

Imprimir

¿Cómo pueden un epidemiólogo o un infectólogo o un salubrista explicar fenómenos como el de la llamada “indisciplina social” atribuido en este tiempo a amplios sectores de la sociedad por su desviado comportamiento ante la pandemia de la Covid-19? ¿Cómo explicar las razones para que la gente rehuse a cumplir con las medidas de protección personal corriendo el riesgo de enfermarse y hasta de morir? ¿Cómo explicar la falta de una transferencia del conocimiento médico a la ciudadanía lo que se traduce de manera negativa tanto en la percepción como en el autocuidado ante la contagiosa enfermedad? Serían muchas las preguntas de este estilo que podríamos hacer sobre el papel de variables que competen al campo de las ciencias sociales. Sin embargo, es inexplicable e insostenible que en los diferentes “equipos de expertos”, conformados para asesorar a los gobernantes para enfrentar la pandemia de la Covid-19 no estén actuantes aquellos que son expertos en las ciencias o las profesiones que tienen por objeto de trabajo a la sociedad.

En el momento de estar escribiendo estas líneas me encontré con un recientemente artículo intitulado “20 años de Antropología en la Universidad del Magdalena. Una Conversación Necesaria”, en donde sus autores, A. Acosta y D. Pombo (2020), se preguntan: ¿Cómo se explica que luego de dos décadas de existencia del Programa de Antropología, sus profesores y egresados, no seamos referentes para explicar fenómenos que como el de Tasajera, requieren de una mirada profunda que dé cuenta de las variables sociales, políticas y económicas que atraviesan estos territorios? No cabe duda que la pregunta no debe caer en saco roto, sin embargo, la respuesta está en manos de los profesionales aludidos. Lo mismo podríamos preguntarnos sobre el papel de los profesionales de las disciplinas sociales en muchos otros temas de la cotidianidad. En este escrito precisamente me propongo hacerlo con el manejo dado a la pandemia que hoy está estremeciendo las obsoletas estructuras políticas y sociales en el mundo entero.

Es mucho más insostenible el silencio notorio por parte de los expertos en las disciplinas sociales ante lo que ha venido ocurriendo, en términos generales, con la pandemia de la Covid-19. En verdad la voz de sociólogos, historiadores, antropólogos, psicólogos sociales, economistas, etcétera, ha sido escasa. O tal vez nula (la voz hegemónica ha sido la de la oficialidad). No se les escucha a los científicos sociales cuando tienen tanto que decir sobre

este tema, que ha quedado básicamente en manos de expertos que, por regla general, profesan una mirada biologicista o, si se quiere, determinista. Como mínimo deberían hacer uso de la Epidemiología Social o de la Sociología de la Salud o de la Antropología Cultural, disciplinas que no pueden ser prescindidas de semejante problema. Son necesarias porque algunos fenómenos suponen como referente a la enfermedad en poblaciones humanas concretas. Se trata precisamente de la especie humana que es determinantemente seres sociales. Una cosa son los enfermos y, otra cosa, mucho más compleja, es el perfilamiento de la enfermedad.

El paradigma de la teoría del germen (a partir del descubrimiento del bacilo de Koch en 1880) dio lugar a una epidemiología de las enfermedades infecciosas desplazando a la teoría miasmática con la cual contrariaba. Este modelo de análisis generó medidas de acción para combatir a las enfermedades a través de la interrupción de la línea de transmisión, usando vacunas y aislando a los afectados a través de la cuarentena en los hospitales. Algo parecido es lo que estamos haciendo ante la Covid-19, reconociendo, lógicamente, los numerosos avances teóricos y tecnológicos hoy vigentes sobre las enfermedades. Este paradigma relegó las cuestiones sociales que se tenían en cuenta empíricamente en el paradigma anterior y focalizó la investigación e intervenciones en torno del germen responsable o causal de la enfermedad. Durante el apogeo de este paradigma se institucionalizaron en el mundo las ciencias sociales de la mano de las ciencias naturales.

Desde Virchow se sabe que sobre la salud-enfermedad influyen (mucho más allá de las condiciones ambientales) las condiciones ambientales que él denominó “artificiales”, producidas por el hombre, tales como la inequidad social. Señaló que más que intervenciones médicas o sanitarias, que hicieran el papel paliativo, era necesaria una reorganización social basada en una democracia ilimitada, la educación, el bienestar y el derecho al trabajo, entre otras “reformas radicales”. En su interpretación se observa que se debe ir más allá del terreno sanitario planteando reformas radicales en el sistema político y en la organización social, es decir, trascender el movimiento sanitario de su época y proponer un movimiento social que reivindique las condiciones de vida de la gente.

Trostle (1986) considera que los factores sociales y culturales comenzaron a ser parte de la epidemiología después de la Primera Guerra Mundial. La influenza mató a 20 millones de personas en todo el mundo en 2 años, o sea, el doble de soldados muertos en la primera gran guerra. Esta epidemia hizo recordar a los investigadores que el conocimiento de los microbios no era suficiente para explicar la historia “natural” de las epidemias.

El epidemiólogo McKeown aportó al desarrollo de la “epidemiología de los factores de riesgo” (Susser y Susser. 1996) Luego de incursionar en la demografía planteó una fuerte relación entre los perfiles de la morbi-mortalidad y las condiciones de vida de las personas. Las investigaciones que realizó son dignas de mención porque contradicen la visión generalizada de que el descenso de la mortalidad, el crecimiento demográfico y el aumento de la esperanza de vida que experimentó la humanidad en el último siglo se deban a la aplicación de diversas tecnologías médicas tal como sostiene el discurso médico. Según sus investigaciones, la principal causa de esas variaciones fueron los cambios en las condiciones de vida de las personas (McKeown. 1990).

En primer lugar la epidemiología biologicista habla, por regla general, de las características biológicas de las personas y no de estas como grupos poblacionales. No existe una referenciación social de la morbi-mortalidad de una enfermedad o de una afección. La unidad de análisis es el individuo y no el grupo que es la realidad más concreta. Una cosa es la realidad del enfermo y otra, mucho más compleja, la realidad de la enfermedad. El concepto de “población” cuando los deterministas hablan es el de que la sociedad es un agregado o una suma de individuos y no el de un grupo social constituido históricamente sobre unas relaciones de producción económica con unos rasgos mucho más complejos y determinantes. Ese concepto de población pasa por alto la cuestión de si los individuos que la componen están relacionados entre sí en la vida real. Lo que les importa es que tengan en común la característica patológica que se desea estudiar (hipertensión arterial, tuberculosis o Covid-19) para que se los considere como una población.

En segundo lugar la epidemiología biologicista considera las variables socioculturales como una modalidad más del ambiente (la triada ecológica, por ejemplo) Todos los factores o

características de las personas tienen el mismo estatus o valor ontológico. No hay diferenciación de las categorías o elementos de la realidad. No se distinguen los fenómenos naturales (biológicos), de los sociológicos y psicológicos como dimensiones fundamentales de los seres humanos. Por lo tanto, una característica biológica, como una económica o social, pueden ser explicativas en tanto muestren una asociación estadística con el resultado de la enfermedad bajo estudio. Lo que decide la diferenciación de los factores será el grado de asociación estadística entre el factor “causal” y el resultado de la enfermedad que se estudia.

Los epidemiólogos Lilienfeld y MacMahon focalizaron su atención sobre “factores de riesgo” cercanos al evento en términos de la salud o la enfermedad. Desde luego que de esta manera los factores socio-culturales quedan más alejados del evento en la cadena causal y, por lo tanto, los que menos atención reciben en el estudio de la salud, las enfermedades o las afecciones humanas.

Otro aspecto criticado por Krieger (Rose, 1985) es que no diferencian entre los determinantes de la enfermedad a nivel individual y los determinantes a nivel poblacional o social (Krieger, 1994) Es decir, no diferencian las causas de los casos o las causas de la incidencia o la prevalencia. Esta ausencia se explica porque el concepto de población, que esta epidemiología determinista supone, es un agregado o sumatoria de individuos.

En realidad este es el tipo de discurso epidemiológico, que día a día escuchamos por parte de autoridades oficiales, en los diferentes entes territoriales. Cuando más avanzan nos hablan de los estilos de vida de las personas, lo que supone cierta conformidad con el orden social vigente, en tanto que en las campañas de prevención y de contención de la pandemia solo se aboga por los cambios en las conductas individuales. Si bien en el discurso esta teoría tiene pretensiones universalistas, en tanto todo individuo puede modificar sus conductas de riesgo, en la práctica solo los sectores de medio y alto poder adquisitivo pueden tener acceso a la información y a los bienes y servicios producidos a partir de ella, ya que estos son, en gran medida, solamente asequibles en el mercado. Para que todos los individuos puedan tener acceso, sería necesario un cambio que mejore la situación socioeconómica y educativa de los

sectores de ingresos más bajos y/o de los excluidos.

Ha sido la Epidemiología Social la que ha demostrado las razones diferenciales de la morbi-mortalidad en las poblaciones afectadas. Recientemente en New York se publicó un trabajo en este sentido. Existen estudios de muchas enfermedades o afecciones que señalan la existencia de diferencias dependientes de factores tales como la raza, etnia, migración, ingresos, escolaridad, tipo de trabajo, roles familiares, etc. (Cassel. 1976). Los trabajos de Davey Smith se caracterizan por su enfoque dentro de la teoría de riesgo tradicional, sin embargo, nos ponen de manifiesto que el estatus socio-económico (ingreso económico) es un indicador e incluso un predictor de las variaciones de la morbi-mortalidad para la mayoría de las causas de enfermedad en los humanos. De esta manera se sabe que existe una relación inversa entre el riesgo de morir (la esperanza o expectativa de vida) y el estatus socioeconómico de las personas.

Ha habido recientes resultados en la literatura científica que asocian al “ambiente social” con los riesgos de enfermedad y muerte independientemente de los factores de riesgo individuales. Estos hallazgos sugieren que el “ambiente social” influye en los patrones de la enfermedad. Lo que se viene observando en el tratamiento de la Covid-19 en Colombia es un reduccionismo biologicista que no acoge ni estimula la colaboración inter o multidisciplinaria entre la epidemiología y las ciencias sociales; que prefiere profesar una discontinuidad en la consideración de los factores sociales en los fenómenos biológicos humanos. Que el ambiente social influye en los patrones de la salud y la enfermedad es algo sabido desde el siglo XIX y redescubierto por muchas investigaciones durante los siglos XX y XXI (Cassel. 1976; Rose. 1985).

La epidemiología que pretende incluir la dimensión social (su esencialidad: se trata más bien de una interrelación en la que lo biológico está subsumido o subordinado en lo social) se beneficiaría si tomara los resultados de las investigaciones realizadas por las ciencias sociales, a fin de identificar las asociaciones entre diferentes factores o variables causales en las enfermedades (C.. Laurell. 1986; J. Breilch. 1979). Se beneficiaría más aún si incorporara un pensamiento social dentro de la propia disciplina. El cómo hacer esto último es otra

discusión.

De la consideración anterior se desprende que la ampliación del objeto de conocimiento epidemiológico, en términos de la incorporación de la causalidad estructural, trasciende el contexto etiológico de las enfermedades teniendo consecuencias, lógicamente favorables, para la prevención y atención, por ello, también para la formulación e implementación de las políticas de salud. Del mismo modo, la consideración de múltiples saberes acerca de la salud-enfermedad humana abre la discusión sobre las condiciones de aplicación exitosa de tecnologías y prácticas desarrolladas por el saber médico para actuar sobre grupos de humanos, acompañado con otros saberes que pueden ser distintos y hasta contradictorios. De esta manera, los factores socio-culturales se incorporan no solo en términos de una causalidad sino también en la resolución de los problemas de salud.

Creo que existen razones teórico-fácticas para considerar a la Epidemiología como una disciplina social. Los seres humanos somos organismos psico-sociales y biológicos, por lo cual no puede haber un proceso de la salud-enfermedad que este desprovisto de la dimensión social. Sin embargo, es bien sabido (pese a la perogrullada) que no todos los epidemiólogos, infectólogos y salubristas en los tiempos de la Covid-19 se expresan e investigan bajo los conceptos o propuestas operativas de una Epidemiología Social ¿Acaso hemos escuchado los datos estadísticos sobre la morbi-mortalidad de la Covid-19 por estratos sociales, nivel de ingresos, nivel de escolaridad, pertenencia a razas y/o etnias, georeferenciación territorial, grupos laborales, etc.? Puede que sí... pero lo más probable es que no esté ocurriendo. Esto es una triste realidad.





Covid-19: Importancia de los Científicos Sociales en los tiempos de Pandemia

Carlos Payares González