es la polisemia del término “riesgo” y su ambigüedad. En este sentido, otra de las limitaciones refiere a una contradicción:

la referencia condensada a posibilidad-probabilidad de peligro-amenaza a la vida, a la salud, o a la integridad de los sujetos, podría ser justamente lo que los fundadores del discurso epidemiológico estaban buscando significar con el concepto de riesgo, de cierto modo lucrando secundariamente con la ambigüedad (...) ¿Cómo podrá la falta de precisión de una ambigüedad original resultar justamente en su opuesto, en mayor rigor y precisión? (Almeida-Filho, 2000, p. 249)

En otro orden de ideas, otra de las limitaciones del concepto de riesgo desde el paradigma dominante (tecnocrático) refiere a que “en el mejor de los casos el riesgo fue concebido para manejar ‘factores’ bien definidos, localizados, de corto tiempo de acción, pero la actuación con esa lógica no impide que se den procesos acumulativos generalizados” (Breilh, 2015, p. 203). Y así, “una vez que los impactos generalizados ocurren los sistemas no están orientados ni capacitados para enfrentarlos” (Breilh, 2015, p. 203).

Por otro lado, una de las ventajas de utilizar el concepto de riesgo es lo que posibilita uno de sus supuestos (siguiendo a Almeida-Filho), el de la recurrencia de los eventos en serie, lo que habilita a “justificar la aplicación del concepto de riesgo en modelos de prevención” (Almeida-Filho et al., 2009, p. 330). Aquí, el desafío radicaría en disputar la prevención a la biomedicina (Menéndez, 2015), esta última anclada en el paradigma tecnocrático.

A su vez, otra ventaja de la utilización del concepto de riesgo es todo lo que éste propicia percibir y estudiar, desde un prisma epistémico-crítico. Es decir, la existencia de un Eje Tecnocrático (desde el cual se reproduce el concepto de riesgo de forma acrítica) posibilitó el surgimiento posterior de un Eje o paradigma Crítico.

También, uno de los desafíos, si se procediera a la utilización del concepto de riesgo, refiere a cómo incorporar a dicho concepto las dimensiones sociopolíticas, económicas y culturales que intervienen en los procesos de salud-enfermedad-cuidado-atención de alguna población a estudiar. En este sentido, existe una tensión epistémica en el debate público respecto a utilizar o no en el paradigma crítico conceptos que son utilizados en el paradigma tecnocrático dominante. En relación con lo anterior, desde el paradigma tecnocrático se utiliza el concepto de riesgo aplicando un reduccionismo, que es otra de sus limitaciones, a saber, el descuidar “la comprensión de los procesos económicos, sociales y culturales”, a la vez que aplica un “reduccionismo biofisiológico” (Breilh, 2015, p. 204).

Asimismo, otra de las cuestiones que propicia analizar una utilización clásica del concepto de riesgo radica en la manifestación de que dicho concepto, desde el paradigma tecnocrático, es insuficiente para abarcar el pensamiento complejo (Morin, 2007), que por otro lado sí se propone hacerlo desde el Paradigma Crítico y que a su vez desde este último se busca incorporar también la lógica borrosa, para abandonar la lógica matemática formal de modelos explicativos apoyados en la idea positivista de linealidad causal, tal como puede ser expresado a partir de una lectura del trabajo de Almeida-Filho (2006) acerca de complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva. Entonces, y ya que en epidemiología se trabaja con conjuntos, una propuesta es considerar el abordaje de la teoría de los conjuntos borrosos.

4. Conclusión

El presente trabajo tuvo el propósito de introducir algunos ejes en la discusión del campo de la salud en general y en el de la epidemiología en particular. Frente a la hegemonía en salud que se soporta en raigambres positivistas, en la linealidad causal (causa-efecto) y en la racionalidad dominante, se propuso en cambio en esta elaboración la necesidad de incluir una mirada interdisciplinaria, la complejidad y la lógica borrosa, pues la epidemiología no debería sólo conectar variables de manera acrítica ni aplicar un reduccionismo tecnicista. Es decir, que se trata de tomar a la salud en su trama compleja, de considerar las ambivalencias y ambigüedades, las contradicciones, la insuficiencia de la racionalidad, lo poroso de las fronteras del conocimiento y su consecuente abordaje interdisciplinar.

Finalmente, se trata de poder “elevar epistémicamente” un enfoque capaz de contribuir a la emancipación de los pueblos, y para ello recuperar la dignidad, la equidad, la justicia y la libertad como valores centrales en los procesos de salud/sufrimiento/enfermedad/cuidado. Tal vez la propuesta de incorporar al Eje Crítico la lógica de los conjuntos borrosos podría acabar con el binarismo y las exigencias de certidumbre que se imponen desde el Eje/paradigma Tecnocrático que además se sustenta en raíces positivistas y cartesianas –según las cuales prima la concepción del conocimiento en tanto reflejo de la realidad, y no como co-construcción social–.

Por otro lado, una de las limitaciones del artículo consistió en no profundizar sobre la apuesta política de la epidemiología crítica, específicamente no se ahondó en cómo incluir la lógica borrosa a los abordajes concretos. Ello podría ser trabajado en una próxima elaboración.

Por último, ¿será posible, como dice Almeida-Filho, construir una “epidemiología sin números”?

Referencias

- Almeida-Filho, N. (2000). *La ciencia tímida. Ensayos de Deconstrucción de la Epidemiología*. Lugar Editorial.
- Almeida-Filho, N. (2006). Complejidad y transdisciplinariedad en el Campo de la Salud Colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*, 2(2), 123-146. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.61>
- Almeida-Filho, N., Castiel, L. D., & Ayres, J. R. M. (2009). Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Salud Colectiva*, 5(3), 323-344. <https://doi.org/10.18294/sc.2009.238>
- Almeida-Filho, N., & Rouquayrol, M. Z. (2011). *Introducción a la epidemiología*. Lugar Editorial.
- Augsburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuadernos Médico Sociales*, 81, 61-75. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales y Asociación Médica de Rosario.
- Augsburger, A. C., & Gerlero, S. S. (2005). La construcción interdisciplinaria: potencialidades para la epidemiología en salud mental. *Kairos. Revista de Temas sociales*, 9(15). <https://revistakairos.org/wp-content/uploads/Ausburger.pdf>
- Breilh, J. (2015). *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Carpintero, E. (2009). Normalidad y normalización: la salud es soporte de la anormalidad que nos hace humanos. *Revista Topía*, XIX, (55), 3-4. <https://cutt.ly/IXFIdXp>
- Castro Orellana, R. (2009). Capitalismo y medicina. Los usos políticos de la salud. *Ciencia Política*, 4(7), 7-25. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3663189>
- De Souza Minayo, M. C. (2008). Interdisciplinariedad y pensamiento complejo en el área de la salud. *Salud Colectiva*, 4(1), 5-8. <https://cutt.ly/9XFiza7>
- Elichiry, N. (2009). Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias. *Escuela y Aprendizajes. Trabajos de Psicología Educativa*. Manantial.
- Gómez-Arias, R. D. (2018). ¿Qué se ha entendido por salud y enfermedad? *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(1), 64-102. <https://cutt.ly/rXFIQvD>

- Kosko, B. (2010). *El futuro borroso o el cielo en un chip*. Drakontos.
- Le Bretón, D. (2002). *Antropología del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión.
- Menéndez, E. (2005). El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-32. <https://doi.org/10.18294/sc.2005.1>
- Menéndez, E. (2015). *De sujetos, saberes y estructuras*. Lugar Editorial.
- Mignolo, W. (2010). *Desobediencia epistémica*. Ediciones del Signo.
- Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa.
- Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y Salud Mental*. [Conferencia]. IX Jornadas Nacionales de Salud Mental–I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización: Estrategias Posibles en la Argentina de hoy, Posadas, Misiones. <https://cutt.ly/VXFIAEK>
- Tamayo y Tamayo, M. (2003). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa.
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Gedisa.

AUTOR

Bruno Hennig. Docente investigador. Becario doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa), Argentina. Maestrando en Sociología de la Cultura y Análisis Cultural (Universidad Nacional de San Martín). Psicólogo.