Salud y enfermedad

Al considerar las nociones de salud y enfermedad, una cuestión conceptual problemática aparece en torno a la salud entendida como concepto científico y técnico, por un lado, y la salud entendida como un valor social fundamental, por otro. Y es que tanto entendemos la salud como concepto unificador de los conceptos científicos y las operaciones técnicas de las ciencias de la vida y la atención de la salud, como también la entendemos como un valor fundamental y por tanto como una especificación más del valor social mayor que es la justicia. Frente a esto, cuando se llama 'salud' a los conceptos científicos y a las operaciones técnicas que aparecen como respaldo empírico del valor salud, suele presentarse una confusión que nos lleva a preguntarnos ¿qué es la salud?

El signo de salud-enfermedad. Los datos que describen el cuerpo de un paciente o de una población siguiendo un examen de acuerdo con reglas establecidas para ello, son en principio simplemente descriptivos (con los límites que esto requiere referidos en especial a las condiciones de la búsqueda) hasta que no se los haya correlacionado y adquieran un sentido por comparación de unos con otros. Esto es lo que el concepto de *signo de salud,* que agrupa una enorme variedad de síntomas (subjetivos) y signos (objetivos), agrupados en diversos cuadros clínicos y síndromes agudos o crónicos, nos va a dar como fundamento científico de las operaciones de la explicación y la predicción médicas. Puede hablarse así de una semiótica de la salud. Pero la explicación del sentido que tiene por ejemplo un conjunto de signos neurológicos y hepáticos que configuren un cuadro clínico de encefalopatía aguda, puede conducir o bien hacia la idea de una insuficiencia hepática aguda grave o bien hacia la de un brote agudo de encefalopatía en el curso de una cirrosis crónica. El proceso combinatorio de los diversos datos registrados –la técnica explicativa del algoritmo combinatorio– se hace siguiendo las evidencias que el conocimiento científico de estas enfermedades ha aportado. Del mismo modo, en el campo sanitario, ante un conjunto de datos que le sugieran al político que puede estar ante la presencia de una hambruna, a este le interesará conocer tanto los indicadores de empleo y distribución del ingreso como la producción y el precio de los alimentos antes de poder explicar con algún fundamento científico el sentido de esos datos e intentar predecir el curso de los acontecimientos. Desde luego que para explicar una hambruna se utilizan determinadas técnicas, pero estas no han de confundirse, por cercana que sea la relación entre ambas, con la justificación científica de la misma. Sin embargo, los componentes científicos no son los únicos que otorgan relevancia al signo de salud-enfermedad.

Valores en bioética y significado social del concepto de salud integral. Cabe decir que la ciencia muestra sus enunciados en modo de conceptos científicos legitimados por la evidencia en la verdad de sus enunciados, y que las tecnologías muestran sus saberes por las operaciones técnicas legitimadas por la eficacia de sus resultados. En ese sentido, al hablar de *la vida* de un embrión o de un paciente en estado vegetativo persistente (v.) o de la mortalidad infantil o de los años de vida perdidos que podrían haberse evitado –en perspectiva sanitaria–, necesitamos conceptos de la biología, la estadística, las técnicas de intervención o procedimientos de determinación de la muerte, etc. Lo mismo sucede con *la identidad* (v.), en perspectiva psicológica, sociológica, antropológico-cultural, genética, etc. Y otro tanto ocurre con la salud: al hablar de ella aludimos por un lado a los componentes científicos y técnicos que la definen. En este sentido, la noción de salud como concepto integrador de las evidencias científicas y criterios de eficacia técnica disponibles –no de las prácticas saludables como tales pero sí de las pretensiones de validez universal de esas prácticas–, solo puede atribuirse en su dominio especializado a un conjunto de miembros de la comunidad o agentes de salud de las más diversas disciplinas. La dimensión del saber científico y técnico sobre la salud descansa en aquellos individuos –profesionalizados– que se han capacitado en el dominio de ese conocimiento (v. *Medicina y profesiones de la salud*). Pero aun dentro del saber científico-técnico sobre la salud hay una diferencia importante entre el campo de dominio propio de las ciencias biomédicas y el de las ciencias antropológicas y sociales. Esto hace que la salud, entendida en la perspectiva reduccionista del saber biomédico, haya consistido sustancialmente en un concepto opuesto al de enfermedad (v. *Lo normal y lo patológico*) y que la atención de la salud haya sido vista asimismo como atención de la enfermedad, dejando de lado la promoción, prevención y rehabilitación, entre otras cuestiones. Sin embargo, las actitudes ante la salud pueden ser vistas en su sentido social –lo que se suele asociar también en salud pública a 'estilos de vida' en el sentido más amplio, cultural y social, y ligado no solo a la salud sino a hábitos de todo tipo–: por ejemplo, actitudes frente al cáncer, a las enfermedades infecciosas, a

la reproducción humana, a la maternidad o la crianza de niños en el sentido saludable o no, etc. No obstante, las actitudes ante la salud también pueden considerarse en el sentido individual: muchas veces puede haber una actitud social de negación del cáncer, por ejemplo, pero las actitudes individuales ante el diagnóstico o el pronóstico pueden mostrar importantes variaciones. En el campo particular de la genética, por ejemplo, la actitud 'social' de querer saber, a veces se puede problematizar individualmente en el querer hacer y sus implicancias: asesoramiento genético (v.), diagnóstico prenatal (v.), etc. (v. *Modos de enfermar y conceptos de enfermedad*). Pero si el saber biomédico sobre la salud se conjuga con el saber de las ciencias antropológicas y sociales sobre la misma, entonces tendremos un sentido más amplio de la misma que se podrá entender como 'salud integral' (v.). Este es un concepto que solo puede entenderse al conjugar lo 'social' y lo 'biomédico'. Pero la salud y la enfermedad tienen otras dimensiones, además de la científica y técnica. Y el saber sobre esas dimensiones no descansa en modo particular sobre un conjunto de profesionales especializados sino que pertenece en general a cualquier miembro de la comunidad. La experiencia subjetiva –individual o grupal– sobre la enfermedad es una dimensión inconmensurable para el saber científico-técnico (v. *Experiencia de enfermedad y narración*). En este marco de la dimensión valorativa sobre la salud y la enfermedad, las ciencias de la vida y la atención de la salud, así como las ciencias antropológicas y sociales, pueden ver asociados sus conceptos científicos y técnicos a valores culturales y éticos que son la vida, la identidad, la integridad, la libertad, la salud y el bienestar de las personas y los grupos sociales. Y si la conjugación de conceptos de las ciencias biomédicas, antropológicas y sociales podían expresarse con el concepto de 'salud integral', los valores éticos correspondientes pueden conjugarse bajo el valor mayor que es la justicia.

Salud y justicia. La articulación entre salud y justicia quizás pueda entenderse bajo el concepto de *vida saludable* (v.). Si la justicia define a la vida buena (v.), la justicia en bioética no puede ser entendida de un modo tan general que se extienda a todas las dimensiones de la vida y el vivir humanos, es decir a toda la vida buena. Porque, de ser así, la bioética sería no solo *biopolítica* –lo cual puede entenderse como un hecho inevitable en bioética– sino la razón misma de *toda* política. Algo de eso hay en los límites imprecisos de la bioética cuando es tratada por los organismos internacionales o por las comisiones nacionales de bioética. Pero si llevamos el grado de generalización a ese nivel, entonces el campo propio de la bioética se disuelve en el de la política y poco sentido tendría, por ejemplo, formar recursos humanos en bioética. De modo tal que quien pretende educar en bioética, está aceptando de hecho un recorte pragmático de los alcances de la bioética. No hay proyectos educativos para habilitar académicamente a los políticos (aunque quizás debería haberlos). Sin embargo, cabe todavía otra posibilidad de generalización de la articulación entre justicia y salud como vida saludable, y esta sería la de llevar el concepto de bioética a una transformación no en biopolítica sino en una redundancia de la propuesta entendida como *biopedagogía*, una suerte de *paideia*. Es decir, suponer que la bioética consiste en el proceso mismo de su enseñanza y limitarnos por tanto a "enseñar" ya que habríamos abandonado antes la alternativa del "transformar" que encierra la política. Obviamente, para que la bioética consista en una mera "transmisión" hay que aceptar –como la bioética de principios– que los contenidos de la moral ya están dados y que de lo que se trata –para un bioeticista– es simplemente de mostrarlos en el mejor modo posible. Pero el fracaso de estos intentos es ya más que evidente cuando se los observa en su dimensión pragmática.

Los problemas globales para la salud. Dentro de las coordenadas de imposición social global del complejo económico industrial ligado a la salud, esta es vista como atención de la enfermedad en una sociedad medicalizada y un cuerpo humano convertido en mercancía –en tanto es esa atención lo que rinde beneficios–. La salud se entiende también bajo un reduccionismo biomédico –porque se vende más lo que presume de mostrar evidencias científicas 'duras'–, y como una actividad que puede ser regulada procedimentalmente desde las corporaciones del biopoder. Por eso es que, en los ataques a la Declaración de Helsinki, la FDA postuló que la Declaración no debía meterse en cuestiones de 'ética social'. Y así se pretende que los paradigmas de evaluación moral de las investigaciones sigan conservando las categorías conceptuales y procedimentales de las ciencias biomédicas, insistiendo en la dimensión individual de legitimación moral centrada en el consentimiento informado. Pero si la legitimación de las cuestiones antropológicas y sociales solo puede hacerse desde el Estado y no desde los individuos y ni siquiera desde los comités institucionales de ética, entonces hay que preguntarse cuáles habrán de ser los criterios sustantivos y procedimentales que frente a las ciencias de la vida diferencien la regulación normativa de las ciencias antropológicas y sociales en los conceptos de salud y enfermedad. La consideración de una tabla de valores que abarque desde la vida hasta el bienestar de las personas, y que nos conduzca hacia el respeto de

sus derechos humanos y hacia la reflexión contextualizada de sus problemas éticos, nos brinda una visión más amplia del universo moral que la que han ofrecido las concepciones reduccionistas. Y una bioética latinoamericana, crítica y constructiva a la vez, no puede perder de vista esta amplitud en orden a sus desarrollos.

[J. C.T.]

Lo normal y lo patológico

Reinaldo Bustos (Chile) - *Colegio Médico de Chile*

Crítica de la tesis de la homogeneidad. ¿Somos sanos porque somos normales? ¿La anomalía es lo mismo que la anormalidad? ¿Siempre la enfermedad es equivalente a la anormalidad? Las respuestas no son simples ni evidentes. En el siglo XIX, el positivismo reinante consideró a la medicina como "*la ciencia de las enfermedades y a la fisiología como la ciencia de la vida. En las ciencias, la teoría es la que esclarece y domina a la práctica. La terapéutica racional solo podría sostenerse sobre una patología científica y ésta sobre una ciencia fisiológica*" (Bernard, 1877). Para sustentar este punto de vista, Bernard dice: "*El buen sentido señala que si se conoce completamente un fenómeno fisiológico, se tiene que estar en condiciones de explicar todas las perturbaciones que pueden experimentarse en el estado patológico: fisiología y patología se confunden y en el fondo son una y la misma cosa*" (Bernard, 1877). Esta tesis era opuesta a las concepciones propias de la época, donde predominaban las ideas de una etiología ontológica de las enfermedades correlativa a la representación externa del mal, ya sea de naturaleza microbiana o ambiental, fuerzas que es necesario expulsar o rechazar del cuerpo de los individuos. A la tesis de la homogeneidad de lo normal y lo patológico, Canguilhem (1986) pregunta "*¿de qué fenómeno fisiológico es la glucosuria una exageración cuantitativa, si no existe normalmente glucosuria?*". Aun cuando Claude Bernard tiene el mérito de poner en relación –siguiendo la idea de la continuidad entre lo normal y lo patológico– la continuidad entre la vida y la muerte, Canguilhem concluye que, al considerarse en la teoría de la homogeneidad de lo normal y lo patológico casos elegidos unilateralmente, se incurre en la simplicidad de confundir la vida como idéntica tanto en salud como en enfermedad, además de no dar respuesta al origen ontológico (externo de las enfermedades). ¿Cómo dar cuenta entonces de que estar enfermo significa para el hombre vivir una vida diferente incluso en el plano meramente biológico, "otra forma de andar en la vida", donde el síntoma o la enfermedad se inserta en la totalidad del individuo? Para justificar sus puntos de vista, Canguilhem somete a un examen crítico los conceptos de normal, anomalía, enfermedad, de lo experimental; para luego exponer con sistematicidad sus conclusiones: al concepto de norma, opone la idea de normatividad biológica, entendiendo por normativo aquello que instituye normas. Piensa que "*el hecho de que un ser vivo reaccione con una enfermedad frente a una lesión, a una infección, a una anarquía funcional, traduce el hecho fundamental de que la vida no es indiferente a las condiciones en que ella es posible, que la vida es polaridad y por lo mismo posición inconsciente de valor; en resumen: que la vida es de hecho una actividad normativa*" (Canguilhem, 1986). Y agrega, contra la tesis de Bernard de la unificación de las leyes de la vida natural y las de la vida patológica, que la vida es polaridad, porque se encuentra muy lejos de ser indiferente frente a las condiciones que se le imponen, para enfatizar que es la vida misma la que instituye lo normal biológico como concepto de valor por oposición a un concepto estadístico de realidad. El rol del médico sería entender que la vida es una actividad polarizada a la que hay que ayudar en su esfuerzo espontáneo de defensa y de lucha contra todo aquello que tiene valor negativo, agregándole la luz relativa pero indispensable de la ciencia humana. La vida para el médico no es un objeto y la medicina para el hombre es solo un medio, en tanto es una técnica humana que ayuda al esfuerzo de la actividad polarizada que es la vida, para encontrar las normas adecuadas a su propio desarrollo o las condiciones de existencia que fueren normativas. Ser normal es, entonces, la capacidad para instituir nuevas normas, incluso orgánicas, frente a las variaciones del medio: el hombre normal es el hombre normativo. A partir de este momento se hace fácil comprender la posición del autor frente a los distintos conceptos usados corrientemente en clínica médica como conceptos absolutos.

La normalidad como normatividad. De esta manera, no existe un hecho normal o patológico en sí. La normalidad provendrá de su normatividad. Lo patológico no es la ausencia de norma biológica, "*sino una norma diferente pero que ha sido comparativamente rechazada por la vida*" (Canguilhem, 1986). Lo patológico es lo anormal, porque es la condición concreta de sufrimiento y de

impotencia, condición de una vida contrariada, detenida o congelada en la posibilidad de instituir nuevas normas. Pero, ¿dónde comienza la enfermedad? "*La frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente, pero es perfectamente precisa para un solo o idéntico individuo considerado sucesivamente. Aquello que es normal –por ser normativo en condiciones dadas– puede convertirse en patológico en otra situación si se mantiene idéntico a sí mismo. El individuo es el juez de esa transformación porque es él quien la padece en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone*" (Canguilhem, 1986).

La enfermedad es en este sentido un comportamiento para un ser vivo individual, concreto, con relación a la actividad polarizada en su medio ambiente, calificado por ese sujeto de acuerdo con su incapacidad para instituir nuevas normas de comportamiento; con lo que se puede entender perfectamente también que, si ese individuo reduce su nivel de actividad al extremo de hacerla compatible con un medio donde las variaciones y exigencias normativas fueren menores a aquel que había provocado la enfermedad, recuperaría su normalidad y nosotros estaríamos autorizados para decir entonces que la enfermedad es una nueva dimensión de la vida por la incapacidad relativa de ser normativo, y no solo una variación sobre el estado de la salud. De hecho, Canguilhem, al definir lo que se debe entender por salud, distingue con claridad que la palabra salud tiene dos sentidos; uno absoluto y otro calificado. Tomada en el primer sentido, "[...] *la salud es un concepto normativo que define un tipo ideal de estructura y comportamiento orgánico; en este sentido, hablar de buena salud es un pleonasmo, porque la salud es un bien orgánico. La salud calificada (en el segundo sentido) es un concepto descriptivo, que define determinada disposición y reacción de un organismo individual frente a posibles enfermedades. Ambos conceptos, descriptivo calificado y normativo absoluto, se distinguen tanto que el mismo hombre común dirá de su vecino que tiene mala salud o que no tiene la salud, considerando como equivalentes la presencia de un hecho y la ausencia de un valor*" (Canguilhem, 1986).

La enfermedad es por consiguiente detención, rigidez, incapacidad del sujeto para armonizar sus recursos propios con relación a un medio que le exige un nivel determinado de comportamiento, y la salud sería la capacidad de transformar las normas con relación a las condiciones individuales que le ofrece un medio determinado; en palabras de Canguilhem, un margen de tolerancia a las infidelidades del medio. El examen crítico de Canguilhem de las nociones de lo normal y lo patológico hace posible ver con claridad que, si bien las ciencias experimentales en medicina nos permiten una gran eficacia y control de los fenómenos naturales, esto no basta para hacer medicina para el hombre. El ser humano no es solo biología reducible a cuantificación y regularidad en el medio artificial del laboratorio; es ante todo una persona capaz de evaluar y elegir, capaz de significar y actuar, dotado de autonomía y capacidad psicológica y simbólica para enfrentarse e imponerse sus propias normas en un medio ambiente a menudo restrictivo y hostil. Cuando se siente enfermo puede recurrir al médico para que le dé un nombre a su experiencia subjetiva. La medicina y el médico son solo un auxiliar en su empresa de reconquistar su capacidad normativa que él denomina salud.

Referencias

Claude Bernard. *Lecciones sobre la diabetes y la glucogénesis animal*, 1877. - Georges Canguilhem. *Lo normal y lo patológico*, Siglo XXI Editores, 1986. - Claude Bernard. *Principes de Médicine experimentale*, París, PUF, 1947.

Enfermedades agudas

Horacio García Romero (México) - *Academia Nacional Mexicana de Bioética*

Concepto. Todo individuo, para tener un estado de salud biológico, psicológico y social que le permita gozar de bienestar y tener satisfacción por las labores que realiza para sí mismo y para los demás, requiere un conjunto de requisitos que favorezcan este estado. Además de las influencias de su genotipo, son importantes los factores del ambiente externo: temperatura adecuada, aire no contaminado y saneamiento ambiental; elementos biológico-sociales como una adecuada nutrición, vivienda, vestuario, reposo y ejercicio, educación y recreación, cierto grado de tranquilidad en sus labores y en sus relaciones con los que convive que eviten tensiones intensas y prolongadas. La enfermedad se presenta cuando ocurre un desequilibrio suficientemente grande entre estos factores y las condiciones genéticas, biológicas, psíquicas y sociales del individuo. El principio de la enfermedad aguda, que puede o no ser precedido por un periodo asintomático en el que la enfermedad ya existe, se manifiesta por un conjunto de síntomas leves o intensos, que pueden, como respuesta del organismo, durar pocos días y desaparecer o bien prolongarse por un tiempo largo, que en ocasiones dejan secuelas limitantes que duran varias semanas o meses o toda la vida y, por último, que pueden producir la muerte. Los factores que producen estas enfermedades agudas son,

entre otros: a) infecciosos; b) intoxicaciones por productos que alteran la fisiología o producen lesiones orgánicas; c) traumatismos por productos accidentales o intencionales, físicos o químicos; d) alteraciones previas orgánicas que pueden o no haber pasado inadvertidas, que originan lesiones y situaciones de gravedad variable: infarto cerebral, intestinal o del miocardio, úlcera péptica perforada o sangrante, ruptura de aneurisma, insuficiencia renal aguda, y otros muchos problemas en los órganos vitales; e) en la mujer embarazada puede ocurrir un trastorno agudo como embarazo extrauterino, aborto incompleto, ruptura uterina y otros; f) la obstrucción aguda de las vías respiratorias, digestivas y circulatorias por cuerpos extraños o por lesiones previas; g) traumatismos psíquicos, situaciones agudas del ambiente social que producen trastornos funcionales o somáticos.

Derecho a la atención del paciente con enfermedad aguda. El personal de salud debe estar preparado para atender estas enfermedades agudas. Esto significa que debe contar con los conocimientos y destrezas para atacar la enfermedad. Requiere además diligencia para que la atención sea oportuna y de genuino interés por el paciente que requerirá el seguimiento de su padecimiento hasta su resolución. El derecho a la atención de la salud de todos los habitantes de una región, de acuerdo con el precepto bioético de la justicia, aceptado por la gran mayoría de las naciones, exige que en las distintas áreas de un país se cuente con los siguientes elementos: 1. instalaciones distribuidas adecuadamente para dar atención de primero, segundo y tercer nivel integral, oportuna, eficaz y universal; 2. medios de comunicación entre las unidades de diferentes niveles para agilizar la atención; 3. medios de transporte para trasladar a los pacientes que lo requieran a otras unidades; 4. material y equipo adecuado; 5. áreas suficientemente amplias que permitan una esmerada atención. Las áreas de urgencias, en las que se tratarán a la brevedad posible las enfermedades agudas, contarán las 24 horas con equipo de rayos X, electrocardiógrafo, laboratorio (que incluya estudio de tóxicos), acceso rápido a la sala de operaciones, personal calificado: ortopedista, cirujano, ginecoobstetra, internista, así como los medicamentos indispensables para tratar los problemas agudos frecuentes: antihipertensivos, trombolíticos, antibióticos, entre muchos otros. El personal de salud, en la atención a una persona con una enfermedad aguda, debe tener respeto a la dignidad y a la capacidad de decisión del paciente. La información detallada sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos se hace obligatoria y debe realizarse en un lenguaje que sea comprendido por el paciente, a fin de que ejerza su autonomía y se haga corresponsable de su propia salud. En ocasiones pueden requerirse traductores de lenguas indígenas si son numerosos los pacientes que no hablan castellano, lo que ocurre en muchos países de Latinoamérica. Ante una enfermedad de pronóstico grave, el personal de salud puede elegir el momento más oportuno para informar al paciente, y dosificar la información para evitar un daño que puede ser irreparable. En todo caso se mostrará al enfermo una actitud benevolente, respetuosa y amistosa, evitando todo tipo de discriminación. Se ha aceptado universalmente que la salud es un bien de alta prioridad para el ser humano, ya que sin él no puede tener acceso a sus demás derechos y no puede cumplir con sus obligaciones dentro de la sociedad. En la mayoría de los países se ha propuesto que sea el Estado el encargado de velar por la salud de sus habitantes, y vigilar que se den las condiciones necesarias para dar vigencia a la garantía del derecho a la protección de la salud.

Preceptos bioéticos. Durante la atención de un paciente con una enfermedad aguda, es recomendable tomar en cuenta los siguientes conceptos que nos permitirán cumplir cabalmente con los preceptos bioéticos. 1. ¿Existe en este paciente algún dilema bioético que deba ser resuelto? ¿Qué estudios realizar? ¿Qué medicamentos o procedimientos terapéuticos emplear? Debe hacerse en primer término una descripción clara del problema. 2. Elementos internos o externos que acompañan a la persona o personas involucradas. Conocer las condiciones integrales del paciente: físicas, psicológicas, socioeconómicas, culturales. Esto requiere en ocasiones realizar una historia clínica ampliada, para informarse del estado de salud integral del enfermo, de su entorno, de sus relaciones familiares, de su calidad de vida, de sus expectativas. 3. Establecer las alternativas prácticas para la solución del problema. El conocimiento de la aplicación de cada alternativa debe hacerse excluyendo cualquier prejuicio respecto a la condición social, étnica, religiosa, económica o genérica del enfermo. El personal de salud debe estar actualizado en el campo que le corresponde. Los datos más confiables los encontrará en los libros y las revistas que exponen la "medicina basada en evidencias". Es esta una corriente que tiene firmes bases científicas. Cada procedimiento es analizado a fondo y comparado con otros similares. Solamente se aceptan las investigaciones publicadas si la selección de los pacientes, el proceso de su estudio y los resultados se han realizado con base en métodos científicos y estadísticos que comprueban fehacientemente la superioridad de un método diagnóstico, de un procedimiento terapéutico o de un medicamento en un procedimiento dado. Las investigaciones se han repetido con

resultados similares en diversas circunstancias y lugares, y en muchos casos su evidencia se ha ratificado mediante un "metaanálisis", que es una técnica estadística que resume los resultados de diversos estudios en un único estimador ponderado, con el cual se da un mayor peso a las conclusiones. 4. La decisión no será correcta si existen vacíos de conocimientos y los responsables ignoran las mejores alternativas para la resolución de un problema. La decisión puede basarse en el beneficio que se obtendrá en cada caso, en su costo, en la facilidad de aplicar una medida, en la posibilidad de acceso de los pacientes a la institución y en la oportunidad y facilidad de la transferencia de los pacientes a otras instituciones de salud. 5. Prever en el enfermo cuáles serían las consecuencias de aplicar cada una de las alternativas. De acuerdo con los factores internos y externos en cada caso, y conociendo a fondo los resultados que se esperan de cada medida, podrán hacerse las previsiones indicadas, incluyendo los posibles daños que cada alternativa puede ocasionar. 6. Conocer los valores y principios de las personas involucradas. Tomar en cuenta los propios valores, los del enfermo, los de los miembros de su familia, los prevalecientes en su comunidad. Quizá sea este el aspecto que requiera la reflexión más cuidadosa que deban hacer los miembros del personal de salud, reflexión que debe ser lo más objetiva, imparcial y desprejuiciada que sea posible, sin intentar imponer los propios valores del médico o de algún otro miembro del personal de salud. Si el médico se enfrenta ante un problema agudo que pone en riesgo la vida del paciente, y este no está en condiciones de manifestar su voluntad, ante la ausencia de familiares o tutores, el médico puede en pleno derecho tomar la decisión que juzgue conveniente en beneficio del enfermo. 7. Tener presentes las normas legales imperantes en el estado, región o país en el que se presenta el problema. En ocasiones una ley o una norma de jurisprudencia puede obstaculizar una toma de decisión, o bien permitirnos realizar un procedimiento que pudiera ser cuestionado por otros. Es interesante observar que en muchos países las leyes manifiestan que si el enfermo es un niño o adolescente razonable, su opinión debe ser tomada en cuenta en las decisiones sobre su tratamiento. 8. Considerando todos los puntos anteriores, el personal de salud procederá a la decisión final y a su puesta en práctica, que en la gran mayoría de los casos será la que más se acerque a lo que es bioéticamente correcto.

Referencias

M. S. Fonseca Villa. "Necesidad de un marco teórico para legislar sobre salud pública y el derecho de la población a ser atendida", México, Ed. Cámara de Diputados, 1998, pp. 297-302. - A. Martínez-Sánchez, G. Arista-López. "Condiciones necesarias para dar vigencia a la garantía del derecho a la protección de la salud", México, Ed. Cámara de Diputados, 1998, pp. 303-5. - Centro Cochrane Iberoamericano. *Evidencia clínica,* Bogotá, Ed. British Medical Journal, 2002.

Estado de afección múltiple

Carlos R. Gherardi (Argentina) - *Universidad de Buenos Aires*

Hacia un cambio en la epidemiología de la enfermedad. La existencia muy frecuente de personas en quienes coexiste la presencia simultánea de afecciones que comprometen las funciones de variados órganos y sistemas constituye una realidad cotidiana en la medicina de este tiempo. Entre las razones que explican esta nueva epidemiología se encuentran el aumento en la expectativa de vida, que se incrementó treinta años en el transcurso del siglo XX por parte de quienes tienen asegurado su derecho a la salud, por la prevención de muchas enfermedades por vacunas, por la mejoría en las condiciones de vida de la población, por la resolución de un grupo importante de enfermedades y síndromes agudos antes incurables o no tratables, y finalmente por el adecuado tratamiento de las enfermedades con alta prevalencia que, aunque con una evolución crónica, permiten su adecuado control y seguimiento. Asimismo las medidas de soporte vital que sustituyen la función de diversos órganos han permitido no solo la sobrevida crónica de algunas enfermedades (insuficiencia renal crónica terminal) sino además su aplicación como tratamiento agudo. La denominación de estado de afección múltiple comprende el registro frecuente en la actualidad de la coexistencia en un mismo paciente de insuficiencia en las funciones de varios órganos y sistemas, circunstancia que puede ocurrir casi simultáneamente por la intervención de una noxa común que los afecta agudamente o por la presencia acumulativa y sucesiva de enfermedades de evolución crónica y en tratamiento. En ambas situaciones se genera la producción de una altísima vulnerabilidad que se acentúa por la presencia cada vez más frecuente de ancianos que suman a su fragilidad existencial la mayor probabilidad estadística de posibilidades en la adquisición de nuevas enfermedades. En el paciente con una afección de naturaleza aguda, la presencia de una noxa única que, más allá de la afectación inicial de un parénquima, compromete sucesivamente y en un plazo muy breve la función de varios órganos o sistemas, se ha llamado *disfunción orgánica múltiple*. Se han identificado para su normatización siete órganos o sistemas de afectación que son: sistema respiratorio, sistema cardiovascular, riñón, sangre, tubo

digestivo, sistema nervioso e hígado. Se ha convenido incluso con una puntuación según el grado de afectación que permita el estudio de su evolución y los trabajos comparativos. Este síndrome de disfunción orgánica múltiple puede presentarse en diversas enfermedades, y su aparición depende de la reactividad del huésped, independiente de la noxa productora. Inclusive su causa está vinculada con la activación de intermediarios biológicos habituales en el organismo, muchos de ellos integrantes de los mecanismos de reacción inflamatoria, que aunque primariamente constitutivos de la cadena de defensa inmunológica, pueden transformarse en los agresores del propio organismo. El paciente en estado de vida crítico es el que habitualmente presenta estas fallas orgánicas que al aumentar en número acrecientan la gravedad de su pronóstico. La sobrevida de estos pacientes exige la aplicación de todos los métodos necesarios de soporte vital que se usan habitualmente en las salas de cuidado intensivo.

Comorbilidades, vulnerabilidad y responsabilidad moral. La existencia de un progresivo incremento del número de personas de mayor edad y el progreso médico han aumentado la presencia de lo que se ha denominado en el lenguaje médico coloquial corriente como comorbilidades (cáncer, insuficiencia renal crónica en hemodiálisis, enfermedad coronaria severa, bronquitis crónica, diabetes grave, etc.) en la historia reciente del mismo paciente que consulta por otra afección. También se agrega a esta situación el registro de una mayor prevalencia de enfermedades que perturban los aspectos cognoscitivos, como la demencia. Esta situación del adulto y del anciano conduce, luego de la recuperación de cada evento, a una exacerbada fragilidad existencial, a discapacidades permanentes, a la pérdida progresiva de su condición de autoválido, y hasta la obligatoriedad de vivir en hogares especiales y no en el seno de su familia, circunstancias todas estas que lo exponen a nuevas enfermedades y carencias que debieran ser afrontadas asistencialmente con alguna particularidad y atención especiales. La medicina pone frecuentemente mucho empeño en resolver la enfermedad presente, pero la sociedad y las políticas públicas no se hacen cargo con igual esmero de las condiciones de vida posteriores a estos episodios que generan una nueva categoría de personas vulnerables emergentes del progreso médico. Esta situación se agrava aún más cuando con ocasión de un estado crítico y con riesgo de muerte, la alta complejidad permite el uso de soporte vital (respiradores, marcapasos, diálisis, drogas) que sostiene las funciones de órganos y sistemas por periodos prolongados y genera numerosos conflictos morales cuando se instalan progresivamente cuadros clínicos irreversibles y estados vegetativos que mantienen "los signos vitales" todo el tiempo que persista su atadura tecnológica. Esta frecuente circunstancia, que por sí misma instala un estado de acentuada vulnerabilidad, provoca situaciones de compleja resolución a la hora de tomar decisiones que comprometen el pronóstico de cada paciente en particular, con relación a determinar cuál es la enfermedad fundamental, cuál es el grado de importancia del motivo que provocó la consulta y finalmente a qué médico le corresponde tomar la iniciativa para proponer la decisión. La responsabilidad moral de la comunidad en general y del Estado en particular para diseñar políticas públicas que atiendan estas situaciones debe dar cuenta de los cambios que el progreso de la medicina demanda en el *ethos* social y político frente a estas nuevas circunstancias.

Referencias

ACCP/SCCM. "Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis", *Chest* 101:1644-55, 1992. - Eric B. Larson. "La medicina interna general en la encrucijada entre la prosperidad y la desesperanza: el tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas en una sociedad que envejece", American College of Physicians. - American Society of Internal Medicine, 2001. - Carlos Gherardi. "Fin de la vida y responsabilidad pública. Vulnerabilidad, medicina y sociedad", en M. L. Pfeiffer (ed.), *Bioética. ¿Estrategia de dominación para América Latina?,* Buenos Aires, Ediciones Suárez, 2004, pp. 105-113.

Salud integral

Elma Zoboli (Brasil) - *Universidad de São Paulo*

Cómo se comprende la salud en su totalidad. La salud no equivale a la mera ausencia de enfermedades. La presencia o ausencia de enfermedades es solamente un perfil, una expresión resultante de cómo viven las personas y cómo la sociedad se estructura. La salud o la enfermedad provienen del modo de vivir de las personas, incluyendo su inserción en los momentos de producción y reproducción social. Se puede decir que la salud, más que un estado, es un proceso, proceso salud-enfermedad, determinado histórica y socialmente, pues los factores sociales, económicos y históricos no son algo externo o anexo a este proceso; más bien son sus constituyentes y determinantes. Así, la salud es el resultado de un proceso de experiencia vivida por las personas en medio de una compleja tela de relaciones sociales que fluye históricamente según lógicas específicas y distintas en las diferentes sociedades y grupos, aunque con rasgos que son universales, amalgamado por incoherencias, contradicciones, armonía,

desarmonía, equilibrio, desequilibrio, incertidumbre, permanencia, transitoriedad, novedades, encuentros y desencuentros. Esto nos lleva a hablar de salud integral. Pero ¿cómo se comprende el término 'integral' en la salud? Integral se relaciona con *hólos,* adjetivo de la lengua griega cuyo sentido se liga a totalidad, unidad. Así, un entendimiento corriente de la palabra integral es completo, global. Se puede pensar que añadir el adjetivo integral a la expresión salud comprendida en su carácter procesal sea innecesario o redundante. Pero el término integral, con el sentido de global, añadido a la palabra salud, plantea entre otras la cuestión de las relaciones de los seres humanos con la biosfera. Potter, en su obra *Global Bioethics* (1988), defendió la integración de la bioética médica con la bioética ecológica para la "supervivencia aceptable" de la humanidad. En este sentido, el autor destacó la interrelación de los problemas individuales, sociales y de las poblaciones, como la importancia de las visiones de corto y largo plazo para lograr la salud individual, la supervivencia de las especies, un ambiente salubre y un ecosistema saludable. Así, la salud abarca las relaciones interpersonales, la relación de la persona con la sociedad y las relaciones con toda la comunidad biológica. O sea, añadir integral al término salud plantea, de manera positiva, que el ser humano es parte de una biosfera con la cual mantiene una relación de interdependencia y que esta biosfera es afectada, al modo de lo que ocurre con las personas, por el modo de vivir de las sociedades. Plantea también que el aspecto histórico del proceso salud-enfermedad no se reduce al pasado que explica los cuadros de morbimortalidad presentes, sino que también se extiende hacia el futuro y abarca nuestra responsabilidad con las generaciones futuras.

Cómo se comprende la atención integral de la salud. El concepto de salud integral implica una visión más amplia de las necesidades de salud de las personas y de los grupos, que han de ser cubiertas. Si la salud es comprendida como derecho de la ciudadanía, la atención integral de la salud es tratar, respetar, acoger, atender a las personas, a los ciudadanos en su sufrimiento y alegría, que son, en gran medida, fruto de la correlación entre las potencialidades y las fragilidades consecuentes de su inserción histórico-social. Se debe asegurar a las personas atención a su salud, desde los niveles más simples hasta los más complejos, desde la vertiente individual hasta la colectiva, incluyendo las acciones de atención curativa y de promoción de la salud y comprendiendo la totalidad que conforman los hombres, las mujeres y las colectividades que, en sus singularidades marcadas por la compleja tela de relaciones sociales y ecológicas en que viven, buscan asistencia en los servicios sanitarios. Asumir la salud integral como principio orientador y organizador de las prácticas sanitarias plantea un desafío para los profesionales y los servicios, pues estos tienen que dirigir su horizonte no solamente hacia el "éxito técnico", sino también hacia el "suceso práctico", a medida que se incluye en la comprensión de salud el ámbito de las relaciones (Ayres, 2001). Como toda palabra que expresa una calificación, 'integral' y, por consecuencia, salud integral y atención integral a la salud no se presentan solamente como retos a los cuales se llega como punto de culminación de un camino, sino que se presentan como el propio camino que nunca llega a su final puesto que lleva a muchos otros (Xavier y Guimarães, 2004). Esta nueva mirada exige una transformación de la acción hacia el cuidado, o sea que el profesional no actúa más sobre el "otro" como si este fuese un "objeto" de su atención; al revés, interactúa con un "sujeto de relaciones" (Ayres, 2001).

Salud integral, bioética global y el enfoque del cuidado. Potter (1971) propuso la expresión bioética para describir la amalgama de valores éticos y hechos biológicos. Años después de proponer el neologismo, cuando definió la bioética global (1988), el autor reiteró la defensa de la conexión entre todas las formas de vida y llamó la atención sobre nuestra responsabilidad por la supervivencia de la humanidad y la preservación de la biosfera. Rescatando el legado de la ética de la Tierra de Aldo Leopold, Potter afirmó entonces que la ética del cuidado, propuesta en los estudios de psicología moral de Carol Gilligan, en 1982, se presentaba más congruente con su entendimiento de bioética, pues abarca las ideas de interconexión y de responsabilidad mutua. El autor correlacionó la ética del cuidado y la bioética definiendo la bioética global como el resultado lógico del impacto de la visión femenina de la ética sobre la bioética médica y la bioética ecológica. Según Potter, la ética de los individuos o de los principios, dominada por la visión masculina, plantea los problemas morales como conflictos de derechos individuales y, para ser congruente con las ideas de conexión entre todas las formas de vida heredada del legado de Leopold, hace falta la comprensión del problema moral como una ruptura en la red de responsabilidades mutuas, que es más propia de la visión femenina de la ética del cuidado. La ética del cuidado es capaz de comprender mejor el sentido de la vida y de la Tierra, del legado de Leopold, al extender la visión femenina del cuidado, de la responsabilidad mutua y de la interconexión hacia todos los seres vivos, los ecosistemas y la humanidad, especialmente las generaciones futuras. La base de la bioética global radica en la responsabilidad mutua, y no en los derechos individuales. Potter comprendía que la propuesta de la

bioética global basada en la ética del cuidado haría posible no solo modificar el énfasis puesto por la bioética médica en el sobrevivir individual, sino también haría posible fomentar la paz y la preservación de la biosfera. Hace falta a la bioética ampliar sus comprensiones de los valores humanos para incluir el tercer estadio de la ética, en el cual la supervivencia de las especies, de los ecosistemas y de la humanidad es contrabalanceada con los derechos de los individuos. La responsabilidad mutua y la ética del cuidado son las marcas necesarias para la promoción del bienestar y la supervivencia de las especies. En la bioética global, la bioética permanece como lo que fue desde su proposición primera: un sistema moral basado en el conocimiento de los hechos biológicos y de los valores humanos, con la especie humana aceptando su responsabilidad por su propia supervivencia, por los seres vivos, por la Tierra y por la preservación de la biosfera. El reto para la bioética global es la salud integral en todos sus sentidos: de cada hombre, mujer, niño o niña individualmente y también de todas las personas y no solamente para unos pocos privilegiados. Todo esto se halla comprendido en el tercer momento de la ética: la ética de la Tierra. Para la bioética global la salud integral es la "*salud personal*" (Potter, 1988), o sea la propiedad de una persona responsable, consciente y sensible que es activa en la manutención y en la mejoría de su propia salud mental y condición física, y a la vez se involucra para que esto sea posible para todas las personas, para todos los seres vivos y para la Tierra, con la promoción de una sociedad inclusiva, una biosfera saludable y ambientes salubres.

Referencias

José Ricardo Ayres. "Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde", *Ciência & Saúde Coletiva,* Vol. 6, Nº 1, 2001, pp. 63-72. - Carol Gillighan. *In a different voice: psychological theory and women's development,* 31ª reimpr., Cambridge (Mass.), Harvard University Press, 1998. - Van Rensselaer Potter. *Bioethics: Bridge to the future*, New Jersey, Prentice-Hall, 1971. - Van Rensselaer Potter. *Global Bioethics: building on the Leopold legacy*, Michigan, Michigan State University Press, 1988. - Caco Xavier, Cátia Guimarães. "Uma semiótica da integralidade: o signo da integralidade e o papel da comunicação", en Roseni Pinheiro, Ruben Araújo Mattos (orgs), *Cuidado: as fronteiras da integralidade,* São Paulo, Hucitec, IMS, UERJ, Abrasco, 2004, pp. 133-155.

Modos de enfermar y conceptos de enfermedad

Miguel Kottow (Chile) - *Universidad de Chile*

Salud. La cercanía etimológica entre lo santo y lo saludable –insinuada en español pero más conservada en la dupla *heil/heilig* del alemán y *holy/healthy* en inglés– insinúa la fuerte carga valórica y la imprecisión semántica del término salud. En la práctica, el bienestar corporal podría indicar la condición de salud, aunque la correspondencia es muy laxa, pudiendo darse bienestar aunque exista una enfermedad oculta –lantánica–, o una sensación de malestar sin que se detecte una patología determinante (Feinstein, 1963). Mientras más acucioso el examen, más probable es encontrar alguna anomalía, y la incorporación del diagnóstico genético hará muy improbable la asignación objetiva de salud como ausencia de alteraciones biológicas. Leriche indicaba que salud es el silencio de los órganos, en tanto Canguilhem (1966) apuntaba que la salud significa que el sujeto no toma conciencia de su cuerpo. Curada una enfermedad, el organismo no retorna al estado de salud prístina, no existe la *restitutio ad integrum* (Goldstein, 1995), ni recupera la normativa –la regulación de su existencia– premórbida, sino que se sitúa en una nueva normativa vital. Ni se está en la salud, ni se vuelve a ella. El concepto de salud es más apto para el lenguaje político, donde se habla con propiedad de salud pública, de ministerio de salud, de políticas de salud, y que se refleja ejemplarmente en la definición de salud promulgada por la OMS, según la cual salud es, amén de ausencia de enfermedad, un estado de bienestar físico, psíquico y social. Con esta definición, la salud escapa del ámbito de la medicina, pero tampoco logra comprometer otros programas de acción pública destinados a cumplir lo proclamado. El estado de salud no puede seguir siendo materia opinable, pues la medicina que se anuncia a futuro, la predictiva como la desiderativa, enfila un nuevo camino donde recibe encargos de modificar biológicamente organismos –genes, embriones o seres humanos maduros– sin que medie una enfermedad a tratar, una disfunción a regular o una malformación a reparar. Ya existen procedimientos quirúrgicos, y a poco andar genéticos, donde la medicina actúa sobre cuerpos que no están enfermos a objeto de producir modificaciones sobre estados de salud, requiriendo la redefinición de los límites entre salud y enfermedad. Estos procesos se están desarrollando al mismo tiempo que las garantías de atención médica estatal se reducen y florece el mercado sanitario. La medicina se vuelve un servicio de alto costo que, además de obedecer a requerimientos terapéuticos, se ofrece para satisfacer deseos idiosincrásicos, anunciando que las desigualdades económicas redundarán en diferencias biológicas favorables y ventajosas para los pudientes. Se profundiza aún más la brecha entre medicina compleja para pudientes y la más elemental a que pueden aspirar los desposeídos.

Enfermedad. El concepto de enfermedad tiene dependencias culturales muy acentuadas, que han

decantado en una visión ontológica y otra fisiológica (Caplan et ál., 1981). La primera ve el proceso mórbido como una entidad real, al modo de las ideas platónicas, que invade el organismo humano, debiendo ser extirpada terapéuticamente. Es el lenguaje de la medicina cientificista que reconoce casos de cuerpos afectados según una nosología clasificatoria y no se ocupa de las vivencias que el paciente experimenta. El concepto fisiológico de enfermedad, por su parte, evalúa normalidad-alteración en relación con los parámetros típicos para el grupo –etario, genérico, racial– a que el afectado pertenece. Aquí convergen ideas nosológicas muy variadas, desde el equilibrio humoral de Hipócrates, la armonía microcósmica de Paracelso y la homeostasis de Bernard, donde parecería fácil trazar la línea divisoria entre norma y desviación para distinguir enfermedad de salud. Sin embargo, el criterio médico exige conocer la sensibilidad y la especificidad de los exámenes de laboratorio antes de confiarles la capacidad de distinguir entre patología y variante normal. En este terreno proliferan asimismo las medicinas alternativas que entienden enfermedad en términos de desarmonía, de descompensaciones energéticas, de excitación o inhibición. La medicina científica contemporánea se inclina más bien por el modelo fisiológico, pero la práctica médica opta por la perspectiva ontológica y su lenguaje bélico, erradicando enfermedades, combatiendo infecciones, extirpando tumores, mutilando el cuerpo, bombardeando células. La bioética no logra asimilar su discurso a las visiones médicas concentradas en el cuerpo vivo para las cuales son externos y secundarios los valores éticos subjetivos que provienen de relaciones sociales y convenciones (Evans, 2001) y que constituyen el cuerpo vivido. La narrativa anamnésica, que tiende un puente entre la subjetividad del paciente y la objetividad médica, es también reducida en su diversidad a un lenguaje más dúctil a las acciones del terapeuta (Puustinen, 1999). La brecha entre cuerpo enfermo vivido y cuerpo enfermo vivo no logra cerrarse en tanto el concepto de enfermedad no incorpore la dimensión subjetiva del paciente. El estado de enfermedad no corresponde únicamente a un padrón clínico-científico; en buena medida se constituye como la relación del enfermo consigo mismo. Solo hay enfermedad en tanto el afectado reconoce estar en un estado de desmedro organísmico que no le permite solventar su existencia y requiere ayuda externa para su remoción. La autonomía del afectado se ancla en la vivencia de enfermedad y en la decisión de volverse paciente a través del ingreso en un encuentro clínico con el terapeuta. La relación médico-paciente es voluntariamente asumida por el sujeto enfermo, y fundamenta la extensa doctrina de la autonomía del paciente, que incluye la decisión informada, la relación fiduciaria, el derecho de negarse a tratamientos o de suspenderlos. Se cautela de este modo la convivencia del cuerpo vivido en cuanto forjador del proyecto existencial, con el cuerpo vivo que determina las posibilidades y limitaciones de realizarlo, y las modificaciones que la enfermedad y sus consecuencias puedan significar para el modo y la calidad de vida del afectado. Todos estos momentos de autonomía quedan cuestionados por una medicina cientificista que trata con el cuerpo vivo en desatención de la subjetividad vivida por ese cuerpo. En busca de eficiencia económica, la medicina administrada, de la cual la medicina basada en evidencia es una variante, elabora esquemas y catálogos que transforman las enfermedades en episodios-tipo con respuestas terapéuticas normadas. De este modo, el concepto de enfermedad se vuelve subalterno a consideraciones económicas, las indicaciones quirúrgicas subsidiadas pasan por una rasante que cercena coberturas, las hospitalizaciones se norman por categorías nosológicas y no por las necesidades individuales del paciente. Las enfermedades son clasificadas como catastróficas menos por su gravedad que por la carestía de los tratamientos, y los protocolos de investigación se comprometen a tratar solo aquellas enfermedades que ocurran por causa de la investigación, dejando sin resguardo a las intercurrencias casuales. El golpe de gracia al paciente como sujeto de enfermedad se da en estudios clínicos con placebos o terapias subdosificadas, negando a los pacientes los tratamientos vigentes, dando preferencia a padrones científicos por sobre los terapéuticos.

Visiones de la enfermedad. En la actualidad se dan dos visiones de enfermedad: una desde la antropología médica que la describe como un accidente existencial, otra desde la medicina de mercado que entiende enfermedad como una demanda de servicios. Como la mercantilización de bienes y servicios va a costa de los más desposeídos, es de temer que la atención médica en países menos desarrollados se polarice en favor de los pudientes y en desmedro de las poblaciones insolventes. La comprensión patogénica de las enfermedades se inclina hacia la genética y hacia el medio ambiente, la primera incubando una medicina sofisticada de alto costo, la segunda criticando estilos de vida para así abrir paso a la autorresponsabilidad sanitaria que sirve de excusa para liberar de coberturas médicas a las instituciones aseguradoras y cargarlas a los afectados. Se produce una tijera donde enfermedad es un estado insuficientemente protegido y costoso de solventar, confirmando que pobreza y enfermedad se condicionan recíprocamente en un círculo vicioso que no podrá ser fragmentado sino por la intervención sanitaria protectora del Estado. El concepto de enfermedad se triangula entre

el afectado, la medicina y la sociedad. El individuo padece un malestar que el médico explora y cataloga como enfermedad, pero es necesaria la concurrencia de la sociedad para llevar a cabo las medidas terapéuticas y restitutivas necesarias. La medicina es una práctica social que administra los estados de enfermedad –hospitalización, licencia laboral, discapacitación, rehabilitación– en concordancia con otros valores societales y culturales. La sociología sistémico-funcional entendió el enfermar como la asunción de un rol, y mientras Susan Sontag detectó su enorme carga metafórica, la bioética anglosajona describió la enfermedad como una pérdida de oportunidades sociales (Daniela, 1996). En todas estas concepciones el individuo enfermo queda entregado a las fuerzas sociales que definen y enfrentan la enfermedad desde perspectivas impersonales. Entre los desposeídos, la enfermedad es un hundimiento existencial tanto más definitivo mientras más desprotegidos los enfermos.

Referencias

G. Canguilhem. *Le normal et le pathologique*, París, PUF, 1966. - A. L. Caplan, H. T. Engelhardt Jr. & J. J. McCartney. *Concepts of health and disease*, Reading, Addison-Wesley Publ. Co., 1981. - N. Daniels. *Justice and justification*, Cambridge, Cambridge University Press, 1996. - M. Evans. "The 'medical body' as philosophy´s arena", *Theoretical Medicine and Bioethics,* 22: 17-32, 2001. - K. Goldstein. *The organism*. New York, Zone Books, 1995. - A. Feinstein. "Boolean algebra and clinical taxonomy", *The New England Journal of Medicine*, 269: 929-938, 1963. - R. Puustinen. "Bakhtin´s philosophy and medical practice - Towards a semiotic theory of doctor-patient interaction", *Medicine, Health Care and Philosophy,* 2:275-281, 1999.

Experiencia de enfermedad y narración

Isabel del Valle (Argentina) - *Asociación Argentina de Ginecología y Obstetricia Psicosomática*

La enfermedad como ruptura del mundo y el rescate de la subjetividad. La enfermedad es una problemática vital densa que trasciende los límites materiales del cuerpo para impactar en el núcleo íntimo de la vida del hombre. Perturbaciones en la imagen corporal, discapacidad, deterioro de la función social, declinación en la autoestima, rechazo, vergüenza, estigma... son algunos de sus motivos vivenciales. Es un proceso de alteración subjetiva que cuestiona la unidad imaginaria e integrada que el sujeto tenía de sí y lo deja expuesto a la estrechez de la condición humana, con sus componentes irracionales de angustia, esperanza y fantasmas de finitud. A su vez, trastoca las certezas y supuestos de la cotidianidad por sensaciones de fragmentación e incertidumbre. A partir de la enfermedad, el mundo se experimenta distinto. La enfermedad compromete no solo un cuerpo sino una historia de vida. Byron Good, desde las categorías de análisis fenomenológico, demuestra el cambio del sentido de realidad que la enfermedad produce en el sufriente. Elaine Scarry llama "desestructuración del mundo" a ese trastoque de la experiencia encarnada. Sin embargo, el paradigma biomédico –representación dominante de la enfermedad en la sociedad occidental– es un discurso objetivo del espacio corporal, sobre el cuerpo o sobre una parte del mismo en tanto objeto físico. La dominancia del biologicismo excluye la consideración de la subjetividad y de lo sociocultural como otros niveles explicativos del proceso y posiciona la enfermedad en un estatuto de extraterritorialidad respecto del sujeto, la sociedad y la historia. Integrar la categoría de la subjetividad como factor inseparable de la enfermedad es cuestionar el paradigma objetivista de la biomedicina. Los límites del discurso biologicista dejan insatisfecha la aprehensión de otros niveles de sentido. En esta competencia de saberes y discursos –enfermedad experienciada subjetivamente y enfermedad objetivada científicamente–, la subjetividad particular queda postergada. La aprehensión experiencial de la enfermedad supone contactarse la porción más íntima y primaria de lo humano (dolor, placer, erotismo, misterio, trascendencia) donde el sufrimiento se erige como arquetipo de subjetividad. Las voces anglosajonas refieren claramente a esa concepción dual de enfermedad (*disease*: enfermedad científicamente observada, cuantificada y objetivada, con exclusión de lo subjetivo y sociocultural; *illness*: experiencia subjetiva de la enfermedad). Las corrientes antropológicas interpretativas privilegiaron la categoría de la subjetividad para optimizar la comprensión de la enfermedad desde el lugar de quien sufre: Fábrega (1977) atendía a los comportamientos socioculturales conectados con la enfermedad sin inclusión del sujeto; para Eisenberg (1977) *illness* designa esa vivencia subjetiva singular e intransferible; según Conrad (1987), la experiencia de enfermedad implica la convivencia con la misma en términos de cotidianidad; Arthur Kleinman (1998) y Byron Good (1994) señalan la importancia de comprender la enfermedad desde el lugar del doliente y, mediante las "narrativas de padecimiento", integrar esa subjetividad postergada.

El sufrimiento humano. El sufrimiento es una experiencia fundante, una huella emocional que cambia la textura interna del sujeto y desgarra la íntima coherencia de la propia existencia. Nadie es igual después de haber sufrido. En el sufrimiento se despliega toda la dimensión humana. Todo sufrimiento es portador de sentido y abre a la necesidad de comprensión. Según Víctor Frankl, si se bloquea esa búsqueda de significado, se

aniquila la voluntad de vivir. El padecer forma parte de una realidad a ser expresada e interpretada. Desde la Antigüedad se vio en el sufrimiento un incentivo para la creación. La enfermedad fue, para muchos, la directriz inspiradora de la producción artística. Mucho le debe la obra de Edgard Munch a la tuberculosis que devastó a su familia. Y la de Frida Kahlo, que trasmutó en forma y color su realidad de dolor y sangre. Si la enfermedad promueve la creación artística, la enfermedad en sí misma es creación, personal e intransferible. El sufrimiento hace de la enfermedad una obra singular. La personaliza otorgándole nombre propio. El sujeto la subjetiviza según biografía, valores, creencias y significados sociales, y a través de esa otorgación de sentido personal es que se apropia de la enfermedad. La interpretación que atribuya a lo que le está pasando, con su propia carga simbólica, es ajena al cauce interpretativo de la razón científica. La violencia simbólica de la enfermedad impone al sujeto la necesidad de reorganizarse internamente y resignificar aquello que acontece desde la perspectiva del propio padecer.

La narratividad como inherente a la condición humana. Todo relato de una acción conforma una narrativa. Está en el hombre la necesidad de contar historias como modo primario de organizar, interpretar y atribuir sentido a su experiencia en el mundo. Concebir la vida como biografía es pensarla como relato, como espacio textual donde el sujeto, en tanto escritor de sí, conforma su propia identidad. La narrativa es una mediación simbólica en la otorgación de sentido y conformación de una subjetividad particular. Es el recurso para convertir un caso particular en historia narrada. Como ser hermenéutico, portador de historias en busca de sentido, el relato es esencial en ese proceso de conformación de la persona y su subjetividad, un recurso para la comprensión del mundo y de sí; de ahí la existencia de narrativas explicativas del origen del mundo, del hombre, mitos de origen y fin, desde donde se conforman identidades personales y colectivas. Así como configura narrativamente el relato del cuerpo o del amor, narrativamente también configura el de la enfermedad. Inicialmente el sujeto se vincula a la enfermedad mediante su propia narrativa, a través de la elaboración de un modelo explicativo autorreferencial, un relato oral o escrito, con ordenamiento lógico-temporal de eventos en búsqueda de sentido. La relación médico-paciente descansa en un encuentro narrativo entre ambas partes, en el que el enfermo se hace relator y oyente de su propia historia. De tal manera, las categorías de narratividad-trama, argumento, temporalidad y sentido –propias del ámbito de la teoría narrativa– contribuyen a la comprensión de la problemática de la enfermedad, diferente de la racionalidad técnica y el objetivismo científico.

El caso como recurso narrativo. Las narrativas del padecimiento (patografías) son modelos explicativo-narrativos, enunciados por el mismo sufriente en secuencia narrativa lógica con intencionalidad de otorgar sentido a ese mundo propio deconstruido por la enfermedad. Inserta la experiencia del propio padecer más allá del cuerpo, en un lugar y tiempo vital concretos, en relación con otros sucesos particulares y sociales, y desde la perspectiva del doliente. De tal manera, el caso, como procedimiento narrativo de autoatribución de sentido, tiene un alcance restitutivo y catártico pues, en el intento imaginario de ceñir y resignificar el sufrimiento, permite la expresión de significados personales del padecer y favorece la reintegración del sujeto consigo en una unidad imaginaria. En la versión de Gide, Filoctetes afirma "[...] *me he dedicado a narrar la historia de mis sufrimientos, y cuando mis frases son hermosas siento un gran consuelo; a veces hasta me olvido de mi tristeza al darle expresión*".

El acceso a la enfermedad mediante el texto literario. El caso es el germen para el desarrollo de una narrativa ficcional. Hay tantas representaciones internas de enfermedad como sujetos enfermos. La literatura refleja la enfermedad interiormente fantaseada, vitalmente experimentada; y, a través de las narrativas de la enfermedad, hace su contribución a la comprensión del sufrimiento en una existencia y un contexto particulares. La actitud narrativa-explicativa del mundo y la vida encuentra su modelo más acabado en el paradigma literario: "[...] *la verdadera vida, la vida al fin descubierta y dilucidada, por lo tanto, realmente vivida, es la literatura*" (Marcel Proust). Del relato imaginario emerge la voz del enfermo, postergada o ensordecida por el discurso médico. Esa subjetividad reivindicada aflora desde los aspectos fenoménicos del estar enfermo: cómo sigue la vida y qué queda de lo vivido a partir de la enfermedad, qué significa estar enfermo para cada uno, cuáles son las preocupaciones dominantes, qué sentido le otorga el afectado, qué espera de la ayuda médica, cómo lo mira la sociedad, son algunos de los interrogantes de quien está enfermo. A su vez, el texto narrativo muestra las representaciones y significados sociales de la enfermedad y salud en las distintas culturas, que posicionan al sujeto en el lugar de desviado y moldean su vivencia. La enfermedad está presente en el cuerpo y es experimentada como cambio en el mundo de la vida. Para John Updike, "*la enfermedad y el dolor son preocupaciones agotadoras para la persona que los padece*".

Texto, drama y conciencia moral. La novelística bucea ese mundo privado de incertidumbres, plurales significaciones, ambivalencias y situaciones dilemáticas donde la pérdida es el motivo vivencial. La voz sufriente deja al descubierto la soledad emocional en la que lo sumergen la falta de información y la mentira, la portación de diagnósticos estigmatizantes que amenazan la identidad, los trastornos en la imagen corporal, la red de vínculos familiares y sociales tensionados desde relaciones desiguales de poder. La subjetividad como emergente del texto literario optimiza la comprensión del proceso salud-enfermedad al advertir la condición de sujeto sufriente que habita en cada enfermo. En los miedos, pérdidas, incertidumbres, cuestionamientos y conflictos de los personajes ficcionales, el médico reconocerá las vivencias encarnadas de sus pacientes y, desde esa comprensión, podrá acompañarlos tanto en el proceso de elaboración del propio morir como en la toma de decisiones morales ante situaciones dilemáticas dentro de su contexto de vida. Al contactar con el conflicto, la tragicidad y la ambigüedad humanas, el encuentro interpretativo-narrativo médico-paciente se verá enriquecido en la posibilidad de ofrecer alivio al sufrimiento y en el reconocimiento, respuesta e integración de los aspectos de la vida moral en el quehacer profesional. La enfermedad novelada promueve en el médico la conciencia moral y la introspección crítica de su gestión. Tal objetivación facilita el conocimiento de sí, del enfermo y la optimización de la práctica. En su aproximación al interior del proceso salud-enfermedad, la alianza literatura-medicina promueve un intercambio simétrico entre los actores, desde donde la perspectiva de cada uno, su sistema de valores, espiritualidad y creencias sean respetados. La vida está atravesada por la ética y la narrativa pone la ética en un contexto. No hay relato moralmente neutro. Los modelos narrativos de enfermedad y muerte –"casos" o "narrativas literarias de ficción"– ponen en evidencia la vulnerabilidad humana y promueven interrogantes fundacionales –quién soy, qué es la muerte, qué sentido tiene la vida–. Tales respuestas, a la vez que otorgan sentido a la experiencia de la enfermedad y promueven un pensamiento reflexivo sobre la propia existencia, implican un posicionamiento ético al ensayar valoraciones, juicios de aprobación o condena desde tramas testimoniales o de ficción. Desde la subjetividad particular, la elaboración de historias particulares responde a la necesidad de internalizar, semantizar y resignificar la experiencia con simbolismo y sentido personal. El hombre es más dueño de sí cuando alcanza la comprensión de su padecimiento. La narrativa de vidas imaginarias es una herramienta de la bioética para advertir la dimensión ética de la vida y la muerte en el marco de una biografía y cultura, contribuyendo al ejercicio humanizado de la práctica médica. La narrativa, como una mediación simbólica entre la experiencia vital y la significación, es una aproximación a la comprensión de la enfermedad por un camino diferente al abordaje parcial del paradigma biomédico.

Ética y narrativa. La producción narrativa es un intento de reintegración imaginaria ante el efecto desintegrador de la enfermedad. La experiencia de estar enfermo es un tránsito hacia una síntesis más sensible de lo humano. "*La experiencia crea arte por diversos procesos*", sostiene el romano Manilio. La narrativa literaria es la transmutación estética del sufrimiento. "*Es en caliente que hay que hablar del sufrimiento físico. Es sobre el propio campo de acción, en su mismo momento que conviene captarlo* [...]. *Por lo violento e imperioso que sea el sufrimiento físico. Cuando cesa se convierte pronto para la memoria en un mal recuerdo. Por lo tanto no deberían describirse ni analizarse sus efectos después de su finalización. Es en el mismo momento en que taladra, cuando roe, cuando destruye que resulta necesario aprehenderlo. Se debe hablar de enfermedad durante el momento en que uno está enfermo*" (Raymond Guerin). La narrativa recobra la dimensión sufriente de la persona enferma, relegada por la medicina, y respecto de la cual la ética médica es un reflejo del cambio en el abordaje de la enfermedad y del sujeto en crisis. Particularmente, la novelística de la enfermedad construye un paradigma de un estilo de razonamiento ético. Así se observa en las siguientes obras narrativas: *Una muerte muy dulce, La ceremonia del adiós*, de Simone de Beauvoir; *La muerte de Iván Ilich*, de Tolstoi; *Pabellón de cáncer*, de Alexander Solzhenitsyn; *La montaña mágica,* de Thomas Mann; *Pabellón de reposo,* de Camilo José Cela; *Marianela,* de Benito Pérez Galdós; *La sombra del ciprés es alargada,* de Miguel Delibes; *La perorata del apestado*, de Gesualdo Bufalino; *Memorias de Adriano*, de Marguerite Yourcenar; *El amor en los tiempos del cólera* y *El coronel no tiene quien le escriba*, de Gabriel García Márquez; *Paula*, de Isabel Allende; *La brasa en la mano* y *La otra mejilla,* de Hermes Villordo; *Antes que anochezca,* de Reynaldo Arenas; *Sin rumbo, El mal metafísico* y *En la sangre*, de Eugenio Cambaceres; así como en los cuentos de Eduardo Wilde, Horacio Quiroga (*La meningitis y su sombra*, *La gallina degollada, Una estación de amor*) o Julio Cortázar (*La salud de los enfermos, La señorita Cora, Reunión)*.

Referencias

Jean Clavreul. *El orden médico,* Barcelona, Argot, 1983. - Eric Cassell. *The nature of suffering*, New York, Oxford University Press, 1991. - Byron Good. *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective,*

Cambridge, Cambridge University Press, 1994. - Arthur Kleinman. *The illness narratives. Suffering, healing & the human condition*, Basic Books, 1988. - François Laplantine. *Antropología de la enfermedad*, Ediciones del Sol, 1999. - Rita Charon, Joanne Trautmnan Banks. "Literature and Medicine: contributions to clinic practice", *Annals of Internal Medicine*, Vol. 122, Nº 8, 1995, pp. 599-606.

Espacios arquitectónicos para la salud

Carlos Quaglia (Argentina) - *Espacios en Salud*

Introducción. Los países en desarrollo y/o de economías dependientes están atravesando por una época de transformaciones, con cambios sociales, en la que la población se está haciendo consciente de sus derechos, entre los cuales no escapa el de gozar de un alto grado de salud. Esto, unido a los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos, la presencia de iniquidad en las condiciones y acceso a los servicios, la ineficiencia en la asignación de recursos y en la gestión, la deficiencia en la calidad y las dificultades de sostener algunos servicios, ha creado, frente a una demanda consciente de la población, la necesidad de responder con propuestas efectivas, razonables y sustentables en el campo del diseño de servicios de salud que respondan a una concepción acorde con los Derechos Humanos de los ciudadanos. No hay espacio ni tiempo para las propuestas retóricas –que abundan, por otra parte–. A mediados de la década de los noventa muchos de los países de América Latina habían iniciado o se encontraban considerando iniciar reformas del sector salud. En una reunión internacional convocada al efecto se definieron las reformas en salud como "*un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión, y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de Salud realizada durante un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan*" (OPS, 1997). Entendemos como reforma aquella que considera cambios substanciales en el sistema de salud imperante, y no las ya conocidas acciones "reformistas" que solo son intentos vacíos de cambios estructurales.

Toda obra arquitectónica es fundadora de futuro. La reforma enunciada tiene en la remodelación, ampliación y/o construcción de edificios hospitalarios consecuencias sociales tanto en forma inmediata como a largo plazo –el edificio supera en tiempo al programa que lo genera–. Las respuestas arquitectónicas en los espacios para la atención de la salud se presentan –en la generalidad de los casos– como "soluciones únicas": se construyen proyectos personalizados sin tener en cuenta su interrelación con los demás efectores tanto a nivel del espacio geográfico urbano o rural o en su participación dentro de los distintos subsectores (público, obras sociales y privado), sin observar que los hechos ocurren al mismo tiempo en un mismo espacio. Dice Umberto Eco: "*El arquitecto está condenado, por la propia naturaleza de su trabajo, a ser quizás la última y única figura humanista de la sociedad contemporánea, está obligado a pensar la totalidad, justamente en la medida en que se convierte en técnico sectorial, especializado, pero en operaciones específicas y no en declaraciones metafísicas*" (Eco, 1967). El futuro es incierto: "*Sin incertidumbre no hay progreso*". Los gobiernos, como autoridades responsables de los programas de desarrollo en gran escala y a largo plazo, son los indicados para desarrollar las guías y normas para la programación funcional, diseño y construcción de las instalaciones sobre una base racional y amplia de manera de dar los lineamientos sobre los cuales montar las propuestas arquitectónicas. El futuro está en gran parte en sus decisiones. Esto requiere construir conjeturas fundamentales sobre él. Planteamos, como señala Clement Bezold, dos conjeturas fundamentales sobre el futuro que coinciden con el hecho arquitectónico: Primera. "*El futuro es incierto. No existe una proyección única y segura del futuro de la salud y de la atención de la salud* [...] *La comprensión de las tendencias claves y de los futuros alternativos para las condiciones de salud, la atención de la salud, nuestras organizaciones y nuestras comunidades pueden enriquecer nuestra eficacia y creatividad* [...]". Segunda. "*Elegimos y creamos los aspectos fundamentales del futuro con lo que hacemos o dejamos de hacer* [...] *Las visiones y estrategias vinculadas a una noción clara de las tendencias y escenarios nos vuelven más hábiles en la configuración del futuro que preferimos*" (Bezold, 1998). Todo proyecto en salud implica la integración de cuatro elementos: tendencias, escenarios, visiones, estrategias. Los escenarios son compilaciones de tendencias en diversas imágenes del futuro. Visión es una expresión inspiradora del futuro preferido de quien proyecta y se adhiera a ella y se compromete en el acto creativo. Las estrategias son un conjunto de acciones integradas y que emprendemos para lograr nuestra visión. Los programas médicos y arquitectónicos son la representación posible de escenarios con una visión "inspiradora de futuro". La propuesta de un "diseño sistémico" en el campo de la arquitectura hospitalaria es una estrategia que propone ordenar los espacios arquitectónicos en una estructura espacial orgánica, de manera de configurar el programa médico y arquitectónico dentro de ella y responder a la vez a una planificación

arquitectónica que contemple los cambios y/o transformaciones en el tiempo y en el espacio. Una de las principales herramientas que nos permiten acercarnos a trabajar en el campo de la arquitectura hospitalaria sobre un panorama de transformaciones que la hagan permanecer viva en el tiempo es el diseño sistémico, que considera un edificio para la salud como parte de una malla espacial –independiente de su nivel de resolución–, dentro de un contexto regional y/o local, constituida por los servicios destinados a la atención de la salud (red de atención); de manera que cuando se produce en un nudo de la malla un proceso de cambio, la mayor parte de toda la trama espacial puede acompañarlo adaptándose a las nuevas condicionantes. La respuesta arquitectónica en salud a estos conceptos es lo que denominamos espacios modulares sistémicos. Nuestra visión se basa en que frente a un panorama de transformaciones imprescindibles en el sector, producidas por condicionantes exógenas (factores políticos, ideológicos, históricos, culturales, económicos...) y las que tienen que ver con los existentes en el propio sector (científicos, tecnológicos...), requieren modelos arquitectónicos que respondan a un panorama inmerso en el concepto de incertidumbre programática. Incorporamos como elementos concurrentes los términos "salud-arquitectura" y "salud-enfermedad" en el decir de Barrenechea, Trujillo y Chorni (1990): "*El abordaje estratégico que se elabora en estas notas se centra en procesos de la naturaleza del fenómeno salud-enfermedad y el de definir y administrar estrategias para su control, que se inscriben plenamente en el devenir social, y pretenden enfrentar el conflicto, la complejidad, la incertidumbre y la historicidad que son inherentes a esos procesos. Reconoce, además, que las variables que determinan y condicionan esos procesos no son todas identificables y que en su gran mayoría no son controlables por los actores interesados en el cambio. En el límite se trata de dirigir lo no dirigible*".

La historicidad. La mayoría de los países de América Latina ha desarrollado casi la totalidad de su capacidad instalada a fines del siglo XIX y durante el transcurso del siglo pasado. El hospital ha sido la referencia principal de la comunidad para atender el cuidado de su salud. Los esfuerzos realizados en la idea de que la hospitalización y los altos y medios niveles de resolución de la atención solo deben tenerse en cuenta cuando no exista otra alternativa apropiada como: la ambulatoria descentralizada, la domiciliaria, el hospital de día, la atención de cuidados paliativos, etc.; lo han ido llevando –tenuemente en muchos casos– a modificar los principios que han regido la atención hospitalaria desde el comienzo de su aparición: 1. *La caridad.* A fines del siglo XIX y principio del XX el hospital se convierte en el lugar donde el desamparado acude en busca de ayuda a sus males; "el hospital de la caridad" aparece entonces como el referente de la demanda en salud. La medicina, con los progresos que comenzaron a registrarse en el siglo XIX en el campo de la ciencia y de la tecnología, irá transformándolo en el tiempo en un centro de asistencia médica de referencia. En este periodo las propuestas hospitalarias europeas son las que se trasladan a nuestros países; el hospital horizontal y pabellonal llamado de "planta francesa" se instala preferentemente. Los signos que lo identifican son: la caridad; el pabellón y la separación (el hospital separado del centro urbano, los pabellones separados entre sí, los hombres separados de las mujeres, el servicio separado de otro servicio); esto determinará en el futuro –en la gran mayoría de los casos– una organización hospitalaria fragmentada por servicios, por especialidades, por pisos, por áreas de uso. 2. *La enfermedad.* El progreso de los adelantos médicos sigue un ritmo acelerado y ya en los inicios de la mitad del siglo XX la visión se acerca hacia EE. UU. El hospital vertical hace su entrada en la trama urbana de las ciudades. El rascacielos del norte se traslada a nuestro medio y surgirá el hospital en altura, "el hospital de la enfermedad", cuyos signos serán la enfermedad, el piso y la concentración edilicia. 3. *La excelencia médica.* El hospital sigue en un constante proceso de transformación y en las últimas décadas del siglo XX las nuevas tecnologías y los adelantos en el campo de las ciencias médicas lo transformarán, con una sofisticación y complejidad médica de envergadura que irá incorporando cambios sucesivos en su operatividad, en "el hospital de la excelencia médica" donde los servicios de diagnóstico y tratamiento y las "especialidades médicas" crecerán sustancialmente. La aceleración de los cambios hace su aparición incorporando el sentido de la indeterminación operativa y de la flexibilidad física y funcional. Los signos que califican a este hospital serán entonces la excelencia médica, la especialización operativa y la indeterminación física-funcional. Estas tres tipologías hospitalarias, adoptadas más que adaptadas –en la mayoría de los casos–, siguen funcionando en el presente integradas o no, según sean las posibilidades socioeconómicas de la población. La caridad, la enfermedad y la excelencia médica están presentes en distinta medida en cada hospital, según sean las posibilidades de desarrollo del mismo en su medio socioeconómico. Dentro de un panorama en donde la complejidad, la fragmentación, la incertidumbre y el conflicto están presentes, el hospital de la caridad, el de la enfermedad y el de la excelencia médica enfrentan una nueva propuesta.

Producto, 'gerenciación' e inequidad. Asistimos al nacimiento de una nueva tendencia en la concepción del hospital que no responde a la imagen de la caridad, de la enfermedad, de la excelencia médica,

sino a una reorientación del pensamiento político de mercado, y su signo –nos atrevemos a afirmar– es "el hospital gerenciador del producto", convirtiendo a la mayoría de las propuestas arquitectónicas en salud en "nuevas y atractivas imágenes" donde la idea de la búsqueda de la estética del prestigio se convierte en el signo que lo identifica. En estos casos la forma arquitectónica prevalece por encima del objetivo principal que es la atención de la salud. El riesgo que enfrentamos es que las imágenes del hospital del producto se conviertan en una expresión de la modernidad donde la caricatura suplante al objeto mismo. Estamos en un proceso donde parece que es más importante cambiar imágenes en forma mediática antes que penetrar en las dudas que genera el presente; dentro del conflicto que significa el imperativo moral de mantener a una población con accesibilidad a los servicios de salud y el imperativo de buscar controlar los costes. Cabe aclarar en este punto que para el autor, en términos de inversión en obras arquitectónicas hospitalarias, austeridad es equivalente a equidad y esta a su vez lo es a los Derechos Humanos.

La inequidad. En el presente nos encontramos frente a un panorama social sumergido en una desigualdad –¿sin precedentes?– que se refleja, entre otros espacios, en el acceso a bienes y servicios básicos de la salud. La desigualdad entre los que tienen y los que no tienen ha llegado a límites inimaginables. Tenemos dos mundos (dentro de ellos, submundos). En uno el ser humano tiene cabida, en el otro no le queda nada. Son dos realidades y para ellas las respuestas no son las mismas: el consumo y el crecimiento económico sin fin es el paradigma de la nueva religión, donde el aumento del consumo es una forma de vida necesaria para mantener la actividad económica y el empleo. José Santamarta lo llama: "*El apartheid del consumismo*". Existen 1.700 millones de consumidores, 2.800 millones de pobres en el planeta; a este *apartheid* no escapa la gran mayoría de los ciudadanos de nuestros países. El Informe sobre la Salud en el Mundo 2003, elaborado por la Organización Mundial de la Salud, es contundente; allí se declara: "*Hoy el principal problema sanitario a nivel global es la enorme desigualdad existente entre los países desarrollados y las naciones emergentes, brecha que se profundiza de año en año*". La organización internacional enfatiza que ya "*no es hora de debates académicos: el imperativo moral es la acción urgente*". La entidad internacional advierte que la tarea decisiva de la comunidad mundial de la salud consiste en "reducir esa inequidad". Es idea de este autor que la tarea del presente no es reducir sino terminar con la inequidad. En este caso el sentido –¿utópico?– de esta idea tiene un profundo sentido político y es responder a los Derechos Humanos ya proclamados. Ante tal desafío surge la necesidad de revisar el espacio arquitectónico en salud bajo el signo de nuevos paradigmas.

Revisar el espacio arquitectónico en salud. Frente a los interrogantes: ¿Para qué y para quién transformar?, ¿qué transformar?, ¿cómo transformar?, ¿cuándo transformar?, parecería que se hace necesario revisar el "organismo hospitalario" desde una visión que lo imagine como un espacio viviente de la atención de la salud que envuelve y dialoga con las necesidades reales de las personas asistidas (indigencia, pobreza, prevención, enfermedad, cura, invalidez, angustia, muerte, contagio, etc.) y de las asistentes (trabajadores de la salud), en donde la incorporación del análisis de las emociones de "todos" pueda desprendernos de los preconceptos existentes. Le Corbusier –maestro de la arquitectura moderna– señaló: "*La arquitectura es un acto de amor y no una puesta en escena*". Este acto de amor lo entendemos no como un discurso impregnado de lirismo sino como la propuesta de promover soluciones "tangibles" en la obra hospitalaria que, además de realizar un fin práctico, sirvan para el desarrollo, la comunicación y la equidad social. Señalamos a continuación algunos de los interrogantes que se nos presentan ante el emprendimiento de una obra hospitalaria. Estos interrogantes solo pretenden ser algunos de los tantos que podrían enunciarse, y han sido dispuestos sin tener en cuenta ninguna prioridad cualitativa y con la idea de que puedan obviarse y/o agregarse otros como tales: ¿Cómo incorporar el sentido de equidad y sustentabilidad en la programación y realización de la obra arquitectónica en salud en una realidad donde la miseria y la pobreza se encuentran en niveles extremos? ¿Cómo poner en evidencia la malla de emociones que constituyen los sentimientos propios y ajenos que habitan en el campo de la atención de la salud en general y del hospital en particular, y trabajar con ellas para incluirlas en el proceso de cambio que coadyuve a la producción espiritual? ¿Cómo revisar las propuestas presentes sabiendo lo difícil que será intentar hacerlo, sumergidos en un panorama donde la incertidumbre y la complejidad son parte de las mismas? ¿Cómo encontrar nuevas y mejores formas de reglamentar, financiar, prestar servicios de atención de la salud con construcciones hospitalarias que respondan adecuadamente a la demanda, dentro de un proceso transformador y producido por cambios demográficos, económicos, políticos, culturales, científicos y tecnológicos? ¿Cómo hacer para revisar la razón que nos ha llevado a seguir adoptando propuestas pertenecientes a un primer mundo con profundas dudas sobre sí mismo, en lugar de adaptarlas? ¿Cómo enfrentar, con una visión clara de lo incierto, el concepto determinista fuertemente arraigado en muchos de los planificadores de

establecimientos para la salud? ¿Cómo revisar el pasado y tener visiones futuras en un medio donde los progresos de la ciencia y la tecnología nos han hecho temer –en muchos casos– sobre los peligros que ellas mismas conllevan? ¿Cómo integrar a los usuarios, filósofos, pensadores, antropólogos, sociólogos, psicólogos, poetas y otros, en la determinación de nuevos paradigmas sobre la base de lo médico-social?

Hacia dónde vamos. Una obra arquitectónica debe ser representativa de su tiempo, y nuestro tiempo está sumergido dentro de un panorama donde –como lo señalamos precedentemente– la historicidad (la salud está inmersa indefectiblemente en el desarrollo humano), la complejidad, la fragmentación, la incertidumbre y el conflicto se presentan como temas centrales en la concreción de cualquier proyecto; hecho que nos obliga a saber elegir aquellos interrogantes sobre los cuales montarnos para producir las respuestas y las propuestas adecuadas. Un aporte a este pensamiento es, a nuestro entender, la Declaración de Interdependencia del XVIII Congreso de la Unión Internacional de Arquitectos realizado en Chicago (1993), donde se indica: "*En gran parte la degradación global del ambiente se debe al entorno construido y por lo tanto a los arquitectos, y se recomienda buscar los mecanismos necesarios para arribar a una nueva concepción de la planificación y el diseño*". La esencia de dicha declaración, de la cual nos hacemos eco, fue la de responsabilizarse en encontrar "*una arquitectura sostenible y sustentable*". Existe consenso internacional y de referencia estimable sobre este tema en el "Programa 21: Modelo del desarrollo sostenible para el siglo XXI", de las Naciones Unidas. *¿Cuál es el paradigma para América Latina?* Entendemos que es necesario plantear pautas de diseño en donde la participación de los distintos técnicos en salud se vea enriquecida con la presencia de los usuarios y de aquellos pensadores, profesionales y técnicos que vienen de las ciencias sociales, del pensamiento y de la poesía. Esto seguramente dibujará el verdadero plano de la desigualdad, redundará en el acercamiento a una arquitectura sustentable alejada del discurso retórico y envejecido y, fundamentalmente, de "la mundialización de la copia", y con principios y estrategias para todos los sectores que se ocupen del desarrollo de la salud de las personas. Es imprescindible iniciar trabajos de investigaciones en el hábitat hospitalario alejados del determinismo y de las sospechas de "superficialidad doméstica" o de "ilustración escasa de razón" en que hoy están envueltos muchos de los centros de investigación y docencia desde los cuales la calidad de las propuestas se observa desde una visión profesional-arquitectónica cerrada (¿técnica-ilustrada?), en lugar de hacerlo desde la problemática de los hechos de la salud, que no es otra cosa que intentar aportar a la felicidad del ser humano. En este camino podríamos intentar señalar algunos de los lineamientos sobre los cuales montar el estudio para las respuestas arquitectónicas a los requerimientos de los espacios en salud: 1. Analizar, bajo criterios éticos, la existencia de dos mundos paralelos incompatibles para el desarrollo de acciones para la salud: el de la miseria-la pobreza-la "falta" y "otro": el del "poder" consumir servicios de salud a "medida y satisfacción". 2. Adoptar "*una arquitectura sustentable*" y basada "*en el rol determinante de las comunidades locales, en la puesta en marcha de su porvenir en favor de la formación de la comunidad de diseño interactivo, dentro de los procesos de construcción propios, para concebir establecimientos ecológicos y viables*". 3. Caracterizar las "tramas emocionales" de manera tal que el dolor, la invalidez, el miedo, la muerte, no se conviertan en un problema técnico. 4. Incorporar el concepto de estética de la austeridad para que la Némesis arquitectónica deje paso a la poesía creativa que prioriza la condición humana y no la envidia creadora. 5. Aceptar la presencia de un futuro incierto y dar respuestas operativas y físico-funcionales compatibles con esta problemática. Integración "real" de los recursos existentes. 6. Hacer uso de tecnologías accesibles (donde el componente físico y el lógico sean adecuados localmente). 7. Construcción y mantenimiento accesible y sustentable localmente (optimizar el uso de las instalaciones con el fin de retrasar su extinción). 8. Incorporar en las propuestas arquitectónicas criterios "serios" de costo/eficacia y costo/eficiencia relacionados directamente con la propuesta operativa. La tarea no es fácil en una época angustiosamente convulsiva; el camino es difícil pero creemos necesario y posible rechazar aquellos códigos arquitectónicos heredados que no pueden considerarse válidos en la medida en que se clasifiquen como soluciones parciales y no como fórmulas generadoras de nuevos mensajes, de verdaderos procesos de transformaciones sociales.

Referencias

OPS/OMS. La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial. Washington, OPS, 1997. - Umberto Eco. *Appunti per una semilogia delle comunicazioni visive*, Milán, Bompiani, 1967. - Clement Bezold. "Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI" y "Futuro de la salud: herramientas para una mejor toma de decisiones", en For Alternative Futures, Fund. Mexicana para la Salud y Smith Beecham Pharmaceuticals, 1998. - J. Barrenechea, E. Trujillo Uribe, A. Chorni A. *Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Editorial Universidad de Antioquia, Colombia, 1990.