

## Orden/desorden: Positivismo y complejidad. Modos de intervención en el campo de la salud

Josefina Fantoni<sup>1</sup>



Recibido: 7 de octubre de 2019/ Aceptado: 12 de febrero de 2020

**Resumen:** el propósito de este trabajo es poner en consideración dos modos de racionalidad: positivista y relacional y sus implicancias en el campo de la salud. Estas racionalidades condicionan y estructuran modelos explicativos de salud que exigen ser puestos en debate, tanto en el campo académico como en la propia práctica profesional.

El positivismo ligado a fuertes concepciones teóricas políticas-sociales y a una manera de concebir la razón, absoluta, jerárquica, fuente de una verdad científicista/biologicista, tuvo en el campo de las ciencias de la salud un anclaje claro y definido como fundamento para diseñar, planificar, la vida y la moral del hombre y el de la sociedad.

Por su parte una razón relacional, abierta, plural supone una apuesta por un modo de pensar, actuar e intervenir en salud. Una razón que problematiza la salud como problema complejo; reconociendo en ella no sólo lo descriptivo, sino la implicancia valorativa -ética política-.

No se trata de separar para definir y programar salud versus enfermedad o diagnosticar acerca de quién se dice sano o enfermo; sino de vincular prácticas y formación en salud capaces de recuperar las acciones colectivas en un contexto que les dé sentido. Es decir, trabajar con políticas educacionales, que contemplen la promoción, los hábitos como la autoatención, la importancia del entorno afectivo y el contexto.

**Palabras claves:** salud, enfermedad, razón, racionalidad.

**Abstract:** the aim of this work is to consider two modes of rationality: positivist and relational and their implications in the field of health. Such rationalities determine and structure explanatory models of health that require debate, both in the academic field and within the professional practice itself.

Positivism connected to strong political-social and theoretical conceptions, and to a way of conceiving reason as an absolute hierarchical source of scientific/biological truth, had in the

---

<sup>1</sup> Dra. En Humanidades por la UNT. Docente e investigadora en la UNSE.

field of health sciences clear and defined moorings as a source of truth to design and plan man and society's life and morals.

On the other hand, an open relational plural reason entails a commitment to a way of thinking, acting and intervening in health; a way of questioning it as a complex problem; recognizing not only the descriptive aspect, but also the ethical-political assessment implications.

It is not a question of dividing in order to define and organize health versus disease, or diagnose about those who say they are healthy or sick, but of linking practices and training in health capable of recovering collective actions in a shared context. That is, it is necessary to work with educational policies that take into account health promotion, habits such as self-care, the importance of the affective environment, and the context.

**Key words:** health, disease, reason, rationality

## Introducción

Comparto la idea de estudiar al hombre menos como anatomista y más como ecólogo. Sin embargo, el peso de una mirada biologicista-cientificista, que fragmenta y ordena el estudio disciplinar del campo de la salud es fuerte y, producir nuevos abordajes, es dificultoso pero es un desafío. La apuesta por un modo de pensar, actuar e intervenir en salud, de problematizarla como problema complejo, reconociendo no sólo lo descriptivo, sino la implicancia valorativa -ética política-, consideramos es el camino a largo plazo para acompañar la formación académica tanto como delinear políticas públicas en salud.

El desarrollo de la ciencia occidental en los siglos XVII y XVIII constituye una búsqueda de racionalidad como coherencia racional. La razón se convierte en el gran "mito unificador" del saber, de la ética y la política, al mismo tiempo que exige a la sociedad estar organizada según la razón, según el orden y la armonía.

En este sentido, dar cuenta del anclaje claro y definido, de la impronta que el positivismo tuvo en un campo específico como son las ciencias de la salud, supone poner en consideración los modos de relación terapéutica, tanto como el lugar y el sentido de quien se dice sano o enfermo.

Esta perspectiva de estudio está ligada a fuertes concepciones teóricas políticas-sociales y a una manera de concebir la razón como fuente de verdad para diseñar, planificar, la vida y la moral del hombre y el de la sociedad.

Augusto Comte, considerado el creador del positivismo, sostiene que:

[...] para explicar la verdadera naturaleza y el carácter propio de la filosofía positivista, es indispensable echar una ojeada sobre la marcha progresiva del espíritu humano considerado en conjunto.... Estudiando el desarrollo de la inteligencia humana..., creo haber descubierto una ley fundamental, a la cual está sometido... Esta ley consiste en que cada una de nuestras principales concepciones, cada rama de nuestros conocimientos, pasa sucesivamente por tres estados teóricos diferentes: el estado teológico o ficticio; el estado metafísico o abstracto: el estado científico o positivo (Comte, 1973: 58).

Estas son concepciones sobre el conjunto de fenómenos que se excluyen mutuamente, para entender que el estado positivo se dedica [...] a descubrir, por el uso bien combinado del razonamiento y la observación, sus leyes efectivas, es decir, sus relaciones invariables de sucesión y semejanza (Comte, 1973: 59).

Vale decir que desde una visión positivista la razón se entiende como objetividad; una razón que se pone fuera del hombre, en el orden físico. La razón científica: positivista, formal, instrumental, operativa y rentable, resulta ser una razón productora de un conocimiento entendido como producto y concebido como representación del mundo. Se trata de una razón autónoma que produce y ordena de manera lineal, disyuntiva, a la sociedad, al hombre, a la naturaleza.

El uso de la palabra “positivo” ha tenido un fuerte impacto en el campo de la salud. Según Juan Carballeda, un estudioso de la impronta positivista en el campo de la salud:

[...] a partir de 1830 [...] [el] término comienza a designar lo objetivo, lo real, lo natural y especialmente aquello que es progresista en sentido social y político. Positivo, es sinónimo de progreso, que se desprende de lo metafísico. Es así como el discurso positivista se construye como discurso de “verdad”, casi absoluta hasta principios del siglo XX (Carballeda, 2004: 152).

Esencialmente, desde el Positivismo se construirán los marcos conceptuales para las prácticas que intervendrán en lo social. La propuesta positivista, que como “positivo” se había atrevido a extender los horizontes del encerrado mundo medieval, sin embargo, reemplazó los muros eclesiásticos por los ejes cartesianos y los sistemas mecánicos que con el tiempo también resultaron opresivos. En este sentido, “el discurso positivista, implicó, además, una forma de construcción de la realidad en tanto que construyó sujetos de conocimiento sobre los que en poco tiempo las prácticas comenzarán a intervenir”. (Carballeda, 2004: 154)

El proceso de imposición de la epistemología positivista, propio del denominado paradigma simplificador, fue largo e incluyó muchas áreas diferentes del vivir humano: desde los modos y costumbres sociales hasta las prácticas políticas; desde la concepción del espacio plasmada en las ciudades “planificadas”, la construcción de las viviendas “conventillos”, hasta las distinciones entre los ámbitos público y privado. Y, en el ámbito de la salud la contraposición salud versus enfermedad y el establecimiento de parámetros para dividir lo normal-sano y anormal-enfermo.

En este trabajo pondré en consideración, en un primer las implicancias del positivismo en el campo de la salud y luego la manera en que estas condiciones estructuraron –programaron– modelos explicativos de salud.

### Implicancias del Positivismo en el campo de la salud

El Positivismo, en tanto su aplicación a las prácticas que intervienen en el campo de la salud, servirá como sustento a diferentes marcos conceptuales.

La medicina y el mismo Estado cobran un papel de suma importancia. La medicina porque asume el monopolio del cuidado y restauración de la salud sobre todas las otras ciencias o prácticas y el Estado debido a que comienza a arrogarse una serie de responsabilidades dentro de la salud y la educación como ejecutor de políticas públicas de control. Ambos sectores, por diversas razones, generaron actitudes de marginalidad y estigma hacia el enfermo que luego fueron asumidos por la sociedad.

Al respecto compartimos con Carballeda cuando explicita el caso de cómo se trataba al enfermo que padecía de tuberculosis:

[...] la tuberculosis reafirmará la idea de vigilancia sobre los sectores más desposeídos de la población. La vigilancia se suma a las medidas educativas, mas relacionadas con el control y el disciplinamiento. Aquí tendrán mucho que vigilar

los médicos inspectores encargados de verificar el cumplimiento de las ordenanzas, pues, en todos los conventillos y aun fuera de ellos, se siguen las mismas prácticas. Es cuestión de educación, de infiltrar conocimientos y nociones al parecer sencillas, precisamente porque las dicta el buen sentido, pero que desgraciadamente caen en cerebros refractarios a esas mismas nociones... en definitiva el daño que ellas [se refiere a las madres] no han sabido o no han querido evitar (Carballeda, 2004: 159).

Se evidencia que la tuberculosis fue no sólo una enfermedad que se caracterizó por una crueldad para con el organismo, sino también por la marginación, el desprecio social y el estigma de que eran objetos aquellos que la sufrían.

Es a partir de una visión del higienismo que el estado genera una serie de funciones que antes no poseía.

La higiene pública, también dirá cómo deberán construirse las viviendas, los edificios públicos, las escuelas, los cementerios. El discurso médico-higienista logrará incorporarse lentamente a un sinnúmero de facetas de la vida cotidiana. Funda “una especie de nueva moral” que separará a unos y otros a través de sus rasgos físicos, de su enfermedad y de su procedencia social. (Carballeda, 2004: 157).

Se puede hablar de una nueva ética, sustentada en un decálogo de conductas higiénicas que había que cumplir para ser sano. Un cuerpo sano, para un mejor proceso productivo. Se traza un modelo de causalidad lineal, que separa sujeto del objeto (enfermedad), que descontextualiza, que indica las exigencias que hay que cumplir y el orden a seguir para mantener el “orden” social. Se estructura la producción de “un discurso de la estigmatización de los sectores populares dentro de un esquema unilineal que planteaba la relación: pobreza, enfermedad, control. (Carballeda, 2004: 159).

La propuesta del positivismo resulta entonces, no sólo epistemológica, sino también socio-política. En este marco, hablar de disciplina no supone sólo dividir, clasificar, ordenar disciplinas, sino también el *disciplinamiento* social. Es decir, el positivismo es a la vez una propuesta epistemológica y socio-política, tiene impronta en el control social: no excluye sino para incluir y controlar a través de políticas públicas.

Se sostienen discursos con una enorme carga de marginalidad hacia los que enferman, pero también contenidos ideológicos políticos que se asumen desde la misma medicina y desde el

Estado. Por ello, se puede atestiguar que debido, por ejemplo, al temor del contagio, el “tuberculoso” se constituía en una amenaza al orden social y el estado tenía que garantizar políticas de control.

Si bien todo individuo vive en una sociedad que le proporciona un cierto “orden social”, un medio estable que se institucionaliza a través de pautas culturales, sociales, religiosas, política, etc. en el caso de la propuesta positivista, esta institucionalización se refuerza con mecanismos de disciplinamiento, de control y orden social para evitar que esas pautas sean transgredidas.

Aislando a los enfermos (los tuberculosos, como también a los locos) el orden social se deshace de los elementos simbólicamente peligrosos y a la vez demuestra su capacidad para dominar lo que no puede domesticar.

### Modelos de Salud: del modelo biomédico a la interdisciplinariedad

Analizar la organización, esto es la estructuración de modelos de intervención en salud, implica reconocer en ellos la planificación hegemónica de parámetros de normalidad científica y/o la participación de pluralidad de elementos socio-culturales. Implica reconocer también, una visión de separación del sujeto y su realidad vivida o una relación del sujeto-acción-contexto.

Una primera organización de modelo de salud es lo que se conoce como **modelo biomédico**, un modelo clásico en salud que se moldeó bajo los preceptos del cientificismo moderno. Se lo visualiza como producto de un **pensamiento cientificista, simplificador**, con raíces en la reproducción de la hegemonía y neutralidad científica, en la objetivación y en la estigmatización del enfermo como corolario de una relación jerárquica del lugar del poder del médico.

Si bien este modelo de salud aparece como superador, al basarse en el abandono de la razón teológica-eclesiástica por la razón médica-científica, ha devenido en la institucionalización médica y el control sobre lo que llama desviación. Un control no sólo del individuo, sino un control político de la población desde el Estado hacia la práctica de la medicina, iniciándose así un proceso de medicalización. Es decir, se delineó sobre las características de la enfermedad un modelo de salud y de políticas públicas en salud de carácter policial, de instancias de medicalización individual y social.

En este sentido se puede afirmar que las políticas de prevención, a través de la medicalización, se aplicaron más como política de control policial basado en un abordaje asistencialista, paternalista que sobre el cuidado de no enfermar. La inexistencia de procesos de concientización del cuidado escondía la estigmatización de determinados individuos y grupos, su marginación o simplemente la criminalización directa de determinados estilos de vida.

Esta visión de control hegemónico, lineal, científicista, simplificador, se funda, según entendemos, sobre los principios lógicos del denominado pensamiento simplificador.

Edgar Morin, referente primario del denominado pensamiento complejo, sostiene que el pensamiento simplificador trabaja con los siguientes principios: el **principio de disyunción** que tiende a aislar, a considerar los objetos independientes de su entorno, no ve conexiones; el **principio de reducción**, que explica la realidad por uno sólo de sus elementos, se establecen leyes generales, desconociendo la complejidad de la realidad; el **principio de abstracción**, que se concentra en establecer leyes generales desconociendo las particularidad de donde surgen y el **principio de causalidad**, que ve la realidad como una serie de causas efecto, como si la realidad planteara ingenuamente un trayecto lineal. (Morin, 2007: 89-90). Desde esta perspectiva consideramos que los principios lógicos del pensamiento simplificador se correlacionan con las características del modelo biomédico.

El modelo explicativo de salud biomédico, también llamado científicista, biologicista, se caracteriza por ser: **unidimensional**, en tanto reduce y explica la realidad del enfermo por una sola de sus dimensiones, la dimensión biológica; **unilineal**, responde sólo a la explicación diagnóstica, organicista, científicista y **unidireccional**, en tanto es un modelo jerárquico de sumisión del paciente y una direccionalidad objetiva de la verdad del médico como garante-curador de la enfermedad. Vale decir, características que ponen en juego una razón hegemónica, el saber médico versus el saber del paciente, la explicación de la enfermedad de una causalidad lineal biológica.

La ciencia médica, encarnada en el médico, es la poseedora del saber y la razón. Los médicos están autorizados a observar los cuerpos y, en los hechos, dirigir las conciencias. Asumen un poder que hace que no solo pasan a ser el curador de la enfermedad, sino también los garantes de la moral del enfermo.

A este modo de práctica socio-política-sanitaria, Carballeda la representa y ubica en un tiempo histórico en Argentina, con el advenimiento del positivismo, pero bien vale para la generalidad del modelo y su aplicación social:

El discurso médico higienista propondrá una serie de medidas que apuntarán al «cuidado de la salud» desde pautas que se imbricarán con el disciplinamiento y generarán una mirada permanente en la cotidianeidad. La moral sanitaria se había puesto en marcha. De igual forma el cuidado del cuerpo se aproximaba cada vez más a una práctica moral... El cuerpo, en la concepción de los sanitaristas..., era un lugar a tutelar. Por otro lado, se iba construyendo una nueva geografía del control, que tomará el conventillo, a la periferia de la ciudad, como lugar privilegiado de experimentación. El conventillo se transformó, gracias a una sumatoria de ordenanzas, reglamentos y normativas, en una especie de territorio cercado por el saber médico y político. (Carballeda, 2004: 160-161).

Es decir, desde la misma medicina se generaron discursos que llevaban a estigmatizar y marginar a los enfermos y a considerar a la enfermedad como una cuestión además de eminentemente biológica, también de tipo moral. Por ello es que el médico se transforma en el vigilante de la moral social y del mismo enfermo.

En términos generales, este modelo de salud, basado en el pensamiento simplificador, es el que imperó (y aún tiene marcada presencia) mayoritariamente en el sistema sanitario occidental. Si bien, en su momento aportó cuestiones positivas - como la racionalización de un sistema y la eficacia terapéutica- la realidad hoy exige llevar a cabo otro modelo de gestión en salud.

Es necesario buscar puntos de vista diferentes al de la perspectiva de la ciencia clásica que privilegiaba la simplicidad y forjar otras formas de interacción, de producción de sentido y de experiencias que nos permitan pensar la salud como una problemática del vivir humano como “sujetos entramados” en lugar de concebirla como un desperfecto mecánico, como una anomalía biológica.

Hoy hablamos y necesitamos contener ya no procesos de salud exterior, mecánicos, sino necesitamos políticas de salud, cuyo objetivo sea la promoción. Se trata de políticas que contemplen los hábitos como la autoatención, la importancia del entorno afectivo, el contexto. Es decir, trabajar con políticas educacionales, no policiales; se trata de promoción de la salud, no solo de prevención de enfermedades.



Ahora bien, ir más allá del pensamiento simplificador supone un cambio en la manera de pensar, de organizar el pensamiento, el mundo, la vida. Es poner en evidencia numerosas incapacidades: la incapacidad de alcanzar certezas, de formular leyes, de concebir un orden absoluto, de evitar contradicciones, de comprender la realidad como unidimensional. Supone plantearse la heterogeneidad, la interacción, el azar, afirmando que todo objeto de conocimiento, no se puede estudiar en sí mismo, sino en relación con su entorno.

Edgar Morin expresa que su misión es el haber puesto de manifiesto los principios básicos del pensamiento que relaciona sin los cuales la religación no se daría. Entiende y problematiza la realidad como sistema y propone lo que se conoce con el nombre de **pensamiento complejo**. Un pensamiento más allá de los límites que dictamina el pensamiento simplificador que se vincula ciegamente a un sistema de conocimientos para comprender el mundo sin salirse de los límites que a sí mismo se impone. Por ello la exigencia es ir de un pensamiento unidimensional y simplista a la pluridimensionalidad compleja.

El pensamiento complejo es un modo diferente de pensar y actuar; trabaja con una dialógica que se sustenta en una razón abierta, que acepta la ambigüedad (relación sujeto/objeto, orden/desorden, auto/hetero-organización), que reconoce los fenómenos que son inexplicables fuera del campo de acción. La dialógica no supera las contradicciones fundamentales, las considera insuperables y vitales, las afronta e integra en el pensamiento.

Los *principios del pensamiento complejo* también llamados “operadores lógicos”, indican las “exigencias” que hay que satisfacer para tratar las complejidades; una exigencia que comprende “el principio dialógico, el principio del bucle recursivo y el principio hologramático que serán las ideas faros, ideas guías de construcción de conocimiento” (Morin, 2010: 149), como expresiones diversas y complementarias del principio de vinculación.

No se trata de principios totalizadores, sino organizadores del sistema. Por ejemplo, el **principio dialógico**, que indica la coexistencia de términos sin dejar de ser antagónicos (se diferencia de la dialéctica porque no hay superación de los contrarios); el **principio de recursividad**, que rompe con la idea lineal de causa-efecto y el **principio hologramático**: mediante el cual no sólo la parte está en el todo, sino el todo está en la parte. (Morín, 2007: 105-107).

El pensamiento complejo es un pensamiento capaz de unir conceptos que se rechazan entre sí y catalogados en compartimentos estancos. No impugna lo simple, sino lo articula con otros elementos del contexto: es cuestión de separar y unir al mismo tiempo.

En este sentido, se entiende que la verdadera racionalidad es abierta por naturaleza, dialoga con una realidad; “la racionalidad no es una cualidad propia de los científicos, los expertos, como tampoco monopolio de la civilización occidental; en toda sociedad hay racionalidad” (Morin, 2001: 24).

Frente a una razón hegemónica no debemos desalentarnos –exhorta Morin– sino incitarnos a pensar, a saber y a elucidar aquello sobre lo que estamos ciegos; a asumir un modo de pensar complejo que nos permita comprender que nuestros problemas vitales actúan en lo invisible y lo desconocido.

De ahí que consideramos que las implicancias del pensamiento complejo en el campo de la salud suponen poner en juego una nueva dinámica y distintas configuraciones posibles. Irrumpe, bajo este nuevo pensamiento, un nuevo modelo de salud: el **modelo integral de salud**, también conocido como **modelo biopsicosocial**. Un modelo que en consonancia con una dinámica autoorganizadora, no forma compartimentos estancos y lineales, sino que sostiene características como la **pluridimensionalidad**, en el sentido que tiene en cuenta al ser humano como ser pluridimensional, integral; es **interdisciplinario**, reconoce que la medicina no asume por sí sola la cura y el cuidado, sino que supone un trabajo en equipo, pero también porque hay un abandono de la relación jerárquica terapéutica por otra más participativa y, finalmente, presenta como característica la **complementariedad**, porque no se limita al tratamiento clínico de la dimensión biológica sino que sostiene la participación y la intervención de prácticas culturales.

La salud, desde una perspectiva de la complejidad, exige contextualización; no puede pensarse sino en referencia al itinerario que la misma vida lleva, a los valores que el hombre construye, a las prácticas culturales que le dan sentido, a las configuraciones de acciones colectivas que le dan vida. Se entiende la salud en una visión integral, relacional.

Desde esta perspectiva no puede existir una barrera infranqueable entre lo propio y lo ajeno, el cuerpo y la mente, el individuo y la sociedad o los seres humanos y su medio ambiente. La salud, por tanto, no puede regirse por parámetros ligados a un prototipo fijo y universal: el "hombre sano", el “hombre normal”, concebido como un “modelo ideal” o como una

“normalidad estadística”. El conocimiento de las informaciones o elementos aislados es insuficiente, requieren ser ubicados en su contexto para que adquieran sentido.

### Para seguir pensando en salud

Para quienes trabajan en la medicina clínica, como también para todos los que trabajan, forman y hacen docencia en el campo de la salud, es decir, para todos quienes quieran hacer lugar a la complejidad en el campo de la salud, este es un desafío a la vez teórico y pragmático, social e individual, político y ético. Desde el punto de vista epistemológico requiere, una atención particular, ya que la salida del pensamiento simplificador implica renunciar a la ilusión de crear una concepción universal de la salud indiscutiblemente mecanicista.

La perspectiva del pensamiento complejo no monopoliza el saber sobre la salud en los profesionales médicos, sino que la entiende como un proyecto de vida de un grupo humano. La responsabilidad en la planificación, la puesta en práctica y evaluación pertenecen a la comunidad en su conjunto. Es un abordaje que relaciona, contextualiza y se concibe en la interacción de todos los actores sociales; a la vez que exige del "enfermo" no una actitud "paciente" ni pasiva, sino una participación activa en el cuidado de su salud.

El debate sobre los diversos modelos de atención en salud, la responsabilidad y el rol del estado, la interacción entre la esfera pública y privada, el lugar de las prácticas culturales, la conformación de equipos interdisciplinarios, la relación médico - paciente, son problemáticas aún no resueltas. Los sistemas centralizados y fuertemente burocratizados ya no son suficientes, la búsqueda de soluciones globales, definitivas y universales atenta contra la resolución del problema como problema complejo.

Ante esta situación es necesario tornar visible el trabajo conjunto, las interacciones entre partes y todo, las entidades multidimensionales y los problemas concretos. Sólo una aproximación comunitaria, un tejido de redes, una contextualización de la problemática con participación de todos los actores sociales puede aspirar a construir recorridos más abiertos, más inclusivos en el camino de un abordaje complejo de la salud.

## Bibliografía

Carballeda, J. (2004) *Del desorden de los cuerpos al orden de la sociedad*. Buenos Aires. Espacio.

Cardona, X. (2008) Sociedad, política y salud. En Boixareu, Rosa María (coord.) *De la Antropología Filosófica a la Antropología de la Salud*. Barcelona. Herder.

Comte, A. (1973) *Principio de Filosofía positiva. Primera Lección*. Buenos Aires. Aguilar.

Morin, E. (2001) *Los siete principios necesarios para la educación del futuro*. Buenos aires. Nueva Visión

----- (2007) (9º edición) *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona. Gedisa.

**Como citar:** Fantoni, J. (2021). Orden/desorden: Positivismo y complejidad. Modos de intervención en el campo de la salud, en Revista *Yachay*, 1, pp. 69-80.