

DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.4303>



## El modelo médico como generador de discapacidad\*

Samuel David Barbosa<sup>a</sup> ■ Felipe Villegas Salazar<sup>b</sup> ■ Jonathan Beltrán<sup>c</sup>

**Fecha de recepción:** 20 de febrero de 2019 **Fecha de evaluación:** 5 de abril de 2019

**Fecha de aceptación:** 15 de junio de 2019

**Resumen:** La discapacidad ha tenido diferentes conceptualizaciones, incluyendo aportes religiosos, científicos, médicos y sociales. El modelo médico es fundamental en la prevención y la rehabilitación adecuada, sin embargo, es también un gran generador de discapacidad. El objetivo de este trabajo es presentar la relación del modelo médico de discapacidad y el enfoque biomédico como generadores de discapacidad y proponer una aproximación teórica a nuevos modelos y enfoques que permitan un abordaje ético-ontológico. El presente es un artículo de exposición en dos etapas: en la primera se hizo una revisión de literatura sobre discapacidad. En la segunda, se presentan los resultados de la discusión entre los autores para comparar e identificar argumentos y contraargumentos de los modelos tradicionales, con respecto a las nuevas formas de análisis con una visión desde la bioética. Una de las principales conclusiones de este análisis es que el modelo médico ha hecho aportes fundamentales en la conceptualización y clasificación de la discapacidad; sin embargo, el enfoque monocausal positivista termina favoreciendo la medicalización, la discapacidad y demanda más recursos. La discapacidad es un asunto en evolución en el que interactúan las deficiencias individuales y las barreras personales y ambientales, por lo que es necesario superar el paradigma médico y fortalecer el biopsicosocial.

**Palabras clave:** discapacidad; medicalización; prevención cuaternaria; bioética

**Cómo citar:** Barbosa Ardila SD, Villegas Salazar F, Beltrán J. El modelo médico como generador de discapacidad. Rev. latinoam. bioet [Internet]. 28 de mayo de 2020 [citado 28 de mayo de 2020];19(37-2):111-22. Disponible en: <https://revistas.unimilitar.edu.co/index.php/rlbi/article/view/4303> DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.4303>

\* Artículo de revisión.

- a MD, Magíster en Salud Pública. Correo electrónico: [sd.barbosa27@uniandes.edu.co](mailto:sd.barbosa27@uniandes.edu.co). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8443-1670> Universidad de los Andes, Bogotá DC, Colombia.
- b MD, Especialista en Psiquiatría y Salud Ocupacional. Correo electrónico [felipevillegas@mutalis.co](mailto:felipevillegas@mutalis.co) Gerente general MUTALIS. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia.
- c MD, Especialista en Psiquiatría y Epidemiología. Correo electrónico: [jonathanbeltran@mutalis.co](mailto:jonathanbeltran@mutalis.co). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1113-5651> Psiquiatra MUTALIS. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá DC, Colombia.

## *The Medical Model as a Disability Generator*

**Abstract:** Disability has had different conceptualizations, which have included religious, scientific, medical and social contributions. The medical model is fundamental for appropriate prevention and rehabilitation. The goal of this paper is to show the relationship of the disability medical model and the biomedical approach as generators of disability and to propose a theoretical approach to new models and perspectives that allow for an ethical-ontological approach. This is an expository article presented in two stages: in the first one a literature review on disability was carried out. In the second one, the results of the discussion are presented amongst the authors to compare and identify arguments and counterarguments of the traditional models, with regards to the forms of analysis with a view from bioethics. One of the main conclusions of this analysis is that the medical model has made fundamental contributions to the conceptualization of disability; however, the positivistic monocausal approach ends up favoring medicalization, disability and it demands more resources. Disability is a subject in evolution where the individual deficiencies and the personal and environmental barriers interact, therefore it is necessary to overcome the medical paradigm and to strengthen the biopsychosocial.

**Keywords:** disability; medicalization; quaternary prevention; bioethics

## *O modelo médico como gerador de deficiência*

**Resumo:** O conceito de *deficiência* recebeu diferentes contribuições, incluindo as religiosas, científicas, médicas e sociais. O modelo médico é fundamental na prevenção e reabilitação adequada, no entanto, é também um grande gerador de deficiências. O objetivo deste trabalho é apresentar a relação do modelo médico de deficiência e do enfoque biomédico como geradores de deficiência e propor uma aproximação teórica para novos modelos e enfoques que permitam uma abordagem ético-ontológica. Trata-se de um artigo de exposição em duas etapas: na primeira, foi feita uma revisão da literatura sobre deficiência. Na segunda, são apresentados os resultados da discussão entre os autores para comparar e identificar argumentos e contra-argumentos dos modelos tradicionais, no que diz respeito às novas formas de análise a partir da bioética. Uma das principais conclusões dessa análise é que o modelo médico fez contribuições fundamentais na conceituação e classificação da deficiência. No entanto, o enfoque monocausal positivista acaba favorecendo a medicalização e a deficiência, além de demandar mais recursos. A deficiência é uma questão em evolução, na qual as carências individuais e as barreiras pessoais e ambientais interagem, sendo necessário superar o paradigma médico e fortalecer o biopsicossocial.

Palavras-chave: deficiência; medicalização; prevenção quaternária; bioética

## Introducción

El concepto de discapacidad ha evolucionado gradualmente, de acuerdo con los cambios de la sociedad, a partir de hechos como el reconocimiento de los derechos, el entendimiento de distintas condiciones y las mismas definiciones de los conceptos. Asimismo, ha evolucionado de acuerdo con el estudio de modelos y teorías que sirven como elementos críticos de explicación y predicción del fenómeno de la discapacidad. Partiendo de las concepciones religiosas, punitivas y estigmatizantes ha cambiado hasta llegar a modelos médicos y sociales incluyentes con la persona que sufre una discapacidad (1,2). En su evolución y estudio, el análisis desde la bioética, en cuanto metodología que ayuda a resolver efectivamente dichos conflictos, problemas y dilemas, contribuye también a analizar y problematizar el concepto de discapacidad (3).

## Evolución histórica del concepto de discapacidad

En Occidente, inicialmente, los modelos de discapacidad fueron de tipo eugenésico, tal como demuestran, por ejemplo, las leyes de Licurgo en la Esparta del siglo IX a. C. que exigían que los recién nacidos con alguna malformación fueran arrojados desde lo alto del Monte Taigeto (4,5). En la Edad Media, se utilizaron modelos de marginación, en los cuales las personas con discapacidad eran consideradas una carga, se pensaba que no tenían capacidad de aportar a la sociedad y, usualmente, se pensaba que la discapacidad se debía a algún pecado cometido por los padres, aunque con una ligera concepción que apelaba a la caridad y la mendicidad (6). En este mismo período disminuyeron las medidas más drásticas de exclusión y cobraron relevancia los conceptos de asilo, reformatorio y manicomio (7).

Esta primera forma de exclusión/reclusión de las personas con discapacidad, fue transformándose a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX, principalmente, en Francia, donde surgió una nueva concepción médica, enfocada en la humanización del paciente con discapacidad, especialmente del enfermo mental. Con ello, se reformaron los conceptos relativos al “interno” o la “internación”,

y se empezó a ver a esta población solo como “hombres enfermos”. Aunque esto significó un avance en el reconocimiento de derechos, era limitado en cuanto a la visión acerca de patologías con limitaciones severas, lo que excluye a gran parte de la población con discapacidad (8).

A partir de la década de 1960 y a medida que las concepciones de salud y medicina se transformaron, contamos con posiciones sociales más incluyentes. Aunque se había empezado mucho antes: en 1948, tuvo lugar la *Declaración universal de los derechos humanos*; en 1955 fue aprobado el programa Internacional de Rehabilitación de Minusválidos Físicos, y en 1975, se adoptó la Declaración de los Derechos de los Impedidos (Resolución 3447).

Sumado a lo anterior, en 1980, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías; en 1982, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) lanzó el Programa de Acción Mundial para los Impedidos y, en 1983, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desarrolló el Convenio 159, sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas (9). Todo ello generó un mayor reconocimiento de los derechos que propendan por el bienestar de las personas con discapacidad. La gran conquista de esta época fue haber logrado aceptar la diferencia y su incorporación activa a la sociedad (7).

Así, la discapacidad es un concepto complejo y multidimensional, por los factores que determinan su naturaleza y que trascienden el lenguaje. Además, suscita implicaciones a nivel político y social y, a nivel práctico, implica condicionantes en la medición de la prevalencia y la incidencia. Esto debido al componente cultural y las concepciones sociales que influyen en la conceptualización de la discapacidad y, además, permiten focalizar acciones en servicios de atención en salud, asignación de recursos públicos y desarrollo de políticas públicas, lo cual, a su vez, se refiere a la protección frente a problemas sociales que atraviesan el nivel personal y el corporal (2,10,11).

Por otra parte, esta evolución de la concepción de la discapacidad se da de forma correlacionada con la aplicación y desarrollo de la bioética, que nace desde el enfoque clínico “principalista”,

conformada por cuatro principios fundamentales: justicia, no maleficencia, autonomía y beneficencia (3). Esto profundiza y amplía el campo de acción de la bioética a otras esferas y, a través de su diálogo con la ciencia, la filosofía, el derecho, la sociedad, las instituciones y la política, logra ampliar tanto su espectro de análisis, que puede ser denominada “bioética social” (3,12,13).

## Contextualización

En su Informe Global de Discapacidad de 2011, la OMS planteó que existen limitaciones para evaluar la prevalencia y la incidencia de la discapacidad, debido a la variabilidad de instrumentos de medición, la autopercepción de discapacidad, el contexto social y cultural del país y las limitaciones para la participación en los estudios poblacionales. Según este informe, con base en una población que rondaba los 5000-6900 millones de personas (2010), estimaron que de 15,6% (785 millones) a 19,4% (975 millones) de personas mayores de 15 años vivían entonces con discapacidad (14).

En Colombia, para 2005, se estimaba que el 6,3% de la población (2,6 millones de personas) presentaba discapacidad (15) y, actualmente, se está trabajando en el desarrollo de metodologías para la unificación en el diagnóstico poblacional. Ambos hechos representan un problema de salud pública y su abordaje puede ocurrir desde diferentes enfoques y paradigmas que, al igual que la evolución del concepto de discapacidad, pueden tener limitaciones, ser sobrepuestas o contradictorias entre sí.

Asimismo, en la bioética se requiere de un cambio de análisis desde la concepción referida al ejercicio clínico, para pasar a una conceptualización que incluya su interrelación con otras áreas del saber. Es decir, pasar a la bioética social, que conserva los valores adquiridos en la bioética clínica y que, a su vez, plantea una tensión de sus principios fundadores, debido a las contradicciones que surgen entre lo individual y lo social (3,13,16,17).

No obstante, debemos anotar que en Colombia se han dado avances en la inclusión y apoyo frente a la discapacidad. Con ello, se ha logrado disminuir limitaciones legales que eran consideradas medios de protección de las personas con discapacidad, adoptando e implementado nuevas

medidas de apoyo, de conformidad con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en 2006, mediante la Ley 1996 de 2019. Por medio esta norma, se establecieron como principios la dignidad, la autonomía, la primacía de la voluntad, la no discriminación, la accesibilidad, la igualdad de oportunidades y la celeridad.

Así, el análisis desde los diferentes enfoques en salud pública y su relación con la bioética permiten hacer una aproximación dentro de la conceptualización de la discapacidad.

## Paradigmas en salud pública y su contexto bioético

Un paradigma es la construcción simbólica del conocimiento, a partir de un conjunto de elementos ordenados en una disciplina (matriz disciplinar). El método científico es el pilar de la ciencia moderna (18,19). En salud pública se presenta una discusión de sus paradigmas desde sus orígenes históricos de los modelos conceptuales, que inicialmente se desarrollaron sobre concepciones mágico-religiosas hasta modelos socio-médicos (18) y que se divide en cuatro etapas de la epidemiología (18,20): partiendo la era sanitaria basada en el paradigma del “miasma”, según el cual, la morbilidad se debe a la contaminación del aire, tierra y agua; seguido de la era de las enfermedades infecciosas basada en el paradigma del “germen” (siglos XIX-XX), pasando a la era de las enfermedades crónicas, dado el aumento de la morbilidad por cáncer y las enfermedades cardiovasculares, para las cuales no se conocían agentes etiológicos específicos, y llegando al modelo eco-epidemiológico en la década de 1990, que plantea un análisis en diferentes niveles de organización: biológico, clínico y social (18).

Desde la perspectiva bioética, se presenta una evolución histórica reciente, que parte del desarrollo de la bioética global de Potter (finales del siglo XX), con características propias como la interdisciplinariedad, el debate ético en una sociedad plural, la elaboración de una teoría fundamental, apoyada en principios claros y la aplicación efectiva de esos principios en el ámbito clínico. Esta aplicación ocurre a través de dos mecanismos

prácticos: la metodología de análisis de casos clínicos y la creación de comités de ética asistencial o ética clínica (3,21).

Aquella evolución está influenciada por un diálogo intercultural social, y permeada por diferentes escuelas éticas como: la aristotélico-tomista, desde el personalismo; la ética neokantiana; la ética dialógica; el utilitarismo, y también la ética de consenso neoliberal. Todas han suscitado grandes debates y han hecho evidente la necesidad del desarrollo de la bioética como una ética social y política (3).

A su vez, la promoción de derechos humanos fundamentales, como el derecho a la salud o a la integridad, genera la necesidad de implementar tipos específicos de ética, tales como la ética de las instituciones y la ética del desarrollo; así como una ética de la interculturalidad, las cuales han llevado a un reciente desarrollo de la bioética como una ética institucional, social y política (12,16,22).

El objetivo de este artículo de posición es exponer que la relación del modelo médico de discapacidad y el enfoque biomédico llegan a ser generadores de discapacidad, limitaciones y barreras en la población. Para llegar a esta afirmación, fue necesaria una aproximación teórica a nuevos modelos y enfoques en ética y bioética, que permiten un abordaje ético-ontológico útil de la discapacidad, para el desarrollo de políticas en salud al respecto.

## Metodología

Se desarrolló un ensayo tipo artículo expositivo (*position paper*) en dos etapas: en la primera, se hizo una búsqueda de la literatura sobre el tema en bases de datos como MEDLINE, con los siguientes encabezados de temas médicos (MeSH, por sus siglas en inglés): “Quaternary prevention”, “Disability” y “Public health”, utilizando el conector *and*, en los idiomas inglés y español. No se discriminó por tipo de estudio, país o año de publicación, para abordar la discapacidad desde diferentes modelos y conceptualizaciones. En la segunda parte, se llevó a cabo un proceso de discusión entre los autores para comparar e identificar argumentos y contraargumentos de los modelos tradicionales con respecto a las nuevas formas de análisis de la discapacidad, con una aproximación desde la bioética.

## Modelo médico de discapacidad (argumento)

Se partió de la premisa de que el modelo médico transformó la noción de discapacidad, llevándola desde una visión moral, eugenésica, excluyente, hacia una noción médica y científica (2,23). Al incluir un diagnóstico desde un proceso de valoración, una metodología de análisis y un pronóstico de la enfermedad, se hacen evidentes los principios bioéticos de justicia, reconocimiento de los derechos y protección del más débil, no maleficencia, deber al no abandono, autonomía frente a la búsqueda de la libertad y beneficencia con el cuidado humanizado (13,23). Pero, según este modelo, la discapacidad es un problema fundamentalmente individual, causado por una enfermedad, deficiencia o condición de salud. De ese modo, el tratamiento de la discapacidad, según este paradigma, está encaminado a conseguir la cura, una mejor adaptación del sujeto o un cambio de su conducta, a la vez que la atención sanitaria (24,25).

Directamente relacionado con lo anterior, la OMS distingue y relaciona causalmente las siguientes tres categorías de discapacidad (26).

1. Deficiencia. Es decir, la “alteración en las funciones fisiológicas o en las estructuras corporales de una persona” y “puede consistir en una pérdida, defecto, anomalía o cualquier otra desviación significativa respecto de la norma estadísticamente establecida”.
2. Minusvalía. Se refiere a “toda situación desventajosa para un individuo, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que le impide o limita el desempeño de un rol, que es normal en su caso”. Esta categoría está caracterizada por “la diferencia entre el rendimiento y las expectativas del individuo mismo o del grupo al que pertenece” y “representa la socialización de la deficiencia y su discapacidad, por cuanto refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas, ambientales y ocupacionales, que para el individuo se derivan de la presencia de [aquellas] y alteran su entorno”.
3. Discapacidad. Es un término genérico que incluye “limitaciones en la realización de una actividad”.



A pesar de que este es un modelo innovador, que incorpora el componente social (minusvalía), continúa siendo un modelo centrado en el individuo, considerando la discapacidad como patología; sin incluir los efectos y las relaciones entre el entorno social y la realidad biológica (23,25,27).

## Modelo biomédico de salud pública

El modelo biomédico, desarrollado a finales del siglo XIX, parte de una perspectiva de análisis basada en la enfermedad, lo cual limita al modelo a la hipótesis y el descubrimiento de un agente causal (28). La enfermedad y la morbilidad, en este caso, se desarrollan por la exposición a tal agente; la prevención, por su parte, se logra limitando o evitando la exposición. El tratamiento propone la recuperación o curación al eliminar el agente causal (22-23). Sus limitaciones se evidencian en el reduccionismo de la relación salud-enfermedad y su enfoque unicasal. Los principales representantes de esta perspectiva de análisis son R. Pasteur y Koch (18).

La relación de esta perspectiva con el modelo médico de discapacidad se evidencia en la perspectiva de análisis, según la cual, la enfermedad es causa principal de morbilidad y discapacidad. Esta hipótesis es unidireccional y hace aportes a la identificación de la relación de la enfermedad y la discapacidad (tabla 1). Desde la perspectiva bioética, este modelo puede entenderse como referido únicamente a la relación médico-paciente, limitada al diagnóstico y al tratamiento y la prevención de la exposición a un agente patógeno o contaminante (13,17).

## Medicalización

La medicalización es un proceso en el cual problemas que caen fuera del espectro médico se definen y se tratan como problemas médicos, es decir, usualmente, se tratan con los conceptos de enfermedad y trastorno (31). Este proceso puede iniciar desde los médicos o la sociedad, con un aumento de las entidades diagnósticas. La medicalización ha sido progresiva y, en parte, es causada por una menor tolerancia de la población a soportar algún tipo de incomodidad, dolor u otros síntomas, por una la concepción de la cura, la disminución de las prácticas religiosas y, especialmente, por una

creencia exagerada en la capacidad de la ciencia para curar (31-33).

Los ejemplos de lo anterior son diversos y, entre estos, se encuentran los estándares estéticos de cada época. Por ejemplo, la medicalización de la masculinidad a través del tratamiento de la calvicie, la andropausia y la disfunción sexual; asimismo, el nacimiento y la muerte reciben el tratamiento de patologías en hospitales de mayor complejidad. Un ejemplo mucho más actual es el tratamiento del cansancio (*burnout*) o los trastornos del sueño como patologías y no como consecuencias del modelo laboral actual. Esto, desde luego, excluye críticas al capitalismo y a los medios de producción actuales (32).

La tendencia a estandarizar o normalizar a la población juega un papel muy importante en la medicalización. Estos términos explican la tendencia de la medicina y de la sociedad en general a determinar y clasificar lo que es normal y lo que no. La normalización termina generando un aumento del intervencionismo en personas sanas que, sin embargo, salen de los percentiles considerados normales o se encuentran en los extremos de la campana gaussiana. Ejemplos evidentes de esto son lo que ha ocurrido con las cirugías estéticas, el tratamiento con hormonas de crecimiento y el tratamiento de ciertas patologías psiquiátricas (34,35). Desde la perspectiva bioética, la normalización en el diagnóstico es evidencia del principio de justicia, pues permite la equidad y la no discriminación para el acceso a los servicios de salud. También es una expresión de paternalismo en el ejercicio de la medicina, donde el diagnóstico determina la discriminación y no la sociedad misma (13,16).

Otra tendencia preocupante de la medicina es la noción de mejoramiento u optimización del cuerpo humano, intentando no solo tratar al paciente enfermo, sino también potenciar al sano, concepción riesgosa que se evidencia, por ejemplo, en intervenciones estéticas, psiquiátricas, del patrón de sueño o del funcionamiento cognitivo (33). Prueba de este comportamiento son las afirmaciones de Allen Frances, psiquiatra y autor del *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM IV), quien habla de la importancia de “salvar urgentemente a los normales y tratar inmediatamente a las personas enfermas” (36).

**Tabla 1.** Comparación de distintos modelos de discapacidad y enfoques en salud pública

Marco conceptual	Argumento		Contraargumento	
	Modelo médico de discapacidad	Modelo biomédico	Modelo biopsicosocial	Modelo determinantes sociales
Perspectiva de análisis	Enfermedad	Enfermedad	Proceso social de discapacidad	Proceso salud enfermedad
Hipótesis	Agente causal de la discapacidad	Agente causal de la enfermedad	Interacción de factores individuales, psíquicos, sociales y culturales	El perfil epidemiológico resulta de factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales
Variables	Agente causal enfermedad y discapacidad	Agente causal en el individuo	Determinantes individuales, sociales, culturales	Determinantes básicos Determinantes estructurales Determinantes próximos al estado de salud
Aportes	Identificación de la relación enfermedad-discapacidad	Identificación del agente causal de la enfermedad	Enfoque universal de concepción de la discapacidad	Enfoque integral de los determinantes del proceso salud-enfermedad
Limitaciones	Unidireccional – monocausal	Monocausal	Positivista	No pondera el valor específico de cada determinante
Perspectiva de los principios bioéticos	Bioética clínica No maleficencia <ul style="list-style-type: none"> <li>– Deber de no abandono del médico o la familia</li> <li>– Precaución</li> <li>– Responsabilidad profesional y familiar</li> </ul> Justicia <ul style="list-style-type: none"> <li>– Respeto por los derechos paciente</li> <li>– Equidad: no discriminación y reparto recursos</li> <li>– Protección del más débil</li> <li>– Dependencia de atención</li> </ul> Autonomía Respeto por la autonomía: consentimiento <ul style="list-style-type: none"> <li>– Promover la competencia</li> <li>– Promover la libertad individual</li> </ul> Beneficencia <ul style="list-style-type: none"> <li>– Calidad vida: fin clínico</li> </ul>		Bioética social No maleficencia <ul style="list-style-type: none"> <li>– No abandono social</li> <li>– Prevención en salud</li> <li>– Responsabilidad política, social, familiar y profesional</li> </ul> Justicia <ul style="list-style-type: none"> <li>– Promoción y respeto de los derechos del paciente</li> <li>– Equidad y priorización en salud</li> <li>– Seguimiento e intervención de inequidades</li> <li>– Reinserción social</li> </ul> Autonomía <ul style="list-style-type: none"> <li>– Respeto, autonomía y control social</li> <li>– Participación de la comunidad</li> <li>– Promoción y prevención/educación</li> </ul> Beneficencia <ul style="list-style-type: none"> <li>– Calidad de vida y sistema de salud</li> </ul>	

Por otra parte, el hecho de ser rotulado con una enfermedad no es algo inherentemente perjudicial y en ocasiones puede traer algunos “beneficios” para los pacientes, por ejemplo, de tipo social, económico, legal o laboral (30,31). Pero recibir un diagnóstico de alguna enfermedad también crea problemas, como los relacionados con el proceso de medicación, la iatrogenia y el aumento del intervencionismo; incluso, puede hacer que una persona asuma el

rol de “enfermo” de una enfermedad que no existe (37). Este aumento de la medicalización se encuentra sustentado también en el cambio de visión en torno al paciente, convertido ahora en consumidor de servicios, en un modelo de demanda y oferta (32).

Es así como la concepción de la discapacidad desde el modelo médico y su relación con el enfoque biomédico plantea avances en materia de definiciones y clasificación, al tiempo que

permite la inclusión de los principios bioéticos desde la relación médico-paciente. Pero no pueden desconocerse los grandes riesgos del aumento de la instrumentalización de la discapacidad y la enfermedad, por factores externos, representados en la medicalización. Por otra parte, surgen nuevos planteamientos y enfoques que proponen profundizar conceptualmente y extender su análisis, a fin de avanzar en el paradigma de la relación médico-paciente a la relación con la sociedad, cultura y medio ambiente.

### Modelo biopsicosocial (contraargumento)

Este modelo se basa en un enfoque más universal de la discapacidad, que complementa al modelo médico y concilia al modelo social (2). Su desarrollo se presentó a través de la movilización de las personas que vivían con discapacidad y que conformaron la Union of the Physically Impaired against Segregation, en 1970 en Reino Unido y EE. UU. (38). Con ello, el paradigma de la discapacidad cambió, pasando de ser considerado limitaciones físicas de ciertos individuos, a analizar y enfocarse en los ambientes sociales que generan limitaciones sobre grupos o categorías de personas (39). Es decir, la discapacidad empezó a pensarse desde la posibilidad de la interacción de las personas con el medio ambiente. En este modelo, se requiere integrar lo físico-biológico, lo psicológico y lo social. Así también, permite clasificar y medir la discapacidad, usando un lenguaje universal, neutral y con una perspectiva positiva, representado en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la OMS (9,40).

Por lo anterior, la discapacidad dejó de ser una categoría meramente negativa, pues presenta rasgos que obligan a considerar a la persona a partir de sus capacidades y su actuación o funcionamiento, a la mejora e incremento de tales posibilidades de actuación y a la adquisición de otras, mediante sistemas de apoyo adecuados. Asimismo, obliga a examinar la situación de cada individuo no de forma genérica, sino en el contexto personal, social y cultural de cada comunidad, atendiendo los rasgos singulares de la persona y del entorno (7).

Desde la perspectiva bioética, plantea una transición desde la bioética clínica a la bioética social y, desde un análisis de los principios, extiende la “no maleficencia” sobre el deber del no abandono por parte del profesional y la familia, a una inclusión social (no abandono social), a través del reconocimiento de la persona antes que la enfermedad; de igual forma el principio de justicia pasa de un reconocimiento de los derechos y la equidad en los recursos a una promoción de tales derechos y el seguimiento y la intervención en las distintas manifestaciones de la inequidad (13,41).

### Modelo de determinantes sociales de salud pública

Este modelo nace desde la Revolución Industrial, a mitad del siglo XIX, debido a las dinámicas de urbanización, crecimiento y cambios en las clases sociales, cuando se evidenciaron los vínculos entre salud y sociedad (42). Además, en el XX, este modelo fue influenciado por los modelos de desarrollo estatal, la atención primaria y la promoción de la salud (43). Fue en este proceso histórico en el cual la epidemiología social se desarrolló, con visión crítica, al destacar la desigualdad en salud como un elemento importante.

Así, a través del trabajo de McKeown y Dubos, Whitehead, Marmot, Diderichsen y los estudios Whitehall y el *Informe Black*, se configuraron los insumos para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) de la OMS (42,44), que corroboró que las desigualdades de las condiciones de vida determinan la manera como las personas enferman y mueren, siendo desigualdades injustas en salud (42,45). Su perspectiva de análisis parte del proceso de desarrollo de la pareja salud-enfermedad, donde existen determinantes sociales que generan inequidad (intermedios y estructurales), los cuales se relacionan entre sí y permiten proponer tipos de intervención en diferentes niveles específicos, para la implementación de la política pública (42,45,46).

Sus limitaciones están en el núcleo del positivismo en salud, el “causalismo” y la teoría del riesgo (42). Su relación con el modelo biopsicosocial está en su perspectiva de análisis, que parte de la



aproximación universal e integral del proceso de desarrollo y la concepción de la cadena salud-enfermedad-discapacidad, con una hipótesis que no es unicausal sino que parte de la interacción de diferentes factores biológicos, psíquicos, sociales y culturales. Además, reconoce las diferencias entre grupos, las cuales pueden ser barreras que generan desigualdades en salud.

La bioética también se permeó de este nuevo enfoque, al considerar que todos los elementos de salud tienen repercusiones en la sociedad y presenta una tensión entre los principios bioéticos. Por ejemplo, al limitar la autonomía del deseo de suplir una necesidad (adicción a la nicotina), por proteger la salud de los demás, al prohibir el fumar en espacios públicos (no maleficencia). Pero, el enfoque bioético social reconoce los principios desde la perspectiva clínica y propone un acuerdo para consensos sociales, protegiendo a los más vulnerables, promoviendo los derechos, interviniendo en las manifestaciones de la inequidad y otorgando una responsabilidad no solo individual sino social y política, como se muestra en la tabla 1 (13,16,17,47).

## Prevención cuaternaria

En los últimos cincuenta años, se han considerado tres categorías principales de prevención: primaria, secundaria y terciaria (48,49). Sin desconocer la importancia fundamental de la prevención y el impacto positivo que ha tenido, debe señalarse que existe una tendencia tanto en los pacientes como en los médicos de sobreestimar los beneficios y a subestimar los daños de las intervenciones preventivas y curativas, pues existe la posibilidad de aumentar la iatrogenia por intervenciones médicas excesivas o innecesarias (50,51).

Cuando una persona se siente enferma, esperamos que se beneficie de una consulta médica y el beneficio se encuentra claramente demostrado; pero si el paciente se encuentra asintomático, la probabilidad de obtener beneficios adicionales de una consulta médica es mucho menor. Esto es palpable en la creciente popularidad en los exámenes médicos periódicos o chequeos ejecutivos (52). También existen pacientes que pueden sentirse enfermos sin tener una enfermedad. Estos tienen

mayor riesgo de daños causados por pruebas que no tienen ninguna razón de ser; sin hablar de los costos que esto tiene para los sistemas de salud.

La necesidad de disminuir los riesgos descritos y hacer contrapeso al exceso de medicalización e intervencionismo, llevó, en 1986, a que Marc Jamouille planteara una nueva categoría de prevención médica: la prevención cuaternaria (53). Esta se refiere al conjunto de intervenciones que evitan o atenúan las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del intervencionismo médico y del sistema sanitario. El *Diccionario Internacional Wonca para la Práctica General/Familiar* definió este tipo de prevención como una “acción tomada para identificar al paciente en riesgo de sobre medicalización, para protegerlo de una nueva invasión médica y para sugerirle intervenciones éticamente aceptables” (49).

La prevención cuaternaria es, por tanto, una resistencia frente a la intervención innecesaria o medicalización, de tipo preventivo, curativo, diagnóstico, terapéutico o de condiciones y factores de riesgo que no deberían ser medicalizadas; lo cual, sin embargo, tiene como principal riesgo el rechazo de intervenciones necesarias (52,54). Pero, a su vez, presentan el riesgo de la interacción médico-paciente, la inclusión de otros diferentes a los biológicos y los intereses particulares de los profesionales de la salud frente a la enfermedad y discapacidad (54). De esta manera, la concepción de la discapacidad desde el modelo biopsicosocial y su relación con el enfoque de determinantes sociales plantea avances en materia del análisis de determinantes (multifactorial) en el proceso de salud-enfermedad-discapacidad, con un enfoque integral-universal, que minimiza los riesgos del enfoque médico de discapacidad y el enfoque biomédico de salud.

## Conclusiones

El modelo médico de discapacidad y su relación con el enfoque biomédico permitió el desarrollo de definiciones y la identificación de clasificaciones para la discapacidad, a su vez que introdujo una concepción bioética y los principios de tal concepción. Pero, en su enfoque monocausal positivista,

donde priman la atención en servicios de salud, con solo un impacto positivo del 20 %, puede llegar a un exceso o medicalización, que es lesivo para las personas y genera mayor discapacidad, e implica alta demanda de recursos (13,17,23,25,29,30,55).

De modo similar, la salud y la discapacidad presentan una evolución histórica, según la cual, pasó de un enfoque monocausal y unidireccional (médico-biomédico) a uno integral-universal (biopsicosocial y de determinantes sociales), donde se incluyen determinantes individuales, sociales y culturales, con una perspectiva de análisis que trasciende la enfermedad (9,18,38,39). Esto permite plantear la necesidad de progresar en el desarrollo del concepto de salud definido por la OMS: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (56) y llegar a nuevas definiciones, por ejemplo: “La capacidad para adaptarnos como individuos y como comunidad a los desafíos físicos, emocionales y sociales que nos plantea la vida” (57), con las cuales todas las personas puedan sentirse saludables de alguna manera, independientemente de los desafíos físicos, mentales o sociales que enfrenten.

Por otra parte, desde la perspectiva clínica y su enfoque a la relación médico-paciente, la bioética avanza hacia una concepción social, cuyos principios incluyen la prevención en salud, las intervenciones en materia de inequidad, la no discriminación ni el abandono social, la participación de la comunidad como agente activo protector y la educación, como intervenciones necesarias en el ejercicio ético, político y social (3,12,17,41).

Para finalizar, discapacidad “es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (58). Esto implica superar el paradigma de la relación médico-paciente, donde se incluyan las interacciones y tensiones de los diferentes determinantes sociales, la inclusión de la prevención cuaternaria en el desarrollo de políticas, la concepción de la discapacidad y el análisis bioético social y no solamente clínico.

## Referencias bibliográficas

1. Fujiura GT, Rutkowski-Kmitta V. Counting disability. En *Handbook of disability studies* [Internet]. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 2001 [citado el 26 de agosto de 2019]. Pp. 69-96. Disponible en [https://sk.sagepub.com/reference/hdb\\*k\\_disability/n3.xml](https://sk.sagepub.com/reference/hdb*k_disability/n3.xml)
2. Felizzola OLP. Referentes conceptuales para la comprensión de la discapacidad. *Rev Fac Med.* 2013; 61(2):205-12.
3. Correa FJL. Una bioética social para Latinoamérica. *Agora Philosophica.* 2005; 11:19-26.
4. Inzúa Canales V. Una conciencia histórica y la discapacidad. *Rev Trab Soc México DF.* 2001; 3:76-83.
5. Aguilar Montoya G. Del exterminio a la educación inclusiva”. Ponencia presentada en V Congreso Educativo Internacional: de la educación tradicional a la educación inclusiva. Julio de 2004 [citado el 4 de enero de 2020]. Disponible en <https://es.scribd.com/doc/156973423/Del-exterminio-a-la-educacion-inclusiva>
6. Hernández Ríos MI. El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Rev CES Derecho.* 2015; 6(2):46-59.
7. Seoane JA. ¿Qué es una persona con discapacidad? *Ágora – Papeles de Filosofía.* 2011; 30(1):143-61.
8. Berlin I. The Salpêtrière hospital: From confining the poor to freeing the insane. *Am J Psychiatry.* 2003; 160(9):1579.
9. Padilla Muñoz A. Concepto y modelos discapacidad: contexto, concepto y modelos. 2010; 8(16):381-414.
10. Gómez Acosta CA, Cuervo Echeverri C. Conceptualización de discapacidad. Reflexiones para Colombia. Bogotá (Colombia): Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina; 2008.
11. Altman BM. Definitions, models, classifications, schemes, and applications. En: *Handbook of Disability Studies* [Internet]. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.; 2001 [citado el 26 de agosto de 2019]. Pp. 97-122. Disponible en [https://sk.sagepub.com/reference/hdbk\\_disability/n4.xml](https://sk.sagepub.com/reference/hdbk_disability/n4.xml)
12. Correa L, Javier F. De los principios de la bioética clínica a una bioética social para Chile. *Rev Médica Chile.* 2008; 136(8):1078-82.
13. Correa FJL. Principios para una bioética social *Revista Bioéticos.* 2009; 3(1):18-25.
14. WHO. World report on disability [Internet]. WHO. 2011 [citado el 22 de agosto de 2019]. Disponible en [http://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report/en/](http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/en/)

15. CEPAL. Informe regional sobre la medición de la discapacidad. Una mirada a los procedimientos de medición de la discapacidad en América Latina y el Caribe. Grupo de tareas sobre medición de la discapacidad, Conferencia Estadística de las Américas (CEA). 2014 [citado el 26 de agosto de 2019]. Disponible en <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/36906>
16. Kottow MH. Salud pública, genética y ética. *Rev Saúde Pública*. 2002; 36(5):537-44.
17. Darras C. Bioética y salud pública: al cruce de los caminos. *Acta Bioethica*. 2004; 10(2). Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2004000200010>
18. Hernández Girón C, Orozco Núñez E, Arredondo López A. Modelos conceptuales y paradigmas en salud pública. *Rev Salud Pública*. 2012; 14(2):315-24.
19. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas (traducido por Agustín Contín). *Breviarios del Fondo de Cultura Económica*. 1971; 213:1-36. Disponible en [https://www.icesi.edu.co/blogs/antro\\_conocimiento/files/2012/02/kuhn.pdf](https://www.icesi.edu.co/blogs/antro_conocimiento/files/2012/02/kuhn.pdf)
20. Susser M, Susser E. Choosing a future for epidemiology: I. Eras and paradigms. *Am J Public Health*. 1996; 86(5):668-73.
21. Global Network of WHO Collaborating Centres for Bioethics, World Health Organization. Global health ethics key issues [Internet]. 2015 [citado el 29 de octubre de 2019]. Disponible en <http://www.who.int/ethics/publications/global-health-ethics/en/>
22. Salas SA. Ética intercultural: ensayos de una ética discursiva para contextos culturales conflictivos: (re) lecturas del pensamiento latinoamericano. Editorial Abya Yala; 2006. 202 p.
23. Retief M, Letšosa R. Models of disability: A brief overview. *HTS Teol Stud –Theol Stud*. 2018;74(1). Doi: <https://doi.org/10.4102/hts.v74i1.4738>
24. Cuenot M. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. EMC - Kinesiterapia - Med Física. 2018; 39(1):1-6.
25. PNUD. Disability Inclusive Development in UNDP. Guidance and entry points 03 December 2018 [Internet]. 2018 [consultado el 5 de agosto de 2019]. Disponible en <https://www.undp.org/content/dam/undp/library/Democratic%20Governance/Human%20Rights/UNDP-Disability-Guidance-Note-Summary.pdf>
26. Colombia. Presidencia de la República. Decreto 1507 de 2014. Por el cual se expide el Manual Único para la Calificación de la Pérdida de la Capacidad Laboral y Ocupacional [Internet]. Doce de agosto de 2014 [consultado el 10 de agosto de 2019] Disponible en <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=58941>
27. Esguerra R. Ante todo no hacer daño. Memorias del XXIV Congreso Colombiano de Medicina Interna Barranquilla 2016. *Acta Médica Colombiana*. 2016; 41(S3). Disponible en <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/2016/03S-2016-05.pdf>
28. Carrasco J, Yuing T. Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*. 2014; 13(2):98-108.
29. Franco A. Tendencias y teorías en salud pública. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2006; 24(2):119-30.
30. Osorio R, Alberto L. Una reflexión acerca del modelo de investigación biomédica [A reflection on research biomedical model]. *Rev Científica Salud Uninorte*. 2011; 27(2):289-297.
31. Van Dijk W, Faber MJ, Tanke MAC, Jeurissen PPT, Westert GP. Medicalisation and overdiagnosis: What society does to medicine. *Int J Health Policy Manag*. 2016; 5(11):619-22.
32. Conrad P. The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 2007.
33. Maturo A. Medicalization: Current concept and future directions in a bionic society. *Mens Sana Monogr*. 2012; 10(1):122-33.
34. Smith R. In search of “non-disease”. *BMJ*. 2002; 324(7342):883-5.
35. Logan R. Clinical epidemiology: A basic science for clinical medicine. *J Epidemiol Community Health*. 1992; 46(5):549.
36. Lieberman JA. Historia de la psiquiatría: De sus orígenes, sus fracasos y su resurgimiento. Barcelona: B México; 2016.
37. Frances A. ¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos de la psiquiatría. Madrid: Planeta; 2014.
38. Berghs M, Atkin K, Graham H, Hatton C, Thomas C. Implications for public health research of models and theories of disability: a scoping study and evidence synthesis. *Public Health Res*. 2016; 4(8):1-166.
39. Oliver M. Social work and disability: Old and new directions. En Oliver M (ed.). *Social Work with disabled people*. London: Macmillan Education UK; 1983. Pp. 6-32. Doi: [https://doi.org/10.1007/978-1-349-86058-6\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-349-86058-6_2)
40. Vanegas García JH, Gil Obando LM. La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Hacia Promoc Salud*. 2007;12: 51-61.

41. León Correa FJ. Justicia y bioética ante las desigualdades en salud en Latinoamérica. *Rev Colomb Bioét.* 2015; 5(1):85-99.
42. Morales Borrero C, Borde E, Eslava Castañeda JC. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. *Rev Salud Pública.* 2013; 15(6):797-808.
43. Kickbusch I. The Contribution of the World Health Organization to a new public health and health promotion. *Am J Public Health.* 2003; 93(3):383-8.
44. WHO. Global health improvement and WHO: shaping the future [Internet]. WHO. 2003 [citado el 1 de septiembre de 2019]. Disponible en [https://www.who.int/whr/2003/media\\_centre/lee\\_article/en/](https://www.who.int/whr/2003/media_centre/lee_article/en/)
45. oms. Subsanan las desigualdades en una generación – ¿Cómo? [Internet]. WHO. [citado el 1 de septiembre de 2019]. Disponible en [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report/closethegap\\_how/es/](https://www.who.int/social_determinants/final_report/closethegap_how/es/)
46. Carmona Meza Z, Parra Padilla D. Determinantes sociales de la salud: un análisis desde el contexto colombiano. *Rev Salud Uninorte.* 2015; 31(3):608-20.
47. Fernández Barrera J, Vicente Zueras I, Palacín Bartrolí C, Alegre RM, Boixadòs A, Chagas E et al. Bioética y trabajo social: los trabajadores sociales ante la autodeterminación de los colectivos más vulnerables y sus familias. *Rev Bioét Derecho.* 2012; (24):44-60.
48. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch. Med Int.* 2011; 33(1):7-11.
49. World Family Doctors Caring for People (Wonca). The European Definition of GP/FM [Internet]. 2011 [citado el 22 de agosto de 2019]. Disponible en <https://www.woncaeurope.org/gp-definitions>
50. Hudson B, Zarifeh A, Young L, Wells JE. Patients' expectations of screening and preventive treatments. *Ann Fam Med.* 2012; 10(6):495-502.
51. Krouss M, Croft L, Morgan DJ. Physician understanding and ability to communicate harms and benefits of common medical treatments. *JAMA Intern Med.* 2016; 176(10):1565-7.
52. De Vito E. Prevención cuaternaria, un término aún no incluido entre los MeSH. *Med B Aires.* 2013; 73:187-90.
53. Jamouille M. Information et informatisation en médecine générale [Internet]. Namur: Presses Universitaires de Namur; 1986; Pp. 193-209. Disponible en <https://orbi.uliege.be/bitstream/2268/170822/1/Jamouille%20-%201986%20-%20Information%20et%20informatisation%20en%20m%c3%a9decine%20g%c3%a9n%c3%a9rale%20Computer%20and%20computerisation%20in%20general%20practice%282%29.pdf>
54. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: Reviewing the concept. *Eur J Gen Pract.* 2018; 24(1):106-11.
55. Jadad A, Arango A, Devia J, Espinal S, Rodriguez D, Wind K. Desatando una pandemia de salud desde el sitio de trabajo: Hay que creer para ver. Toronto: Beati Inc; 2018.
56. oms. Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Internet]. WHO. [citado el 2 de septiembre de 2019]. Disponible en <https://www.who.int/governance/eb/constitution/es/>
57. Huber M, Knottnerus JA, Green L, Horst H van der, Jadad AR, Kromhout D et al. How should we define health? *BMJ.* 2011; 343:d4163.
58. Naciones Unidas. Derechos Humanos. Oficina del Alto Comisionado. ACNUDH. Protocolo facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [Internet]. 1996 [citado el 22 de agosto de 2019]. Disponible en <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/OptionalProtocolRightsPersonsWithDisabilities.aspx>