



Biomédica
ISSN: 0120-4157
Instituto Nacional de Salud

Méndez, Fabián

La redistribución de las enfermedades en Colombia: el papel de la academia en la adopción de decisiones

Biomédica, vol. 38, núm. 1, Enero-Marzo, 2018, pp. 5-6

Instituto Nacional de Salud

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84355412001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Biomédica Instituto Nacional de Salud

Volumen 38, No. 1 - Bogotá, D.C., Colombia - Marzo de 2018

Editorial

La redistribución de las enfermedades en Colombia: el papel de la academia en la adopción de decisiones

Para la epidemiología clásica, los factores que subyacen y causan los patrones de aparición de las enfermedades son el resultado de complejas interacciones entre los individuos y su ambiente biológico, físico y social. En consecuencia, el estudio de la aparición de una enfermedad recurre a la heterogeneidad de las poblaciones para comparar grupos según algunas de las características que explicarían las diferencias en los patrones de la enfermedad.

En el estudio de dichos patrones de salud y enfermedad, generalmente, se comparan la morbilidad y la mortalidad de las personas según su lugar de habitación, su edad y su sexo, así como con base en un amplio rango de datos sobre las condiciones de vida y del ambiente en el que se inscriben. En los múltiples análisis de este tipo llevados a cabo en nuestro país, se evidencia el difícil panorama que hoy debemos afrontar.

Con base en el sistema nacional de encuestas, los análisis de la carga de la enfermedad o los análisis de la situación de salud, es posible detectar el perfil en el que las enfermedades crónicas (cardiovasculares y degenerativas) causan la mayor carga de enfermedad en una población que envejece. Este grupo de enfermedades, con sus consecuencias de discapacidad y muerte, ocurre simultáneamente con las atribuibles a las lesiones y a la violencia, y con las enfermedades infecciosas tradicionales y emergentes. Todas ellas responden a un patrón característico de disparidades en el cual las personas más vulnerables, las mujeres, las minorías étnicas, la población de las zonas rurales y, en general, todos aquellos que por diferentes razones hacen parte de los grupos sociales de menos recursos, son las más afectadas.

La gran paradoja es que este complejo patrón ocurre hoy, cuando más que en ningún otro momento de la historia contamos con los conocimientos y las herramientas para diseñar mejores y más efectivas intervenciones. Muchas de las enfermedades más ampliamente estudiadas y comprendidas, y, por ende, más prevenibles y tratables, siguen causando epidemias y muertes: me refiero a las diarreas, a muchas otras enfermedades infecciosas, algunas de ellas transmitidas por vectores, y a gran parte de las enfermedades crónicas relacionadas con las prácticas alimentarias y de actividad física, para mencionar solo algunas.

Hemos logrado desentrañar la estructura molecular del daño, en tanto que los entresijos de las cadenas de ADN nos ayudan a explicar la fisiopatología y a construir posibilidades de modificación genética que eviten o curen la enfermedad. En la 'otra esquina' del saber científico, la del conocimiento poblacional, podemos construir modelos estadísticos con regresiones jerárquicas que, luego de ajustar por efectos de cohorte, explican las tendencias epidemiológicas y los factores sociales y ambientales que se asocian con la incidencia de las principales causas de enfermedad y de muerte. Así, entendemos con claridad cómo el síndrome metabólico y la obesidad resultan de complejas interacciones que deben analizarse desde el desequilibrio entre los alimentos que ingerimos y el gasto calórico, desequilibrio en el cual los factores individuales, sociales y estructurales confluyen en sinergias o antagonismos a lo largo de toda una vida, desde la concepción, con la programación fetal, pasando por la lactancia y la vida escolar, hasta la vejez, y determinan la aparición de procesos fisiopatológicos que en ocasiones desembocan en condiciones como la diabetes, cuyas consecuencias en la salud del organismo son multisistémicas.

Entonces, ¿qué nos hace falta? ¿Por qué los conocimientos que tenemos no son más efectivos para generar el cambio e influir en la adopción de decisiones? Podría plantearse, por un lado, que debemos redefinir nuestros conocimientos, pues no son suficientes para lograr el cambio, y que es necesario dar

un viraje de paradigma desde lo estructural y mecanicista hacia lo contextual y relacional. Son muchos los que han hecho llamados a emprender dicho cambio (1). En otras palabras, pareciera que los problemas, y por consiguiente las alternativas, se han abordado a partir de preguntas parciales.

Las ciencias biomédicas han construido un cuerpo de conocimientos que demuestra cómo los procesos biológicos a nivel individual explican los mecanismos fisiopatológicos específicos de las enfermedades. Pero necesitamos más trabajo interdisciplinario y ‘transdisciplinario’ (2), además de aproximaciones desde miradas sistémicas que trasciendan la visión mecánica y lineal de los cuerpos y sus estructuras, e incorporen la complejidad de los problemas que enfrentamos, considerando debidamente la determinación social de la salud y la enfermedad e inscribiendo la biología en los ‘socio-ecosistemas’, así como en contextos y territorios específicos que promuevan el encuentro con saberes no científicos.

Esta tarea implica superar las barreras administrativas y académicas para crear ciencia en equipos con visiones innovadoras y un compromiso profundo con la salud de la gente. Afortunadamente, hay numerosos ejemplos de cómo las aproximaciones interdisciplinarias y transdisciplinarias pueden consolidarse para, así, ofrecer una comprensión más integral del proceso de vida, salud, enfermedad y acción.

Sin embargo, debe reconocerse que la mirada integral a partir de diversas disciplinas, de la ‘ciencia con la gente’ y de la comprensión de los sistemas complejos, no garantizan la transferencia del conocimiento necesario para transformar la realidad. En ese orden de ideas, es necesario tener presente que la relación entre ciencia y acción no es apolítica, sino que se da en medio del juego de los intereses y los valores, y en el marco de imaginarios ‘sociotécnicos’ (3). Tampoco puede plantearse que la formulación de los objetos de estudio en una ciencia, disciplina o campo del conocimiento, es apolítica. Es decir, la forma en que la comunidad académica decide circunscribir un objeto y establecer el marco conceptual para comprenderlo, está relacionada con la manera en que las sociedades se organizan y trazan caminos para alcanzar sus objetivos.

En resumen, la definición de aquello que se estudia se relaciona con los modelos de desarrollo que hemos asumido como sociedad. Las investigaciones en filosofía y sociología de la ciencia han hecho evidente que el quehacer científico está determinado por las ideologías que subyacen a los modelos de desarrollo, y que existe una influencia de doble vía: los desarrollos en el conocimiento, influenciados por determinadas ideologías, son el marco para definir las políticas de educación, salud, ciencia y tecnología que, en una relación de causalidad circular, terminan orientando cómo y qué tipo de conocimiento se construye.

La tarea que se desprende de estos planteamientos es aún más grande y trascendente, pues implica adoptar formas diferentes de hacer ciencia y de pensar e implementar políticas públicas que, en palabras de Arturo Escobar, cambien “toda una forma de vida y todo un estilo de creación de mundos” (4). Ello supone asumir una posición política y ética que ayude a agenciar la búsqueda de la equidad ambiental y de salud para todos los seres vivos y no vivos del planeta mediante acciones de apropiación y movilización social del conocimiento, que conecten iniciativas locales en un mundo globalizado.

Como bien lo ha escrito Naomi Klein en su libro “Decir no no basta” (5), estamos en un momento histórico críticamente surreal, y las cosas podrían ponerse mucho peor, pero “si no perdemos la cabeza, aún podríamos darle la vuelta al guion y desembocar en un futuro radicalmente mejor”.

Fabián Méndez
Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle

Referencias

1. Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. Salud Colect. 2006;2:123-46.
2. Méndez F. Transdiscipline and research in health: Science, society and decision making. Colomb Médica 2015;46:128-34.
3. Meehan K, Klenk NL, Méndez F. The geopolitics of climate knowledge mobilization: Transdisciplinary research at the science-policy interface(s) in the Americas. Sci Technol Hum Values. 2017:1-33. <https://doi.org/10.1177/0162243917745601>
4. Escobar A. Autonomía y diseño. La realización de lo comunal. Popayán: Editorial Universidad del Cauca; 2016. p. 281
5. Klein N. Decir no no basta. Barcelona: Paidós, 2017. p. 311.