

La sutil y aparente “ingenuidad” del concepto de riesgo en el campo de la salud

Celmira Bentura

Resumen

Este trabajo pretende problematizar el concepto de riesgo utilizado en epidemiología en el marco del enfoque de riesgo. En general, las estrategias médico sanitarias que están dirigidas hacia la prevención se basan fundamentalmente en la identificación de riesgos. Este concepto es de uso cotidiano en los discursos de trabajadores de la salud, especialmente luego de la Declaración de Alma Ata en la que se prioriza el enfoque de riesgo como el método que permitirá el logro de la equidad en los sistemas de salud; es uno de los elementos que definen a la estrategia de Atención Primaria en Salud que pretende el logro de una “salud para todos”.

Habitualmente el riesgo es utilizado como un concepto neutro, sin realizar un análisis del mismo y tomándolo como una herramienta “de vanguardia” o innovadora encubriendo, lo que creemos son sus raíces conservadoras.

Aquí se intenta mostrar que se trata de un concepto de gran versatilidad pudiendo adquirir diferentes interpretaciones, lo cual permite suponer que la aplicación de los sistemas de riesgo resulta altamente imperfecta surgiendo algunas interrogantes: ¿Quién selecciona y cómo se determina cuáles factores son los factores de riesgo? ¿Cómo se determina sobre cuáles es preciso intervenir y sobre cuáles no? ¿En qué medida las mediciones de riesgo tienen validez estadística ya que parten de una relación hipotética que encierra una relación causa-efecto difícil de probar? ¿Cuáles son las implicancias ético políticas de las prácticas profesionales basadas en este enfoque?

Introducción

En este ensayo pretendo problematizar el concepto de riesgo utilizado en epidemiología en el marco del enfoque de riesgo. En general, las estrategias médico sanitarias que están dirigidas hacia la prevención se basan fundamentalmente en la identificación de riesgos. Este concepto es de uso cotidiano en los discursos de trabajadores de la salud especialmente luego de la Declaración de Alma Ata (1979) en la que se prioriza el enfoque de riesgo como el método que permitirá el logro de la equidad en los sistemas de salud; es uno de los elemen-

tos que definen a la estrategia de Atención Primaria en Salud que pretende el logro de una “salud para todos”.

En los manuales de la OMS se define al enfoque de riesgo como el método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos basado en el concepto de riesgo, el cual es entendido como la probabilidad de que se produzca un daño a la salud.

Si partimos de la idea de que el Trabajo Social “tiene por objeto la intervención, en el sentido que su práctica está dirigida a producir alguna modificación en la situación problemática puntual” (Grassi, 1995), en el ám-

bito de la salud estas modificaciones tienden en general a mejorar la situación de salud de los sujetos con los que se trabaja procurando intervenir fundamentalmente en el estilo de vida con la finalidad de que se favorezcan las “conductas de salud”.

En este sentido el enfoque de riesgo y el concepto de riesgo son usados habitualmente por los trabajadores sociales ya que este es el que rige la intervención en el ámbito de la salud en el entendido de que procura racionalizar las acciones en búsqueda de la equidad.

Habitualmente el riesgo es utilizado como un concepto neutro, sin realizar un análisis del mismo y tomándolo como una herramienta “de vanguardia” o innovadora encubriendo sus raíces conservadoras.

En los últimos años el concepto de riesgo ha invadido los discursos políticos, técnicos y de la población en general, es para algunos autores un rasgo de la modernidad llegando a tomar una dimensión tal que hablan de la “sociedad en riesgo”. Autores como Giddens, Beck, Luhman, desarrollan los aspectos más globales de este concepto, en los que el riesgo tiene que ver con los peligros e inseguridades que introduce la modernidad en sí misma. En este sentido Giddens plantea: “en condiciones de modernidad, pensar en términos de riesgo y de su evaluación es una práctica más o menos generalizada de carácter imponderable tanto para los agentes profesionales como para los expertos en terrenos específicos. (...) El clima de riesgo en la modernidad es, pues, perturbador para cualquiera, nadie puede eludirlo” (1995: 152).

En epidemiología no es un concepto nuevo, se comienza a esbozar la epidemiología de los factores de riesgo cuando en los años 50 se dieran a conocer los primeros estudios que mostraban una asociación entre el consumo de tabaco y el cáncer de pulmón.

En este contexto el enfoque de riesgo se define como “un método que se emplea para medir las necesidades de atención por parte de grupos específicos. Ayuda a determinar prioridades en salud y es también una herra-

mienta para definir las necesidades de reorganización de los servicios de salud. Es un enfoque no igualitario: discrimina a favor de quienes tienen mayor necesidad de atención” (OPS: 1980). Este enfoque se basa en la medición del riesgo.

¿Qué es entonces el riesgo? No es una enfermedad, no la podemos curar ni eliminar, es más, no es posible una vida sin riesgo. En el sentido técnico y práctico es considerado una probabilidad, o sea una medida que busca reflejar la probabilidad de que se produzca un daño (enfermedad, muerte, etc.). Una probabilidad es una medida de algo incierto, que puede ocurrir o no, si tengo la seguridad ya no estamos en la esfera de la probabilidad. Este está referido a una asociación estadística que debe tener una secuencia temporal.

El concepto de riesgo ha sido utilizado en la educación médica y en la epidemiología, siendo para esto una herramienta conceptual muy útil. Es, sin embargo, un concepto problemático en el momento de su utilización para la prestación de servicios ya que aparece como un concepto de gran versatilidad pudiendo adquirir diferentes interpretaciones a tal punto que permitan, como plantea M. Mitjavila (1999: 47) en su tesis de doctorado, “ser utilizados para legitimar políticas o para desacreditarlas; para proteger a los individuos de las instituciones o para proteger a las instituciones de los agentes individuales”. También plantea en las conclusiones de esta misma tesis “*a linguagem do risco possui a propriedade de permanecer aberta à construção de múltiplos significados sociais. A análise do dispositivo permitiu observar, através da modelização de traços típico ideais da gestão dos riscos, a justaposição de elementos socio referenciais (risco como perigo) e técnico instrumentais (risco como probabilidade) nas práticas e nos discursos de um mesmo agente ou instituição*” (1999: 256).

Se ha comenzado a reconocer en la actualidad la falta de claridad de este concepto, demostrando una gran imprecisión; por ejemplo, se puede leer en un manual de epi-

demografía de la OPS de 1994: “Por desgracia, los epidemiólogos no han alcanzado aún un acuerdo total sobre las definiciones de los términos utilizados”.

Incluso frente a las dificultades en el momento de llevar estos conceptos a la práctica, surge la distinción de factor y marcador de riesgo en función de la posibilidad o no de la intervención sobre los mismos. En este sentido, la edad o el sexo serían marcadores de riesgo para algunas patologías, mientras que el hábito de fumar también sería un factor de riesgo.

La utilización del concepto de riesgo para las acciones de salud descansa en algunos supuestos:

A - que las personas con determinadas características tienen mayor probabilidad de sufrir un “daño” (enfermedad o muerte);

B - que es posible identificar a las personas con estas características;

C - que se puede hacer algo para prevenir el posible daño.

En general, la aplicación de los sistemas de riesgo resulta altamente imperfecta surgiéndonos algunas interrogantes:

- ¿Quién selecciona y cómo se determina cuáles factores son los factores de riesgo?

- ¿Cómo se determina sobre cuáles es preciso intervenir y sobre cuáles no?

- ¿En qué medida las mediciones de riesgo tienen validez estadística ya que parten de una relación hipotética que encierra una relación causa-efecto difícil de probar?

- ¿Cuáles son las implicancias éticas políticas de las prácticas profesionales basadas en este enfoque?

El riesgo: una construcción social de la modernidad

Desde una visión foucaultiana de que la realidad es socialmente construida, así como los discursos referidos a la misma, la ampliación de los discursos referidos al riesgo evidencian que de alguna manera los mismos están vinculados al funcionamiento de la sociedad.

“El lenguaje no es un sistema arbitrario, está depositado en el mundo y forma, a la vez parte de él, porque las cosas mismas ocultan y manifiestan su enigma como un lenguaje y porque las palabras se proponen a los hombres como cosas que hay que descifrar” (Foucault, 1985: 44).

Esta construcción es sociohistórica, o sea que responde a condiciones históricas específicas. En este sentido, Luhman (1992: 48) plantea: “No podemos partir, por razones epistemológicas, de que existe un objeto llamado riesgo al que habría únicamente que descubrir y estudiar. La conceptualidad constituye aquello de lo que se habla. El mundo exterior como tal no conoce riesgos, puesto que no conoce diferenciación, expectativas, evaluaciones ni probabilidades, excepto como un resultado propio de sistemas observantes en el universo de otros sistemas”.

Se podría decir que existe una construcción social del riesgo que invade todas las esferas de la vida social, la cual no está, por lo tanto, reducida a la esfera técnica o científica. Esta construcción supone una diversidad de intereses y representaciones por parte de los distintos actores sociales, lo cual incluye a las instituciones y organizaciones que se abocan a la gestión y prevención de riesgos, como es el caso del sistema de salud.

A pesar de que este concepto posee, como ya fue mencionado, una larga trayectoria en el campo de la salud, ha ganado en los últimos años una importante presencia en los discursos y las prácticas médico sanitarias conformando nuevas funciones sociales.

Las raíces de la palabra no están claras, algunas versiones indican que podría derivar del vocablo “*rosik*” de origen persa, que significa *destino* (Mitjavila, 1999: 48).

En las culturas antiguas parece no haber habido necesidad de formular una palabra para lo que hoy entendemos por riesgo. Aparentemente sería en el proceso de transición de la Edad Media hasta los inicios de la mo-

dernidad cuando se comienza a utilizar este término, vinculado a la esfera del comercio, para referirse a emprendimientos aventurados.

En los seguros marítimos serían los primeros que comienzan a pretender un control del riesgo planificado. “El lenguaje tenía palabras para el peligro, la empresa aventurada, el azar, la fortuna, el valor, el miedo. Por tanto hemos de suponer que se hace aquí uso de una palabra nueva para referirse a una problemática que no puede ser expresada suficientemente con las palabras disponibles” (Luhman, 1992: 53).

Pareciera que lo que introduce este término es la dimensión temporal, la idea de que las decisiones que se toman hoy pueden tener un impacto sobre el futuro, aunque este sea incierto; supone entonces que el posible daño es contingente, o sea evitable. Habría una estrecha relación del término riesgo con los efectos de un suceso incierto y potencialmente indeseable.

Es, según Luhman (1992: 60), una “contingencia de alto nivel” que, como ofrece diferentes perspectivas según los observadores, es un fenómeno de “contingencias múltiples”.

Parece claro que los discursos sobre el riesgo son esencialmente modernos a tal punto que autores como Giddens o M. Douglas, plantean que la modernidad está definida como una “cultura del riesgo”.

En cuanto a la incorporación del concepto de riesgo en el campo médico sanitario¹ parecería que está asociado a la estructuración del campo de la *Higiene* en las sociedades europeas del siglo XVIII y XIX. Las ideas higienistas introducen la importancia de la noción del medio externo como

uno de los determinantes de los procesos que afectan la salud colectiva. Luego se fue tecnificando la noción de riesgo asociada a los problemas sociosanitarios generados por las grandes epidemias, “*así como o compromisso para a reprodução biológica e social da força de trábalo, que as condições de vida da população urbana a final do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, introduziam*” (Ayres, J., 1995 *apud* Mitjavila, 1999).

De acuerdo con la investigación realizada por Mitjavila en su tesis de Doctorado, la formalización del concepto de riesgo se caracteriza por los siguientes atributos:

- conversión del riesgo en un instrumento técnico que permite tratar los problemas de salud de las poblaciones en la perspectiva de “destinos atribuibles probabilísticamente”,

- conversión del riesgo en un instrumento universal, en el sentido que va a permitir cuantificar una variedad potencialmente ilimitada de atributos,

- conversión del riesgo en un dispositivo recalificador de las relaciones entre los espacios individuales y colectivos de la salud; el desarrollo de la noción de riesgo reduce al medio externo a sus bases orgánicas asumiendo “un carácter adjetivo, periférico o residual, dependiendo de los casos”.

Progresivamente los discursos en torno del riesgo pasan por abarcar cada vez más aspectos relativos a la vida humana convirtiéndose, según Mitjavila, en un “dispositivo biopolítico central en la vida social contemporánea” (1999).

Existe consenso entre algunos autores de las ciencias sociales contemporáneas (Giddens, Beck, Luhman, Mitjavila) respecto de la centralidad de la noción de riesgo en la modernidad; a continuación veremos cuáles son las características de la modernidad que dan lugar a este marcado predominio de los discursos en torno del riesgo.

1 Por “campo médico sanitario” se entiende “el espacio social conformado por las esferas de conocimiento experto (medicina clínica, epidemiología, salud pública y otras disciplinas biológicas, médicas y sociales) que organizan los discursos y prácticas de agentes socialmente legítimos en los niveles científico, técnico, político y administrativo de la gestión de segmentos problemáticos de la vida social en términos de salud y enfermedad” (M. Mitjavila. “El saber médico y la medicalización del espacio social”. Doc. de Trabajo, FCS).

Modernidad y riesgo

Según Giddens la Humanidad ha transitado tres grandes etapas: la sociedad tradicional, la sociedad de modernidad simple y la modernidad avanzada o modernidad reflexiva. El pasaje de la sociedad tradicional a la moderna fue la transformación más radical en la historia de la Humanidad porque la sociedad moderna modificó aspectos centrales de la sociedad que habían sido estables durante siglos.

Son tres las dimensiones que definen este pasaje a la modernidad:

A. Disociación espacio – tiempo, en las sociedades tradicionales espacio y lugar tienden a coincidir ya que la dimensión espacial está dominado por la noción de presencia. La modernidad permite la distinción espacio de lugar, permitiendo las relaciones con un ausente (no cara a cara). Esto permite el intercambio de diferentes unidades espaciales, lo que se traduce en una fuerte penetración en las relaciones sociales de sociedades lejanas, entre lo local y lo mundial.

B. La de-localización de los sistemas sociales, que supone la creación de campos espacio temporales indefinidos, proceso que se da mediante dos mecanismos: la creación de GAGES simbólicos (por ej. el dinero) y el establecimiento de sistemas expertos o de dominio técnico o del saber profesional.

Ambos mecanismos reposan sobre la confianza en un sistema abstracto e impersonal.

C. La organización reflexiva de los sistemas sociales que supone la apropiación permanente del conocimiento, lo que produce un examen y revisión constante de las prácticas sociales y una alteración en la constitución de sus características.

La noción de riesgo puede ser un ejemplo de esta dimensión ya que es percibido por la reflexión de los sujetos sobre las consecuencias de sus propias acciones.

La reflexividad a nivel del conocimiento constituye la institucionalización de la incertidumbre, ya que *conocer* en la modernidad

difiere del conocimiento en la antigüedad, en la que conocer equivale a *estar seguro*. Giddens (1999: 38) plantea: “El intercambio y transferencia de riesgos no es un rasgo accidental en una economía capitalista. El capitalismo es impensable e inviable sin ellos. Por estas razones, la idea de riesgo siempre ha estado relacionada con la modernidad, pero quiero defender que en el periodo actual este concepto asume una nueva y peculiar importancia”.

En esta línea de pensamiento los teóricos de la modernización reflexiva como Giddens y Beck, plantean la sustitución de la centralidad capital – trabajo adoptando como central la categoría del riesgo, a tal punto que postulan el fin de la sociedad de clases.

“En la modernidad avanzada, la producción social de riqueza va acompañada sistemáticamente por la producción social de riesgos. Por tanto, los problemas y conflictos de reparto de la sociedad de la carencia son sustituidos por los problemas y conflictos que surgen de la producción, definición y reparto de los riesgos producidos de manera científico – técnica” (Beck, 1998: 25). Continúa afirmando: “Con el reparto y el incremento de los riesgos surgen situaciones sociales de peligro. Ciertamente, en algunas dimensiones éstas siguen a la desigualdad de las situaciones de clase y de las capas, pero hacen valer una lógica de reparto esencialmente diferente: los riesgos de la modernización afectan más tarde o más temprano también a quienes los producen o se benefician de ellos” (Beck, 1998: 29).

Aquí el autor reconoce que si bien hay riesgos que son universales existen otros que derivan de situaciones concretas de clase; la posibilidad de conocer y enfrentar los riesgos aparece relacionada con la posición ocupada en la estructura de clases. En este sentido Lash plantea que existen “ganadores y perdedores de la reflexividad”, los cuales se definen en función de lo que denomina “condiciones estructurales de la reflexividad” (Lash, 1997: 255), lo que nos permitiría afirmar que no todos estamos en la mismas condiciones de enfrentar los riesgos.

Frente a estos planteos habría que preguntarse si es posible entender estos fenómenos si no es en relación al proceso histórico que le dio forma, ya que se desarrollan en un determinado estadio del desarrollo del capitalismo de acumulación, en el cual las características en que se genera la producción de riquezas, así como el desarrollo científico tecnológico al servicio de las demandas del capital, son los generadores de este escenario de producción de riesgos. Sería entonces el modo de producción vigente el que permitiría explicarlo.

Zizek plantea que los teóricos de la sociedad de riesgo, “al concebir el riesgo y la incertidumbre manufacturada como rasgos universales de la vida contemporánea, esta teoría oculta las raíces socioeconómicas concretas de esos problemas” (2001: 362). Plantea además que en su análisis “se abstienen de cuestionar los principios básicos de la lógica anónima de las relaciones de mercado y el capitalismo global, que actualmente se imponen cada vez más como lo Real neutral aceptado por todas partes y, como tal, cada vez más despolitizado” (Zizek, 2001: 374).²

Este autor plantea que el único modo de que las decisiones que generan riesgos a largo plazo y que nos involucran a todos surjan de un debate público que involucre a todos los interesados, sería a partir de una “repolitización radical de la economía”, que permita centrarse en lo que “realmente importa” y que permita constituir alguna “limitación radical de la libertad del capital, la subordinación del proceso de producción al control social” (Zizek, 2001: 376).

La cuestión del riesgo que se conceptualiza por los autores de la modernización reflexiva hacen referencia a dos tipos de riesgos: los que colocan a la Humanidad en su conjunto a la exposición a un posible daño cuyo control escapa del control de los individuos, como son las cuestiones relativas al medio ambiente, y aquellos riesgos que ex-

ponen al sujeto individual, donde la evitación del daño depende de decisiones individuales acerca de su estilo de vida. Son estos últimos los que interesan mayormente a efectos de este ensayo, ya que son los que enfatizan en el sistema de salud.

La construcción social del riesgo

Los discursos sobre el riesgo surgen como una respuesta reflexiva a las amenazas e incertidumbres que plantea la vida social moderna. Hay una relación entre el aumento del conocimiento y la conciencia de riesgo. Al respecto Luhman (1992: 40) sostiene que la sociedad actual “ha aumentado la dependencia del decidir sobre el futuro de la sociedad de tal forma que las ideas sobre el futuro predominan por encima de las formas esenciales que restringirían por sí mismas como naturaleza lo que podría suceder. La técnica y la subsecuente conciencia de poder han ocupado el terreno de la naturaleza”.

El término riesgo determina una forma de trato con el tiempo, se basa en una forma de problematización del futuro, lo que sumado a la reflexibilidad -por tanto la institucionalización de la incertidumbre- generan el campo propicio para la construcción social de los discursos sobre el riesgo y sus consecuentes prácticas.

Lo que caracteriza a esta concepción moderna del riesgo es que está referida a amenazas globales, como desastres nucleares o ecológicos, peligros o inseguridades introducidos por la propia modernidad.

En este sentido Luhman realiza la distinción entre riesgo y peligro, este último referido a una amenaza provocada desde el exterior, mientras que el riesgo parte del supuesto de que el posible daño es consecuencia de una decisión, por lo cual la contingencia juega un papel preponderante.

“La distinción riesgo-peligro ha sido conformada de manera asimétrica. En ambos casos el concepto de riesgo-peligro caracteriza un estado de cosas complejo al que normalmente nos enfrentamos, por lo menos

² Respecto de este aspecto es claro el ejemplo de la marcada incidencia de la industria del medicamento en la selección y priorización de los riesgos en la salud, lo cual será tratado más adelante en este ensayo.

en la sociedad moderna. La contraparte funge solamente como un concepto de reflexión cuya función consiste en aclarar la contingencia de los hechos o estados de las cosas que caen bajo el concepto de riesgo” (Luhman, 1992: 66).

De esta manera, siguiendo a Luhman, los riesgos asumidos se convierten en peligro para los afectados. En el proceso de decisión se atribuyen consecuencias a las decisiones, como lo son los daños futuros que deben aceptarse como riesgo. El afectado, en cambio, se encuentra en una situación diferente ya que se ve amenazado por situaciones que él mismo no puede controlar, lo que se constituye en peligro.

Esta situación es definida por Luhman como una paradoja social clásica, en la que los riesgos constituyen peligros y los peligros riesgos. La valoración del riesgo es para este autor un problema social, ya que responde a los comportamientos del grupo de referencia al cual pertenece.

La noción de riesgo como construcción social está atravesada por la cultura, por lo que cada cultura enfatiza algunos aspectos e ignora otros (Douglas, 1996). En este sentido, la cultura del riesgo tiene relación con la posición social de los actores.

“El público no ve los riesgos de la misma manera que los expertos” (Douglas, 1996: 16).

Una de las dificultades que genera esta concepción, según Douglas (1996: 17) es que “parte de la idea de un sujeto libre de prejuicios *-un individuo racional-* y de contingencias sociales *-un individuo trascendental-*”.

Aceptar la idea de riesgo supone entender que los riesgos son producto de una elección y que prácticamente todas las áreas de la vida son susceptibles de ser afectadas por eventos contingentes, por tanto pueden ser valoradas en términos de riesgo, lo que significa según Giddens (1997: 96) “vivir con una actitud de cálculo hacia nuestras posibilidades de acción”, siendo esta una práctica generalizada en todas las esferas en condiciones

de modernidad. Supone diferenciar por un lado la posibilidad de decidir, por otro la condición de que esta decisión va a producir un efecto. Para este autor este nuevo escenario de la modernidad tardía posibilita a los agentes poder trazar y construir sus proyectos de vida en forma autónoma impactando sobre el estilo de vida de los individuos. “En contextos postradicionales no tenemos más elección que elegir cómo ser y cómo actuar” (Giddens, 1997: 97).

En este nuevo escenario el saber adquiere un significado social y político fundamental “la sociedad del riesgo también es la sociedad de la ciencia, de los medios y de la información” (Beck, 1998: 53). Cuando Lash refiere ganadores y perdedores de la reflexividad hace referencia también a las estructuras de información y comunicación.³

Desde una perspectiva crítica Zizek (2001: 358-359) plantea:

“El atolladero fundamental de la sociedad de riesgo está en la brecha que existe entre el saber y la decisión, entre la cadena de razonamientos y el acto que resuelve el dilema (en lenguaje lacaniano, entre S2 y S1) nadie ‘conoce realmente’ el resultado global. En el nivel de conocimiento positivo, la situación es radicalmente indecidible: no obstante tenemos que decidir. La brecha siempre estuvo allí: cuando un acto de decisión se basa en una cadena de razones, siempre las colorea retrospectivamente de modo tal que lo respalden: pensemos en el creyente que tiene plena conciencia de que las razones de su creencia solo son comprensibles para quienes hayan decidido creer. No obstante, lo que encontramos en la sociedad del riesgo tradicional es mucho más radical: lo opuesto de la elección forzada habitual de la que habla Lacan, es decir, una situación en la cual soy libre de elegir con la condición de que realice una elección correcta, de modo que lo único que me resta es realizar el gesto vacío de fingir que hago lo

3 Las “condiciones estructurales de la reflexividad” que permiten ubicar al individuo como ganador o perdedor de la reflexividad se refieren a “un conjunto articulado de redes globales y estructuras de información y comunicación” (1997).

que en realidad me ha sido impuesto como si respondiera a mi propia elección libre.”

Esto ubica a los individuos en la situación de tener que decidir sin contar con los conocimientos adecuados para hacerlo. La cuestión del riesgo no queda únicamente en el nivel discursivo sino que involucra otros niveles de la vida social asumiendo, como sostiene M. Mitjavila, el perfil de un dispositivo en su versión foucaultiana, ya que demarca “un conjunto heterogéneo que engloba discursos, instituciones, organizaciones, arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En suma, lo dicho y lo no dicho son los elementos del dispositivo. El dispositivo es la red que se puede establecer entre estos elementos” (1992: 244 *apud* Mitjavila, 1999).

El sistema de salud se encuentra involucrado por este dispositivo, lo cual marca sus orientaciones y sus prácticas.

Riesgo y el sistema de salud

Al inicio de este trabajo se plantean algunas preguntas respecto del concepto de riesgo, como quién y cómo se determinan los riesgos en salud y cuáles son las consecuencias ético políticas de dichas determinaciones, así como la validez estadística que tienen las hipótesis que relacionan determinadas variables con un posible daño a la salud.

Creo que estas interrogantes están relacionadas entre sí, e intentar desentrañarlas remite a realizar una caracterización del sistema de salud actual.

Poder médico y medicalización de la sociedad

Estamos frente a una sociedad altamente medicalizada, como ya han demostrado ampliamente autores como Foucault y en nuestro país Barrán y Mitjavila. Se entiende por medicalización la “expansión de los parámetros tanto ideológicos como técnicos, dentro de los cuales la medicina produce saberes e

interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de exterioridad respecto a sus tradicionales dominios” (Mitjavila, 1998: 2).

La medicina se constituye, a lo largo de la historia, como un conjunto de prácticas discursivas y fácticas que constituyen un campo no solo de conocimiento sino también de dominación. En este sentido, la obra de Foucault ha demostrado el proceso de legitimación de la práctica médica a lo largo de la historia, especialmente en el mundo moderno provocado por el nacimiento de la clínica, convirtiéndose en un tipo de saber construido a expensas de formas de cohesión y prácticas que buscan el disciplinamiento de los sujetos (Foucault, 1980).

La legitimidad, como construcción social, está dada por la pretensión de obediencia basada en la presunción de las consecuencias desfavorables de la no obediencia y en el reconocimiento de que su conocimiento es un saber calificado.

Para ser reconocida y aceptada como una disciplina capaz de influir en forma directa sobre los aspectos fundamentales de la vida humana, debió basarse en criterios y normas aceptables anticipándose en la historia a aspectos considerados hoy como bases de la bioética, como el principio hipocrático del beneficio y de no perjuicio o del secreto profesional.⁴

Esta dominación abarca todas las esferas de la vida humana, como las referidas al ciclo vital y al estilo de vida, las que se ven pautadas por el sistema de salud ya que estos aspectos se constituyen como factores de riesgo. Con el desarrollo de los conocimientos y el progreso de las técnicas que mejoran las condiciones de la salud pública (saneamiento, red de agua potable, etc.) se ha ido modificando la morbilidad de los

4 Dice el juramento hipocrático: “En cualquier casa que entre no me guiará otra cosa que el bien de los enfermos... Todo lo que yo viere u oyere con ocasión de la práctica de mi profesión... lo guardaré para mí en reservado sigilo”. “La ética médica. Normas, códigos y declaraciones”. SMU.

grupos sociales, y reducido y controlado las epidemias.

Sin embargo, la época moderna se caracteriza por la ocurrencia de nuevos procesos patológicos, ya sea referidos al proceso de envejecimiento o las relacionadas con los modelos y ritmos de vida actual. La modernidad cuenta además con la incidencia de las llamadas enfermedades iatrogénicas⁵ que son las provocadas por el propio sistema de salud.

A lo largo de la evolución histórica la patología humana ha ido desde una patología “natural”, en el sentido de que en su génesis tiene gran influencia los factores naturales adversos (que podríamos asimilar a la idea de peligro ya desarrollada) hacia una patología socialmente condicionada, en la que tienen una alta incidencia las llamadas “enfermedades de la civilización”. Esto nos ubica en situaciones de salud enfermedad determinadas por factores que son controlables por el ser humano, poniendo el eje de atención en las conductas de los individuos como factores que es necesario manejar en términos de riesgo. Se traspa la responsabilidad a cada persona sobre los riesgos que está dispuesto a asumir, así como las consecuencias desfavorables. De esta manera la persona enferma ha fallado.

“El discurso de riesgo, especialmente cuando enfatiza los estilos de vida riesgosos, sirve como un efectivo agente foucaultiano de vigilancia y control que es difícil de cambiar porque se expresa en objetivos benévolos de mantenimiento de los patrones de salud” (Lupton, 193: 432-433; *apud* Mitjavila, 1999).

Por lo expresado por Lupton, la educación “para la salud” en el marco del enfoque de riesgo sirve para legitimar determinadas prácticas sociales y por consiguiente ideologías. La información brindada a la población acerca de los riesgos surge del “campo médico sanitario”, pues es quien está legitimado para hacerlo. Lo que sucede es que en general

los riesgos identificados por los sistemas no se corresponden con la valoración que la propia población tiene sobre sus propios riesgos y ventajas, por lo que los sistemas de riesgo sustituyen o pretenden sustituir los valores de la gente por la de los médicos, sin que esto se explicita.

Disolución de la noción de sujeto

Robert Castel plantea que las estrategias preventivas, basadas en el enfoque de riesgo que se desarrollan en la actualidad, suponen la disolución de la noción de sujeto “lo que es reemplazado por una combinatoria construida de factores, los factores de riesgo” (Castel, 1986: 220).

Esto es por la pérdida de la relación cara a cara que establece la clínica recayendo el acento principal del proceso en factores abstractos que tienen la particularidad de una posible asociación con un daño futuro.

La práctica médica ha ido evolucionando de tal manera que el contacto entre el paciente y el médico pasa a ser un factor secundario y despersonalizado, elaborándose un diagnóstico a partir de múltiples exámenes clínicos y por la intervención de especialistas que difícilmente tienen contacto entre sí, lo que supone, para este autor, una crisis de la clínica. “Paso de una clínica del sujeto a una clínica epidemiológica: el examen pericial puntual y diversificado sustituye a la relación concreta médico-enfermo” (Castel, 1986: 225).

La importante evolución de las tecnologías de diagnóstico y cura de la enfermedad ha privilegiado al hospital como espacio de atención de las emergencias y del ejercicio de una medicina de vanguardia, lo que polariza las estrategias de atención en aquellas dirigidas hacia la atención de la enfermedad, que son en el ambiente médico las disciplinas que gozan de mayor prestigio y poder, y las grandes campañas de medicina preventiva.

“Estas políticas preventivas promueven en consecuencia una nueva modalidad de la vigilancia: la detección sistemática. Existe vigilancia en el sentido de que el objetivo que se pretende es de anticipar e impedir la emer-

5 Se designa como “iatrogénico” a todo proceso patológico que es consecuencia de la intervención médica realizada con fines diagnósticos o terapéuticos.

gencia de un suceso no deseable: la enfermedad, anomalía o comportamiento desviado. Pero esta vigilancia economiza la presencia real, el contacto, la relación recíproca entre el vigilante y el vigilado” (Castel, 1986: 224).

Esta vigilancia no está dirigida, en primera instancia, a un sujeto sino a una combinatoria de factores de riesgo susceptibles de producir un daño.

Por otro lado, estas medidas preventivas no tienen una centralización en el tiempo y el espacio, al menos en Uruguay, se encuentran desarticuladas en diferentes instituciones sin demasiada coordinación entre sí. Más bien existen grandes lineamientos, por ejemplo, en salud materno infantil (considerados grupos de riesgo) por los cuales Salud Pública, el instituto de alimentación, las Intendencias, etc., establecen programas dirigidos hacia la prevención de ese sector.

Presencia de paradigmas de la salud divergentes

Si observamos al interior del sistema de salud y las instituciones encargadas de la formación de los profesionales de la salud se puede constatar una clara contradicción entre los discursos -ya sea académicos como políticos- y las acciones que se implementan.

Hoy ya nadie discute los aspectos integrales de la salud enfermedad como un proceso dialéctico en el que juegan factores orgánicos, psíquicos y sociales, siendo estos últimos de gran peso y relevancia en la actualidad.

Tampoco se cuestiona la importancia de la medicina preventiva por su pretensión equitativa y por su virtud anticipadora para la reducción del daño, por consecuencia, la disminución de los gastos del sistema sanitario. Sin embargo, el sistema de salud vigente ha optado por el poder tecnológico, olvidando el factor humano y su contexto, declarando la sola existencia de la enfermedad.⁶

⁶ El nuevo cambio en el plan de estudios de la Facultad de Medicina es un claro ejemplo de esta postura, ya que aun manteniendo el discurso de la importancia de la formación de la medicina en la comunidad y de los factores sociales en la salud se eliminan los contactos de los estudiantes con la comunidad y la sociología en la formación médica.

La medicina actual se ha relegado al nivel tecnocrático por lo cual se busca erradicar los síntomas sin profundizar en la causa, entendiendo al organismo como una máquina en la que hay que reparar sus partes. Así, cada especialista se ocupa de una de esas partes sin que nadie se ocupe de la globalidad. Esta profunda especialización al interior de la medicina da cuenta de una fragmentación del saber propio de la modernidad.

Según Marilyn Ferguson (1985) este paradigma presenta las siguientes características:

- Tratamiento de los síntomas desentendiéndose de las causas.
- Alta especialización, despreocupándose de la integración.
- Neutralidad emocional del profesional sin reconocer que la actitud del mismo es un posible factor de curación.
- Valoración del dolor y la enfermedad como negativos sin prestar atención al hecho de que pueden informar de conflictos.
- Intervención por medio de medicamentos y operaciones quirúrgicas, desestimando las técnicas no invasivas.
- Cuerpo considerado como una máquina.
- Fomento de la dependencia del paciente en lugar de estimular su autonomía.
- Basado en una relación de autoridad del profesional.
- Separación cuerpo-mente.
- Consideración de la mente como un factor secundario en las enfermedades orgánicas.
- Mayor confianza en la información cuantitativa (pruebas o análisis), desestimando la cualitativa ofrecida por el paciente.

Esta modalidad ha generado baja calidad en la salud de la población y un elevado costo de mantenimiento. Genera además un elevado incremento de las enfermedades “iatrogénicas”, esto es, las provocadas por el propio sistema hospitalario y sus aplicaciones farmacológicas, tecnológicas y quirúrgicas.

Tenemos en la actualidad un sistema de salud en crisis, no solo del punto de vista económico sino también en el logro de sus obje-

tivos, ya que se ha convertido en un sistema altamente deshumanizado que no contribuye al mejoramiento del nivel general de salud de la población. Quizás lo que nos permita entender esta contradicción se encuentre en el hecho de que el motor de la actuación médica ha sido el avance científico y el monetario a costa del humanitario, respondiendo a los parámetros de la economía capitalista para la cual la rentabilidad y el beneficio monetario son prioritarios frente a cualquier otro objetivo.

En este sentido G. Berlinguer plantea que la creciente medicalización de la vida social se entrelaza con la mercantilización de la medicina, producida por “la conversión en mercancía o en dinero, cada una de las partes del organismo y de todas las actividades dedicadas a la vida y a la salud” (1994: 81-82).

Esta tendencia está erosionando el sistema salud actual a tal punto que no responde a los principios formulados por los países referentes al derecho a la salud y la igualdad en la atención a la misma, ya que prioriza lo que produce rentabilidad y relega lo que no la produce. Esta tendencia pauta la selección de prioridades en salud y por tanto la selección de posibles grupos de riesgo.

Ambigüedad del concepto en el uso epidemiológico

Lo que aparece como una forma de hacer medicina consolidada se presenta, si se estudia en profundidad, como un concepto complejo y distante de una valoración uniforme.

Se cuestiona en la actualidad la validez de las asociaciones causales establecidas por las valoraciones del riesgo, así como los aspectos metodológicos relacionados con la inferencia. Se observan dificultades a nivel práctico y teórico ya que la medición de la asociación causal está en general viciada por sesgos y factores de confusión en general no delimitados.

Fischhoff y otros (1980) afirman con rotundidad que los valores afectan a la aceptabilidad: la búsqueda de un “método objetivo”

para resolver problemas de riesgo aceptable está condenada al fracaso y puede cegar a los investigadores ante las hipótesis cargadas de juicios de valor. No es solo que cada aproximación no consigue dar una respuesta definitiva, sino que está predispuesta a representar intereses particulares y a recomendar soluciones individuales. Por consiguiente, la elección de un método es una decisión política que conlleva un mensaje específico sobre quién debería mandar y qué debería tener importancia. El factor controlador en muchas decisiones sobre riesgo aceptable es cómo se define el problema (Fischhoff y otros, *apud* Douglas, 1996: 35).

En general, en los estudios sobre los factores de riesgo se encuentran dificultades conceptuales que permitan comprobar la asociación causal entre los factores y los daños.

Un trabajo de García (1998: 587) profundiza en esta dificultad y plantea que “esta falta de precisión no es un asunto de pereza mental o de dificultad conceptual; (...) pues a pesar de la imprecisión o gracias a ella, se adoptan decisiones de intervención en la población, ni gratuita, ya que estas decisiones, en la medida en que puedan ser polémicas o discutibles, se benefician de esta imprecisión”.

Esta ambigüedad desde el punto de vista científico facilita a grupos con intereses estrictamente comerciales -por ej. la industria farmacéutica- introducirse en un terreno socialmente libre.

En síntesis, el riesgo puede ser analizado como un dispositivo que involucra al sistema de salud en su conjunto contribuyendo a la alta medicalización de la sociedad (el riesgo al promover el autocuidado constituye una de las formas de medicalización de la modernidad).

Las características del sistema de salud actual, en el cual coexisten paradigmas de salud divergentes y contradictorios, y las dificultades metodológicas que suponen la imprecisión y ambigüedad del concepto, favorecen las estrategias basadas en intereses fundamentalmente comerciales, generando

un sistema de salud altamente ineficiente respecto de sus objetivos humanitarios. El Trabajo Social se encuentra involucrado en este sistema de salud, por lo que sería importante discutir de qué manera participa en el mismo, lo que se analizará en el próximo punto.

La intervención profesional en este contexto

El trabajador social participa de las políticas de salud en el marco del enfoque de riesgo en todas las dimensiones antes analizadas. Si bien el trabajador social tiene al interior del sistema un rol subordinado, hacia afuera forma parte de la estructura de poder que el sector salud ejerce sobre la población.

De esta manera, el trabajador social se ubica al interior de las políticas sociales regidas por la conciencia tecnocrática moderna, en la que impera una intención de disciplinamiento con una praxis homogenizadora, que no respeta las diversidades culturales ni las voluntades individuales respecto de los riesgos que están dispuestos a asumir. Se trabaja con una concepción de sujeto como “sujeto pasivo”, denominado “paciente”, que no tiene nada que decir respecto de su salud, a la vez responsable de sus fracasos cuando ocurre el daño.

Esta forma de concebir el enfoque de riesgo contribuye además a la estigmatización de los sujetos al ser etiquetados como “individuo de riesgo” o peor aún “de alto riesgo”, sin medir los costos psicológicos que esto tiene para el sujeto y su entorno.

Se ha estudiado cómo el estrés generado por estos procesos provoca más enfermedad (enfermedades iatrogénicas) que el propio sistema no puede resolver. De esta manera, los trabajadores sociales estamos contribuyendo al fracaso de las políticas preventivas.

El Trabajo Social debe procurar un cambio que:

- Le permita un posicionamiento diferente al interior de los equipos de salud, mejorando su calidad en el desempeño profesional mediante respuestas efectivas y teóricamente fundadas.

- Procure atender a la diversidad, respetando las libertades individuales respecto de su salud.

- Que su práctica favorezca procesos de “empoderamiento” a través de un traspaso de instrumentos y conocimientos que permitan a los sujetos hacerse cargo de sus propios procesos de salud enfermedad.⁷

En este sentido se comienza a hablar de la *gestión del riesgo para la reducción del daño* como una estrategia que tiende a un trabajo con la población en procura de solucionar estas dificultades.

La gestión del riesgo parte de una exploración de cuáles son, para los sujetos involucrados, los riesgos que está dispuesto a asumir y con cuáles se compromete a la búsqueda de la reducción del daño. Estas nuevas concepciones referidas a la reducción del daño pueden ser explicadas desde posturas funcionalistas como la luhmaniana, en las que el riesgo es una contingencia en la que el sujeto elige desde la necesidad de sobrevivencia con el objetivo de reducir la complejidad, ya que de lo contrario desaparecería como sistema (sistemas “autopoieticos”⁸). Desde esta postura los sistemas se autorregulan por lo que pueden quedar librados a sus propias decisiones.

Esta concepción está basada en la idea de que es imposible la vida sin riesgos y otorga a los individuos la posibilidad de decidir, buscando atender a la diversidad y heterogeneidad. Considero que si asumimos que el enfoque de riesgo puede ser una herramienta útil para la planificación de estrategias de salud,

7 “Empoderamiento” es el proceso que “pretende extender el poder del individuo y ofrece una alternativa social a la perspectiva médica o psicológica del individuo. La manera de salir de una situación problemática no es por medio de un tratamiento sino a través de la apropiación del poder” (Rondeau, 1985: 17).

8 Autopoiesis es un concepto surgido de la biología (biólogo chileno Maturana) que concibe a los seres vivos como unidades cerradas, su único producto es sí mismos. La característica más peculiar de los sistemas autopoieticos es que se levantan por sus propios cordones y se constituyen como distintos del entorno por medio de su propia dinámica de tal manera que ambas son inseparables. Es el mecanismo que hace a los seres vivos autónomos.

en el sentido de que permiten dirigir las acciones en forma estratégica en la búsqueda de la equidad⁹ es necesario asumir que:

- La selección de los factores de riesgo prioritarios surgen de valoraciones subjetivas (construcciones sociales) que responden a intereses muchas veces socioeconómicos y políticos, por lo que es necesario analizar críticamente la información sobre las relaciones causales riesgo-daño con la que vamos a trabajar.

- De todas maneras, la gestión del riesgo no resuelve las estigmatizaciones que resultan de la categorización de los sujetos como integrantes de un grupo de riesgo.

- La gestión del riesgo funciona como dispositivo que favorece los procesos medicalizadores imperantes en la sociedad actual, ya que promueve el autocuidado, mediante la flexibilidad de sus propias biografías.

- La gestión del riesgo que se ha implementado en el sistema de salud actual busca el disciplinamiento de los sujetos mediante prácticas sustentadas en un lugar de poder institucional (MSP) y profesional. Las nuevas posturas que refieren a la reducción del daño pretenden modificar esta relación favoreciendo procesos de "empoderamiento" que favorezcan las opciones personales en torno de la gestión de sus propios riesgos, lo que estaría otorgando ciertas propiedades emancipatorias al dispositivo. Estas propiedades son discutibles si entendemos al riesgo como un dispositivo biopolítico, puesto que éste, como toda construcción social, no existe en sí mismo: "el riesgo es pura forma, no contenido" (Mitjavila, 2000: 257), permaneciendo abierto a la construcción de múltiples significados sociales.

Bibliografía

Barrán, J. P. *Medicina y Sociedad en el Uruguay del 900*. Tomo 2, *La Ortopedia de los Pobres*. Ed. Banda Oriental, Montevideo 1993.

⁹ O a lo mejor debemos considerar que tenemos que trabajar en el marco de este enfoque, aun no compartiendo su utilidad, porque es el que define la institución en la que trabajamos.

Breilh, Jaime; Granda, E. *Los nuevos rumbos de la Epidemiología*. Ciencias Sociales y Salud en América Latina. OPS-CIESU, 1985.

Beck; Ulrich. *La sociedad del riesgo. Hacia una nueva modernidad*. Ed. Paidós, Barcelona 1998.

Berlinguer, G. *Ética, Salud y Medicina*. Ed. Nordan, Montevideo, 1994.

Castel, R. *De la peligrosidad al riesgo*. Materiales de Sociología Crítica. Ed. de la Piqueta, págs. 219-243, 1986.

Douglas, Mary. *La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales*. Editorial Paidós, Primera Edición, 173 págs., Barcelona 1996.

Ferguson, M. *La conspiración de acuario*. Ed. Kairós, Barcelona 1985.

Foucault, M. *Las palabras y las cosas*. Ed. Planeta Agostini, 1885.

Foucault, M. *La gubernamentalidad*. Espacios de Poder. Ed. La piqueta, 1986.

Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*. Ed. Siglo XXI.

García, F. M. "Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual". *Atención Primaria*, vol. 22, N° 9, (585-592), 1998.

Giddens, A. *As consecuencias de modernidad*. UNESP, San Pablo 1991.

Giddens, A. *Modernidad e identidad del Yo. El Yo y la sociedad en la época contemporánea*. Ediciones Península, Barcelona 1995.

- Giddens, A. *Un mundo desbocado: Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid 1999 (117).
- Grassi, Estela. "Trabajo Social e investigación social: una relación necesaria". *Revista de Trabajo Social*, Barcelona, España, Año 1, abril 1995.
- Lash, C., Giddens, A., Beck, U. *Moderización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Ed. Alianza, Madrid 1997.
- Luhman. *Sociología del riesgo*. Guadalajara, México 1992.
- Lupton, D. *apud* Mitjavila, M. En: "El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad". *Revista de Ciencias Sociales*. (432-433). Montevideo 1993.
- Mascareño, Álvaro. "Regulación e Intervención Social". *Revista de Trabajo Social UCBC* Año Nro1, abril 1995.
- Mitjavila, M. "El saber médico y la medicalización del espacio social". Departamento de Sociología, FCS. Doc. N° 33.
- Mitjavila, M. "El riesgo y las dimensiones institucionales de la modernidad". *Revista de Ciencias Sociales* N° 15.
- Mitjavila, M. "Espacio político y espacio técnico: Las funciones sociales de la medicalización". Cuadernos del Claeh N° 62 (págs. 37-45) Montevideo 1992.
- Mitjavila, M. "O risco e as estratégias de medicalização do espaço social: Medicina Familiar no Uruguay (1985 – 1994)". Tesis de Doctorado. Facultad de Filosofía, Letras e Ciencias Humanas de Universidad de San Pablo, 1999.
- Netto, J. P. *Capitalismo Monopolista y Servicio Social*. Ed. Cortez, San Pablo 1998.
- OPS /OMS. *Estrategia salud para todos en el año 2000*, 1980.
- Porzecanski, T. "Burocratismo y Corporativismo, sus efectos sobre el desempeño profesional del Trabajo Social (Una introducción)". En: *Revista Fronteras* N° 3, FCS-DTS, Montevideo 1998.
- Rabinow, P. *Artificialidade e ilustração. Novos estudos*. CEBRAP.
- Rondeau, G. *El empoderamiento y la práctica social o el tema del poder en el Trabajo Social*. T. Social y globalización, 1985.
- SMU, *Código de ética médica. Juramento Hipocrático*.
- Vicens, J. *El valor de la salud. Una reflexión sociológica sobre la calidad de vida*. Ed. Siglo XXI, 1995.
- Zizek, Slavoj. *El espinoso sujeto. El centro ausente de la ontología política*. Ed. Paidós, Buenos Aires, 2001.