

*Lecturas de Filosofía,  
Salud y Sociedad*

**Lecturas de Filosofía,  
Salud y Sociedad**

**Colectivo de Autores**

**La Habana, 2000**

DATOS CIP-Biblioteca Médica Nacional

Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad.  
La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2000  
XIV, 361 p

Incluye bibliografía, Anexos

1. MEDICINA. 2. FILOSOFÍA/historia. 3. ENSEÑANZA. 4. MARXISMO (SALUD PÚBLICA). 5. CIENCIAS SOCIALES. 6. ÉTICA MÉDICA/educación. 7. CUBA.  
ISBN 959-7132-39-7

Edición: Lic. Maura Díaz Antúnez  
Lic. Ana Oliva Agüero  
Diseño: Gerardo Rolof Rodríguez  
Edda Martínez Aparicio

© Colectivo de autores, 2000  
© Sobre la presente edición:  
Editorial Ciencias Médicas, 2000

Editorial Ciencias Médicas  
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas  
Calle E No. 452 e/ 19 y 21, El Vedado  
Ciudad de La Habana, 10400, Cuba.  
Correo electrónico: ecimed@infomed.sld.cu  
Fax: 333063.  
Télex: 0511202.  
Teléfonos: 32-5338, 32-4519 y 32-4579



*"...En tanto la salud no sea considerada como un derecho fundamental del hombre y un deber de la comunidad; en tanto no se reconozca la responsabilidad del Estado en la atención y cuidado de la salud, en tanto no desaparezcan las desigualdades en la distribución de los recursos para la salud a escala nacional e internacional; en tanto no se luche frontalmente contra la pobreza, el hambre, la ignorancia y la insalubridad, poco será lo que podrá lograrse en el mejoramiento de la salud humana en el mundo subdesarrollado..."*

Fidel Castro Ruz

## COLECTIVO DE AUTORES

Aguirre del Busto, Rosa  
Licenciada en Sociología. Asistente

Alvarez Vázquez, Jorge  
Licenciado en Filosofía. Profesor  
Titular

Armas Vázquez, Antonio Rafael  
Doctor en Ciencias Filosóficas.  
Profesor auxiliar

Araujo González, Rafael  
Doctor en Ciencias Filosóficas, Pro-  
fesor Titular

Bacallao Gallestey, Jorge  
Doctor en Ciencias Médicas. Pro-  
fesor Titular

Barrios Osuna, Irene  
Doctora en Ciencias Filosóficas.  
Profesora Auxiliar

Bartutis Romero, Mercedes  
Licenciada en Filosofía. Instructora

Borroto Cruz, Radamés  
Doctor en Ciencias Médicas, Profe-  
sor Auxiliar

Bujardón Mendoza, Alberto  
Licenciado en Filosofía. Profesor  
Auxiliar  
Castillo Vargas, Rafael  
Licenciado en Filosofía, Profesor  
Titular

Cruz Oñoz, Emilia  
Licenciada en Ciencias Sociales.  
Profesora Auxiliar

Dávila Pérez, Juan  
Licenciado en Filosofía. Asistente

De Lahaye Guerra, Rosa María  
Licenciada en Filosofía, Asistente

Flores Rodríguez, Jorge Luis  
Licenciado en Filosofía, Asistente

García Capote, Julia  
Licenciada en historia y Filosofía,  
Profesora Auxiliar

García Chacón, Rafael  
Doctor en Ciencias Médicas  
Presidente de la Sociedad latino-  
americana de Medicina Natural y  
Tradicional

Gómez Plasencia, Dámaso  
Licenciado en Filosofía. Profesor  
auxiliar

Labrada Ortey, Marta  
Ingeniera Agropecuaria. Asistente

Macías Llanes, María Elena  
Licenciada en Filosofía. Asistente

Martínez Gómez, Jesús  
"Master of Arts" en Filosofía.  
Asistente

Mayoral Olazábal, Mercedes  
Licenciada en Filosofía. Asistente

Menéndez Laria, Aimée  
Licenciada en Filosofía. Profesora  
auxiliar

Novoa Pérez, Milvio  
Licenciado en Filosofía. Profesor  
Auxiliar

Ojeda Guerra, Celia  
Licenciada en Historia. Asistente

Paredes Rodríguez, Gisela  
Licenciada en Comunismo Científico. Asistente

Pérez Cárdenas, Marcelino  
Doctor en Ciencias Filosóficas.  
Profesor Titular

Pérez Fardales, Evelio  
"Master of Arts" en Filosofía. Profesor Auxiliar

Pérez Sánchez, América  
Doctora en Ciencias Filosóficas.  
Profesora Titular

Pomares Bory, Eduardo  
Licenciado en Biología. Profesor Auxiliar

Prieto Ramírez, Doris  
Licenciada en Filosofía. Asistente

Quintana Torres, Jorge Luis  
Licenciado en Filosofía. Instructor

Saavedra Roche, Rita  
Licenciada en Filosofía. Instructora

Sing Castillo, Carlos  
Licenciado en Filosofía Marxista.  
Profesor Auxiliar

Suárez Hernández, Georgina  
Licenciada en Historia con Especialización en Filosofía. Profesora Auxiliar

Valdés García, Félix.  
Licenciado en Filosofía. Profesor Auxiliar

Valdés Iglesias, Xiomara A.  
Licenciada en Filosofía. Profesora Titular

Véliz Ramis, Miriam  
Médico. Especialista de Segundo Grado en Microbiología. Profesora Auxiliar

## INTRODUCCIÓN

El texto que les brindamos constituye un material complementario para el estudio de la disciplina Filosofía y Salud en las carreras Medicina, Estomatología, Enfermería y Tecnología de la Salud. Las temáticas que en él se abordan permiten analizar importantes problemas teóricos y prácticos de la Filosofía, la Medicina y la Salud Pública desde las perspectivas que brinda el contexto social cubano para la formación sociohumanista y clasista de este tipo de profesionales.

Los temas sociales y humanos vinculados al quehacer cotidiano de médicos, estomatólogos, enfermeros y tecnólogos que trabajan en la esfera médico – salubrista instan a desarrollar las reflexiones filosóficas en estrecho vínculo con los problemas que se dan en los centros hospitalarios y en la comunidad. Esta realidad propia de la esfera docente, investigativa y asistencial de las ciencias médicas y de la salud condicionó la creación de los trabajos que contiene este libro *Lecturas de Filosofía, Salud y Sociedad*, el cual complementa el texto básico *Lecciones de Filosofía Marxista Leninista* vigente para el estudio de la disciplina en la Educación Superior Cubana.

En el contexto específico de la docencia médica superior; el tratamiento de los contenidos del Programa Filosofía y Salud desde las posiciones de la filosofía marxista leninista permite exponer las experiencias adquiridas en la concepción de temáticas contemporáneas que presentan una nueva faceta de los vínculos históricos de la filosofía y la medicina. La inserción de las ciencias sociales y el saber filosófico en los programas docentes de las carreras de la salud es un aspecto de interés en la Docencia Médica Superior por la necesidad de reconceptualizar el proceso salud-enfermedad desde una óptica de integración biopsicosocial.

El colectivo de profesores que con tanta dedicación ha preparado este material les sugiere una actitud crítica y receptiva que les permita vincular el pensamiento sociofilosófico con los problemas prácticos de sus profesiones y contribuir a la formación de un paradigma amplio, no exclusivamente biomédico, que conciba la medicina en el marco de la doctrina de la salud humana que se ha desarrollado en Cuba.

## ÍNDICE

- Enajenación y humanismo: aspectos de actualidad/1
  - Referencias bibliográficas/15
- La relación entre enajenación y salud/16
  - Las condiciones de la salud/19
  - La enajenación y el nivel de determinación macrosocial de la salud/20
  - La enajenación y el nivel de determinación grupal/22
  - La enajenación y el nivel individual de determinación de la salud/23
  - Referencias bibliográficas/24
- La cultura de la salud/25
  - Referencias bibliográficas/31
- En torno al sentido de la vida/32
  - El sentido de la vida y la filosofía/33
  - El sentido de la vida y los problemas de salud-enfermedad/38
  - Referencias bibliográficas/43
  - Bibliografía consultada/44
- La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud/45
  - La familia monogámica/47
  - La familia cubana y su interacción con la salud/49
  - Referencias bibliográficas/55
  - Bibliografía consultada/56
- La salud como valor social/57
  - La salud es un valor social/58
  - La salud como objeto del reflejo valorativo/60
  - Relación entre la valoración y las necesidades/61
  - Relación entre la valoración y los conocimientos/61
  - Referencias bibliográficas/62
- La Revolución Científico-Técnica: su impacto en la esfera de la salud/63
  - Introducción/63
  - Impacto social de la Revolución Científico-Técnica en la esfera de la salud/69
  - Abuso tecnológico/74
  - Conclusiones/76
  - Referencias bibliográficas/78
  - Bibliografía consultada/78
- Ecología y salud humana/79
  - Algunas definiciones necesarias/79
  - Una defensa al mundo microbiano/80



Quimioterapia antimicrobiana: Respuesta científicotécnica al reto de la enfermedad infecciosa/83	
La naturaleza viva amenazada: el contra sí mismo/84	
La acción alcanza al mundo microbiano, pero algunos microorganismos se rebelan/86	
La protección de la naturaleza viva: el hombre a favor de sí mismo/89	
Referencias bibliográficas/92	
El Medio Ambiente global: Análisis de un concepto/94	
Introducción/94	
Ecología y medio ambiente/95	
Problema ecológico o ambiental. Una definición aproximada/97	
Etapas del movimiento ambiental/102	
El medio ambiente global, la salud y el desarrollo sostenible/104	
Referencias bibliográficas/110	
La ideologización en las concepciones y la práctica médica/111	
Introducción/111	
La ideología y sus influencias/111	
Manifestaciones del quehacer ideológico/113	
Contenido de la ideología en la medicina/119	
Conclusiones/126	
Bibliografía consultada/127	
Los conceptos dolor, sufrimiento y felicidad/128	
Introducción/128	
El dolor. Una vivencia humana/129	
Reflexiones acerca del concepto sufrimiento/130	
La felicidad. Quimera o realidad/131	
Conclusiones/133	
Referencias bibliográficas/134	
Fundamentos filosóficos de la ética médica/135	
Referencias bibliográficas/139	
Ética médica y bioética. Perspectiva filosófica/140	
Bioética. Definición y objeto/141	
Premisas para el surgimiento de la bioética/143	
Proceso de surgimiento de la bioética/159	
Referencias bibliográficas/164	
Pensamiento médico y ética clínica contemporánea/165	
Introducción/165	
Las dimensiones humanas en la clínica/165	
Enfoques cognoscitivos en la clínica/168	
La ética clínica/170	
Conclusiones/173	

Bibliografía consultada/173
La valoración como elemento constituyente en la solución de los problemas de salud/175
Introducción/175
Consideraciones generales en torno al problema/176
Referencias bibliográficas/183
Bibliografía consultada/184
El Proyecto del Genoma Humano en la encrucijada de paradigmas/185
Introducción/185
El Proyecto del Genoma Humano. Un enfoque interpretativo/186
El proyecto del Genoma Humano en la encrucijada de paradigmas/187
Tendencias y perspectivas/190
Referencias bibliográficas/194
El Proyecto del Genoma Humano: enfoque ético y antropológico/195
Introducción/195
De la identificación del ADN al Proyecto del Genoma Humano/195
Proyecto del Genoma Humano/196
Logros y posibilidades del Proyecto para la medicina/197
Consideraciones antropológicas/201
Consecuencias éticas del Proyecto/202
Problemas éticos de la manipulación/202
Propuesta de solución/205
Referencias bibliográficas/208
Una reflexión marxista de la categoría justicia a través del desarrollo historicosocial/209
Teorías libertarias/213
Teorías igualitarias/213
Teorías que sostienen principio dual de libertad e igualdad/214
Teorías utilitarias/214
Teorías socialistas/215
Bibliografía consultada/219
Algunas reflexiones sobre los valores religiosos y la salud/220
Característica de la religiosidad en Cuba/220
El proceso salud-enfermedad como objeto de creencias y prácticas religiosas/222
Religiosidad y salud en Cuba/223
Condiciones objetivas y subjetivas de vida y la religiosidad asociada al proceso salud-enfermedad/227
Los "milagros religiosos" y la salud/228
Referencias bibliográficas/231

La estética y la práctica profesional en salud/232	
Introducción/232	
Consideraciones acerca de la actitud estética y el concepto de belleza/233	
El sentido de lo bello y la práctica médica/237	
Conclusiones/241	
Referencias bibliográficas/241	
Los paradigmas en la ciencia: glosas a "the structure of scientific revolutions" de Thomas S. Kuhn/243	
Introducción/243	
La historia de la ciencia y su contenido/244	
La "ciencia normal" y los paradigmas/244	
Las revoluciones científicas/247	
Verificación o falsificación de los paradigmas/249	
Conclusiones/249	
Bibliografía consultada/250	
La medicina como tipo específico de actividad práctica humana/251	
Origen de la medicina como tipo específico de actividad práctica humana/252	
La actividad médica como actividad cognoscitiva/255	
La actividad práctica en la medicina/258	
Referencias bibliográficas/259	
Bibliografía consultada/260	
Los paradigmas médicos: factores de su conservación y cambio/261	
La polémica internalismo-externalismo en relación con la determinación de los factores que inciden en el desarrollo de la ciencia/261	
Los paradigmas en las Ciencias Médicas/264	
Los factores ideológico y sociopsicológico del cambio de paradigmas en las Ciencias Médicas/268	
Referencias bibliográficas/272	
Las doctrinas Médicas/274	
Racionalidad en las medicinas/277	
Referencias bibliográficas/281	
El estilo de pensamiento y las revoluciones científicas en la medicina/282	
Thomas Kuhn las revoluciones científicas y los paradigmas/283	
Estilo de pensamiento en la medicina/286	
Las revoluciones científicas en la medicina/287	
Referencias bibliográficas/295	
La medicina actual y las organizaciones internacionales en salud. Tendencias y contradicciones/297	
Referencias bibliográficas/302	

Correlación de lo biológico y lo social en la medicina. Actualidad del problema/303

Introducción/303

El enfoque dialéctico de la correlación de lo biológico y lo social y su importancia epistemológica para la medicina/306

Referencias bibliográficas/309

¿Qué es la antropología?/310

La antropología física o biológica/312

La arqueología/312

La lingüística antropológica/313

La antropología sociocultural/313

La antropología ramal o aplicada/313

Referencias bibliográficas/317

Bibliografía consultada/317

La determinación del proceso salud-enfermedad en el pensamiento médico-social: vertientes, tendencias fundamentales y perspectivas de su desarrollo/318

Introducción/318

La determinación del proceso salud-enfermedad en la epidemiología tradicional/319

La determinación del proceso salud-enfermedad en la higiene social/321

La determinación del proceso salud-enfermedad en la epidemiología social/323

La determinación del proceso salud-enfermedad: análisis crítico para su evaluación/326

Referencias bibliográficas/332

Reflexiones teoricometodológicas acerca de lo clínico y lo epidemiológico/334

Tendencia actual de la epidemiología/339

Referencias bibliográficas/342

Bibliografía consultada/343

El diagnóstico médico y los métodos del conocimiento científico/344

Referencias bibliográficas/351

Bibliografía consultada/352

Anexos/353

Anexo 1/355

Anexo 2/356

Anexo 3/357

Anexo 4/358

Anexo 5/361

La inserción de los contenidos de las ciencias sociales y el saber filosófico en la formación de los profesionales de la salud es un tema de interés para la Docencia Médica superior, entre otras causas por la necesidad del cambio del paradigma biológico dominante en la medicina por un paradigma humano, que muestre en la práctica de la profesión la materialización de una filosofía que haga el centro de la actividad del médico al hombre y sus necesidades de salud.

Los artículos que se presentan en este libro abordan diferentes temas sociofilosóficos relacionados con problemáticas médico-salubristas, para de esta forma favorecer una visión sociohumanista vinculada al quehacer cotidiano de los profesionales de esta esfera.

## Enajenación y humanismo: aspectos de actualidad

*Lic. Georgina Suárez Hernández*

Desde 1932, fecha en que se publicaron los *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844* hasta el derrumbe del socialismo europeo pareciera que la controversia, lejos de culminar en consenso definitivo, sólo se cerrara para volver a abrirse en cada nueva época o coyuntura histórica. En años recientes, cuando la pugna entre la renovación y la regresión estaba a la orden del día, el tema se hace común entre los filósofos socialistas, ahora sin las estigmatizaciones acostumbradas en otros momentos.

La relación de los conceptos que presiden este trabajo ha sido material de enconadas disputas ideológicas. Sin embargo, el dogmatismo y el anticomunismo, figuras que han conformado los extremos de la discusión, oscurecieron durante décadas la intelección racional del fenómeno. Resulta de elemental justicia reconocer la legitimidad de la reflexión de *Adolfo Sánchez Vázquez* al respecto. Sus cursos monográficos sobre el humanismo marxista desde 1964 hasta 1976 en la Universidad Nacional Autónoma de México, contenidos en su *Filosofía y economía en el joven Marx*, obligan a volver una y otra vez sobre el derrotero teórico que sobre este tema ha trazado el pensador mexicano.

El tratamiento del problema desde lo hondo del proceso revolucionario cubano, cuenta con agudas conceptualizaciones aún no superadas en la elaboración marxista posterior en nuestro país. Nos referimos, por supuesto, a la indagación del *Che Guevara* acerca de la alienación y desalienación del hombre en el contexto del proyecto humanizador cubano.

Si convenimos con *Eduardo Galeano* en que la revolución es obra de este mundo, hecha de barro humano, no edificada por dioses infalibles ni por malignos satanases, en tanto realidad contradictoria y alucinante, habría que insistir en el estudio de la enajenación como un imperativo de la propia práctica revolucionaria en este instante de continuidad y resistencia heroica. Aún en medio de las prioridades inobjectables, no es ocioso, sino necesario, seguir abriendo el entendimiento de nuestra alternativa humanista.

Hoy día, cuando aparecen tensadas en grado máximo las contradicciones sociales y se expresan de disímiles formas las carencias y angustias de las mayorías, es dudoso que la actualidad y urgencia del tema del humanismo requiera de una exhaustiva demostración, como no sea para añadir mayor comprensión sobre los requerimientos de un nuevo orden humano, si se entiende por huma-

nismo el proyecto emancipador de toda la sociedad, el dominio de sus miembros de la existencia propia en condiciones de igualdad y justicia, la dignificación del individuo y la práctica de un conjunto de modificaciones sucesivas que engloban la totalidad de la vida ciudadana.

Conocemos, por haber vivido una experiencia inigualable, del desaffo de los tiempos que corren por llevar a cabo esta obra humana, las dificultades existentes para restituir al individuo su condición real y hacer su vida más plena. Pero el socialismo es, efectivamente, algo terrenal y como tal no constituye el reino de la felicidad perfecta, así como tampoco es aquello alcanzado de una vez y mantenido para siempre.

En tal sentido, mucho se ha discutido en los últimos tiempos sobre la existencia de la enajenación en el socialismo, y en no pocas ocasiones se modeló una argumentación simplificada que trató de sustentar *a priori* la eliminación radical de este fenómeno negativo en la nueva sociedad, que mostraba, en la mayor parte de los casos, más el ideal social a alcanzar que el resultado real existente en ella.

La polémica sobre el tema en sí no resulta novedosa, aunque adquiere nuevos contenidos. Ella arranca de las interpretaciones diversas realizadas en torno a las ideas expuestas por *Carlos Marx* sobre la enajenación. Baste recordar las querellas suscitadas al tratar de hacer valer una u otra lectura de sus textos, bien aquella absolutizadora de la antropología juvenil extendida a toda su obra, o la que admite la madurez como negación del humanismo; bien la otra que cree encontrarlo en la cancelación presuntamente científica de un humanismo superado.

Lo cierto es, sin embargo, que el punto de partida en el análisis de la enajenación se encuentra en la concepción expuesta progresivamente por *Carlos Marx* en sus trabajos *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844*, *Manuscritos económicos de 1857-1858* y en *El Capital*, por sólo tomar estos importantes ejes representativos en los cuales pese a la diferencia de madurez existente entre ellos, la enajenación se define como el proceso mediante el cual se despoja al hombre de su carácter humano y se ve dominado por el mundo de objetos creados por él, y así en determinadas circunstancias históricas devienen hostiles a su desarrollo.

*Marx* no solamente constató y explicó la alienación y sus efectos para el universo interior del hombre, sino que la analizó a partir de la realidad económico social objetiva, en donde halló asimismo, las principales fuerzas para su eliminación por vía revolucionaria.

El análisis de sus principales textos muestra que ésta para *Marx* no constituye un resultado de toda la actividad humana y no es, por ende, un rasgo inherente a la naturaleza del hombre, idea con la cual pudiera considerarse insuperable.

En la concepción de *Marx* sobre la alienación se destacan los aspectos fundamentales siguientes:

1. Mediante la actividad laboral el hombre produce objetos que no le pertenecen, ni contribuyen a su desarrollo, que no forman parte de él en el sentido

material, así como tampoco en el espiritual. En la misma medida en que el obrero produce riquezas se desvaloriza como ser humano, y queda progresivamente sujeto a las exigencias dictadas por la producción mercantil capitalista, por un mundo que le resulta cada vez más ajeno, en el cual su propia fuerza de trabajo es una mercancía más, aunque no siempre se tome conciencia de ello.

En el objeto creado se materializan las capacidades humanas, se objetivan cualidades y cristalizan propiedades que el individuo deposita en el acto de su creación. Con acierto *Marx* denominó **segunda naturaleza** a este mundo de valores producido por el hombre mediante el trabajo, pero destacó que en las circunstancias desplegadas por la enajenación, el hombre no dispone de los resultados de su labor, ni se confirma en ellos, sino que éstos adquieren, en cierto sentido, independencia de su creador y actúan inversa y negativamente sobre él. Al respecto en los *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844* apuntó: "...mientras más se desgasta el obrero, más poderoso se hace el mundo alienado que él crea en frente a sí, más pobre se hace a sí mismo, menos le pertenece como suyo".<sup>1</sup> De ahí que resulte importante distinguir el trabajo como acto de creación consciente y útil que permite objetivar las fuerzas esenciales del hombre, del trabajo enajenado que actúa en sentido destructivo sobre el individuo.

2. El trabajo alienado constituye el medio material para asegurar la existencia del hombre como productor, y no una vía de ampliación de las capacidades ni de autoafirmación donde se satisfagan necesidades básicas. Por su esencia, el trabajo, condición esencial de la transformación del medio, fuente de riquezas y asimismo modificador del sujeto que actúa, es en las condiciones generadas por la extrema polarización social, el marco en el cual hombre y desarrollo se oponen entre sí, y esto, en las circunstancias del mundo actual, se aprecia con más claridad, aunque también se presenta en forma más compleja. Pero, el sustento de la enajenación, la propiedad privada, se mantiene como esencia condicionante del fenómeno. En dicha sociedad la enajenación propicia igualmente que las capacidades inherentes al hombre se transformen en instrumento de la lucha individual por la existencia, a lo cual queda supeditada la esencia genéricamente humana.
3. El proceso de alienación deforma paulatinamente las relaciones mutuas entre los hombres, las desnaturaliza, pues la verdadera comunidad social sólo puede establecerse sobre la base del trabajo libre y consciente, y cuando éste se desvirtúa, se destruyen los fundamentos humanos de las relaciones entre los individuos.

El trabajo constituye una fuerza alienadora que escinde al productor de aquello que produce, expresa contradicciones entre los hombres y marca crecientes antagonismos entre los obreros y los propietarios de los medios de producción. Este fenómeno se expresa no solamente en la esfera económica, sino en el mundo de instituciones y fuerzas que le resultan ajenas al ente social, aunque en ellas adquiere independencia relativa.



En los *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844* el concepto trabajo alienado caracterizó de modo crítico a la sociedad burguesa. En virtud de su grado de amplitud servía al requerimiento de explicar la creciente depauperación del obrero, definida en términos de trabajo enajenado, así como para indicar la relación existente entre los niveles materiales y espirituales de la vida. Su contenido se vinculó al descubrimiento de aquellas condiciones concretas que impiden el desarrollo del hombre, así como a los empeños por mostrar las vías y formas de superarlas.

Trabajo enajenado y práctica se juzgan en estrecha relación debido a:

1. El concepto trabajo enajenado enriquece y precisa la definición de práctica, en relación con las condiciones concretas en que ella se produce.
2. La práctica laboral es la base de la relación del hombre con respecto a la naturaleza y, asimismo, del vínculo de las personas entre sí.
3. Las circunstancias en que se produce el trabajo enajenado reclaman la anulación no sólo de las condiciones económicas que lo generan, sino también, en un sentido más amplio, de todas aquellas circunstancias sociales sobre las cuales descansa y la práctica adquiere una connotación básica al vislumbrarse como única forma de liberar el acceso a la progresiva desenajenación.

Es característico que ya en el período en que escribe dichos Manuscritos, *Marx* no razona sobre el hombre abstracto y somete a examen la situación concreta del hombre (el obrero) en las condiciones específicas de las relaciones que caracterizan el dominio de la propiedad privada. Su interés gravita sobre el hombre real, y en todos los casos emprende un esfuerzo por explicar la alienación del individuo fuera de los marcos abstractos en que, hasta entonces, se había movido su interpretación, para lo cual parte en primer lugar del plano de la realidad material. Así busca en la sociedad, en su contenido y modo de existencia, el fundamento y confirmación de todas las formas de alienación que se oponen a la plena realización del ser humano. Ciertamente es, que tales definiciones no podían brotar en otro terreno que no fuera el materialista.

Desde sus más tempranas obras *Marx* había arribado a la conclusión que no se puede emancipar al hombre de la enajenación, ni por medio de la reinterpretación idealista de la realidad y su conciliación con ella, al estilo de su predecesor *Hegel*, ni sólo por la vía de la ilustración y la potenciación de los indicadores morales preconizada por *Feuerbach*, sino mediante la subversión de la realidad por la acción de las fuerzas sociales más revolucionarias. En este camino, la concepción sobre la enajenación tuvo gran importancia en la comprensión de las contradicciones sociales.

Con el análisis más concreto de la historia y de la economía, la categoría enajenación redujo su anterior universalidad y pasó a ser explicada entonces como un fenómeno social dentro de un conjunto mayor de antagonismos.

En *El Capital*, *Marx* muestra que la teoría marxista no se reduce, ni mucho menos, a la teoría de la alienación. En la obra, el estudio de ésta se enriquece y

adquiere mayor concreción en tanto se va a la búsqueda de las raíces y fuerzas objetivas que determinan en el capitalismo la situación de los hombres.

La relación original y natural del hombre con su trabajo constituye la producción de objetos de uso, pero al adquirir éstos el carácter de mercancías intercambiables se va formando paulatinamente en la conciencia de los hombres la ilusoria opinión de que en dichos objetos de uso se halla un elemento misterioso que obliga a cambiarlos con arreglo a determinada forma. Ese rasgo "misterioso" de la mercancía reside en que presenta ante los hombres el carácter social del trabajo de éstos como si fuera un componente material del propio producto de su trabajo, un don inherente al objeto producido que lo hace cambiante, de forma tal, que lo real, constituido por una relación entre hombres, aparece metamorfoseado como relación entre cosas. El punto de partida de la teoría del fetichismo mercantil se halla en la explicación de la alienación del producto por el productor.

Es en la sociedad capitalista donde por vez primera las relaciones entre los hombres, proclamadas mediante el reconocimiento formal de la libertad y la igualdad, a diferencia de sociedades anteriores, se sostienen sobre la base de las exigencias objetivas del mundo mercantil y de sus leyes, se lleva a cabo del modo más completo la mistificación del proceso. "El ejemplar humano, enajenado -decía el *Che Guevara*- tiene un invisible cordón umbilical que le liga a la sociedad en su conjunto: la ley del valor. Ella actúa en todos los aspectos de su vida, va modelando su camino y su destino".<sup>2</sup>

Pero *Marx*, que esbozó rasgos anticipadores de la sociedad más humana, no alcanzó a ver su plasmación práctica, con lo cual quedaron fuera de su alcance, por razones obvias, las circunstancias y contradicciones específicas en medio de las cuales se expresaría el ideal socialista. Sus conclusiones fundamentales sobre la sociedad capitalista y la situación de la clase obrera en ella, sin embargo, mantienen toda su vigencia, indican el camino de la sociedad y constituyen premisas a la hora de investigar los procesos actuales.

Es por ello que sería erróneo intentar encontrar en *Marx* o incluso en *Lenin* una respuesta a todas las expresiones sociales, realizar una lectura simplificada de sus textos o aplicarlos esquemáticamente a la vida, si consideramos, en el caso que nos ocupa, que en el socialismo desaparece la enajenación de golpe o que su permanencia se halla asociada solamente a rémoras de la anterior sociedad.

En este sentido de interpretación lineal, que prevalecía hasta hace relativamente poco tiempo en el ya inexistente campo socialista, el desarrollo social se dividía en 2 fases. Una abarcaba las sociedades anteriores al socialismo, al final de las cuales, con el capitalismo, quedaba establecido el imperio de la enajenación. La otra, el socialismo, se presentaba como una sociedad idílica donde de la noche a la mañana se evaporaban estas manifestaciones y en tal sentido se actuaba como si la enajenación fuera aplicable solamente al capitalismo, y por razones políticas, no reconocida en el socialismo.

En no pocas ocasiones el tratamiento del tema se reducía a su historia, a la evolución de las concepciones de *Marx* al respecto, y a la crítica a las teorías no

marxistas, y se desconocía incluso, la posible médula racional contenida en ellas.

Sin embargo, el curso socialista no transitaba por la ancha avenida imaginada. El socialismo sienta las bases para que se lleve a cabo la modificación sustancial de la relación entre el hombre y la sociedad. Su proyecto se erige sobre la base de circunstancias históricas totalmente nuevas, a la eliminación de la explotación clasista, a la idea de formar al hombre nuevo como aspiración suprema, despertar en él la conciencia de sus propias fuerzas creadoras, a la colocación de la propiedad sobre medios de producción fundamentales, en bases sociales. Superar la enajenación que consiste ante todo en eliminar las causas principales que la originan y reproducen.

Pudiera pensarse, ante las desviaciones, errores y retrocesos temporales del socialismo, que nos estuviésemos refiriendo a un socialismo ideal donde se lograría la plena desenajenación del hombre, y no el socialismo que se conoce, aquél donde existen múltiples manifestaciones de este fenómeno, o cercanas a él. Pero, ¿es que acaso existe el socialismo al margen de su expresión real, de la forma específica que éste reviste al plasmarse el ideal acorde a peculiaridades, grados de desarrollo, idiosincrasia y condiciones internas y externas que posee un país dado?

El proyecto humanista se ejecuta en medio de circunstancias históricas concretas que varían de un país a otro y también en relación con los diferentes momentos del desarrollo. El propio socialismo constituye una experiencia históricamente joven, no exenta de contradicciones, cuya solución en muchos casos define su futuro e incluso lo puede tornar reversible como muestran los acontecimientos a que asistimos hoy día.

El cuadro político actual ha contribuido en alguna medida a acentuar las diferentes posturas en la valoración del socialismo como proyecto social, como opción, y por ende, en relación con el reconocimiento de su esencia humanista. Estos puntos de vista constituyen, al mismo tiempo, una definición que va más allá de la cuestión de la enajenación como tema de discusión meramente académico, para convertirse en la acción en torno a un proyecto social, donde se destacan las posiciones siguientes:

1. Las que parten del reconocimiento *a priori* de la negatividad del socialismo y de los supuestos efectos adversos, enajenantes e insolucionables de la propiedad social sobre los medios de producción. La propuesta alternativa presentada en la visión posmodernista es, en este caso, el desmontaje del sistema económico y sociopolítico, la negación del socialismo como ideal social, la "restitución del liberalismo" como diseño supuestamente humano al descalificar con ello la acción social modificativa. Su camino de retorno, que en lo económico pasa por la economía de mercado, y en lo político por el pluripartidismo, comienza a ofrecer pruebas fehacientes del verdadero rostro del destino escogido en lugar del socialismo.
2. Aquélla que absolutiza la enajenación como un fenómeno inherente a la naturaleza humana, visión antropologizada que la desprende en gran medida

de los efectos negativos de la revolución científicotécnica al margen de los conflictos sociales. Para esta posición no hay solución viable, sólo modificaciones y paliativos en los marcos de la propia sociedad burguesa, o tal y como enfatiza la conciencia conservadora posmodernista, la fijación de las funciones estabilizadoras de las relaciones capitalistas, que aseguren su reproducción continua sobre la base de la idea de que el presente se renueva a sí mismo, con lo cual queda fuera del terreno todo intento de transformación social. Es, como señalara A. Sánchez Vázquez, "propio del pensamiento posmoderno esta exaltación del presente y negación del futuro que, en verdad, es la conciliación con un presente, el nuestro, conciliación que es siempre la marca del conservadurismo".<sup>3</sup>

La visión afirmativa del cambio social progresivo legado por la modernidad, que va desde el proyecto ilustrado burgués de emancipación humana hasta lo más valioso de la crítica a sus limitaciones puesto de manifiesto por *Marx*, como fundamento imprescindible de la fundación de un proyecto liberador superior, más amplio en sus propósitos y más profundo en los medios de realización, queda bajo el prisma posmodernista, deslegitimizado.<sup>3</sup>

3. Aquellas concepciones, dentro de ellas las de la Revolución Cubana, que sostienen la idea de que el socialismo como alternativa histórica mantiene hoy toda su fuerza ya que se conservan las causas que le dan origen, y la humanidad no conoce otra vía de propiciar la restitución humana real. El perfeccionamiento se concibe dentro del socialismo y en favor suyo, aunque las diferentes circunstancias históricas y culturales existentes en el mundo determinen la diversidad de formas de su ejecución.

El revés sufrido por el socialismo no es de ningún modo sinónimo de su fracaso como aspiración suprema de la humanidad, como opción real y en muchos casos única que algunos países han escogido para transitar hacia el desarrollo económico y lograr parejamente la equidad social y la dignidad nacional. Las ideas básicas del socialismo, aún al plasmarse en la práctica de muy diversos modos, están inspiradas en la justicia y la igualdad social, en la solidaridad humana, y estos rasgos no son precisamente los distintivos del capitalismo contemporáneo y mucho menos lo son cuando se trata del capitalismo subdesarrollado y dependiente. Así se promueven y difunden muestras del relativo éxito del capitalismo moderno, y se obvia el hecho de que para que un país en este sistema saliera adelante fue necesario que otros se retrasaran. Por otra parte, ya sin referirnos a las desigualdades internas de cada uno de ellos, su riqueza proviene en gran medida de la pobreza que como consecuencia del saqueo, han legado al mundo subdesarrollado.

El desarrollo de una sociedad adquiere sentido si se coloca en función de la transformación del hombre, de la multiplicación de su capacidad creadora y no de la codicia y el egoísmo centrados en la absorción irracional de bienes de consumo como un fin en sí, divorciado del bienestar integral a que aspira por naturaleza la condición humana.

El capitalismo ha tratado, sin embargo, históricamente, de hacer pasar por universales sus criterios acerca del progreso y de los valores humanos, y se caracteriza en la práctica por el balance poco equitativo e injusto que lo preside. Una resultante ha sido la herencia y hábitos consumistas legados por estas sociedades presididas por el espíritu de la ganancia, por propósitos egoístas y no por el afán de solucionar las necesidades del hombre, racionalmente concebidas, tanto en sentido material como espiritual.

Los que nos relacionamos de algún modo con la actividad docente conocemos bien de temas que se niegan a sujetarse, afortunadamente, al enfoque tradicional en su impartición. ¿Cómo sostener siendo fieles a la objetividad, condición esencial de la ciencia, que la enajenación no es real en el socialismo, o que su existencia obedece meramente a residuos del capitalismo, si la vida por su parte está negando continuamente este estrecho marco de análisis?

Son numerosos los hechos que prueban la existencia de enajenación en el socialismo. Llegado a este punto del análisis surgen diversas interrogantes relacionadas con sus posibles causas, las condiciones que la propician y los grados de su eliminación como aspiración suprema del humanismo real.

El socialismo no constituye un régimen social dado de una vez y para siempre. El ideal socialista como aspiración deviene en proceso continuo de perfeccionamiento que atraviesa diferentes etapas y en ellas es matizado por logros, conquistas y también por errores y desaciertos. En su camino resulta decisiva la solución de las numerosas contradicciones planteadas por el movimiento progresivo de la sociedad hacia estructuras cualitativamente superiores, la acción consciente y consecuente por mantener el objetivo socialista en medio de dificultades internas y presiones externas que tratan de demoverlo, tornarlo reversible y devaluarlo como disyuntiva histórica.

Refiriéndose a la permanente autocrítica del proceso socialista *Marx* apuntaba: "...las revoluciones proletarias como las del siglo *xix*, se critican constantemente a sí mismas, se interrumpen continuamente en su propia marcha, vuelven sobre lo que parecía terminado, para comenzar de nuevo, se burlan concienzuda y cruelmente de las indecisiones, de los lados flojos".<sup>4</sup>

Siendo la plasmación del ideal de justicia de la humanidad, ¿a qué obedece entonces la enajenación en el socialismo?. Aquí concurren 3 posibles respuestas.

Puede apreciarse en su permanencia la existencia de residuos de la sociedad anterior, fomentados por factores externos y alentados por estereotipos de las sociedades capitalistas. Sin dudas, ésta es una condicionante de peso a tener en cuenta.<sup>5</sup> Pero al propio tiempo, están presentes aspectos que no pueden ser desconocidos, pues quedaríamos atrapados en la más estéril de las valoraciones.

A la anterior determinación se agregan deformaciones y desproporciones producidas en el tránsito hacia una nueva cualidad social, así como el conjunto de posibles causas que pueden reproducir la alienación en los marcos del socialismo. El análisis íntegro nos prevendrá contra la unilateralidad o la simplificación que se derivaría de tomar una sola de las fuentes y descartar o subestimar las restantes.

Reflexionemos sobre los anteriores elementos.

El socialismo se construye en sociedades en las que han primado, por lo general, las relaciones capitalistas de producción, y se conservan huellas y factores de éste, incluso al propio hombre formado en él. La herencia legada por este sistema, por tal motivo, abarca tanto a factores objetivos como subjetivos los cuales se instalan en el nuevo sistema. El socialismo en ciernes no comienza a erigirse partiendo de sí mismo, sino que lo hace a partir del ser social recibido, en el cual se conserva una determinada estructura socioeconómica, deformada, subdesarrollada y dependiente como lo muestra el caso de Cuba.

Si bien es real que las condiciones adversas crean en las clases sociales desfavorecidas por el sistema capitalista una disposición espontánea y natural al cambio, a la modificación de la situación existente en provecho de sus legítimos intereses, no es menos cierto que dichas clases y capas sociales se trasladan al nuevo sistema con valores, grados de desarrollo de la personalidad, niveles de organización, educación, cultura y conciencia creados a partir de su ubicación anterior en relación con los medios de producción.

Al mismo tiempo, los efectos de la coerción, originada por la ley del valor, asientan en la conciencia del productor directo ciertos mecanismos de respuesta al sistema, donde la movilización humana está sostenida en la compulsión creada por los medios que utiliza a este fin el capitalismo, en la necesidad del hombre de venderse como mercancía para subsistir. Con toda razón *Che Guevara* catalogaba al constructor del socialismo en su cualidad de producto no acabado, al trasladarse al presente en la conciencia individual ciertas taras del pasado.<sup>6</sup>

Así, la nueva sociedad se ve obligada a librar una ardua batalla contra formas residuales pretéritas asentadas en el hombre y que pueden traducirse en comportamientos individualistas o de débil respuesta en el cumplimiento del deber social cotidiano, el cual, en ocasiones, es más difícil de lograr y ser sostenido que determinadas conductas heroicas que requieren valor y arrojo en un momento dado.

Tampoco se trata, según creemos, de generalizar, al atribuirle un mayor grado de amplitud del que tienen realmente, a experiencias negativas que, por ser contrastantes con la conducta de la mayoría de las personas, sobresalen en la cotidianidad de la vida.

La atomización del ser humano en el capitalismo, su lucha a toda costa por la existencia propia, la educación sistemática dirigida al aislamiento, dejan sin dudas su huella en el ser humano.

La revolución socialista da lugar al nacimiento de la propiedad de este tipo, que es la transformación revolucionaria de más amplio alcance en esta etapa, promotora no sólo de cambios económicos, sino también sociales, culturales y éticos.

Ella desarticula las bases de la existencia de las clases explotadoras, quiebra el sustento que genera la enajenación clasista del trabajo y da lugar al inicio de un conjunto de modificaciones sustanciales en las diferentes esferas de la vida social, en el mundo espiritual del hombre, en su sistema de valores.

El individuo, libre de las secuelas que acarrea el sistema de la propiedad privada, asume el papel protagónico de constructor del nuevo orden social, adquiere esta función esencial mediante el ejercicio del trabajo, ahora liberado y une a ello los correspondientes comportamientos políticos que se derivan de la toma del poder. Pero el acto juridicopolítico que origina el nacimiento de la propiedad socialista, no crea, ni puede crear *ipso facto* las premisas económicas, culturales e ideológicas para poner punto final a la enajenación. Las propias relaciones socialistas de producción, que son su fundamento económico, no se pueden establecer en corto tiempo. Con toda razón se marcan las diferencias entre nacionalización y socialización, y entre la expresión jurídica de ésta y la verdadera socialización productiva, a fin de indicar las complejidades que posee este último aspecto al abarcar no sólo los procesos productivos, sino también la formación de una conciencia de propietario, y el desarrollo de capacidades, es decir, tanto las premisas materiales como las asociadas a comportamientos capaces de actuar sobre la realidad en forma positiva.

Se trata en esencia de una cuestión clave. La socialización que es iniciada con las sucesivas nacionalizaciones, pero que no se detiene en ellas, es un proceso mucho más abarcador, extenso y radical en el cual se asienta el nuevo orden social. Con la acción legal que le abre el camino, se da un importante paso para superar la escisión entre el factor humano y los medios de producción, y se crean las condiciones básicas para el despliegue del trabajo liberado. El primer gran acto de pasaje al socialismo, la socialización de los medios de producción, presenta el imperativo social de hacerse consciente y colocarse en función del desarrollo social del hombre.

Ahora bien, ¿qué supone este proceso? Ante todo eliminar progresivamente las bases objetivas que sostienen el trabajo enajenado. Esto es, crear las circunstancias propicias para que el individuo materialice y cosifique sus capacidades, cree el mundo de la cultura y el arte, individualice el medio, le imprima la huella de su actividad diferenciada, muestre en ese acto vital su condición de ser esencial consciente y esto constituye, como es sabido, la objetivación, es decir, el resultado de la actividad y del modo verdaderamente humano de existencia. Bajo las condiciones del capitalismo la objetivación se transforma en enajenación al extirpar del hombre su vida esencial, oponerle a sí mismo, al resultado de su trabajo, y a otros hombres. Durante el socialismo el trabajo debe llenarse de un contenido nuevo, alcanzar la condición de deber social, lo cual requiere de transformaciones en la conciencia tanto como en la vida material, que no ocurren ni pueden presentarse espontánea y automáticamente.

Asimismo, en el camino de su conformación las propias relaciones de producción socialistas presentan comprensible inmadurez, requieren de corrección y perfeccionamiento. Estas limitaciones del tránsito, que a veces opera en circunstancias históricas adversas, impiden que desde sus inicios se puedan desplegar en toda su magnitud las ventajas de la propiedad socialista, y son factores que obstaculizan la formación en el productor de la verdadera conciencia de propietario, entronizando momentos de distanciamiento entre el hombre y el resultado de su trabajo. La indisciplina, la negligencia, el descuido por la pro-

piedad social, son algunos de sus más claros indicadores. Es en este sentido que puede afirmarse que aunque el atractivo de la humanización está en condiciones de lograrlo solamente la sociedad socialista, muchos de sus indicadores existen por el momento en forma potencial.

Si los mecanismos de la ley del valor en el capitalismo mueven por sí mismos los resortes humanos, en el socialismo la acción social no puede confiarse sólo a ellos, en detrimento de la explotación de otros métodos esenciales de movilización política y social que identifican al individuo con los intereses generales, así como tampoco puede ignorarse la inmensa capacidad moral acumulada en el ser humano, susceptible de ser potenciada siempre y cuando el centro del impulso se sustente en una vanguardia que revitalice constantemente su condición entre las masas.

Los esfuerzos que demanda el tránsito al desarrollo sólo pueden lograrse si están sostenidos en profundas motivaciones éticas y políticas, en el contenido humano del trabajo, presidido por la inteligencia del hombre y apoyados en incentivos cualitativamente diferentes a los del capitalismo. ¿Se ha logrado esto en la sociedad cubana actual de forma generalizada? Es obvio que no. Como diría el *Che* cuando se refería a este aspecto: "...el hombre no ha transformado toda la coerción que lo rodea en reflejo condicionado de naturaleza social y todavía produce, en muchos casos, bajo la presión del medio".<sup>7</sup>

"El socialismo -reitera *Fidel*- no debe estar estimulando el individualismo, el hombre 'casasola', el hombre enajenado, el hombre sin motivaciones profundas; y las motivaciones profundas valen más que cualquier sacrificio. Si se van empleando métodos que estén reñidos con esos principios usted no llega a ninguna parte."<sup>8</sup>

Promover el despliegue de la capacidad individual, lograr el máximo desarrollo de las facultades del individuo, así como alcanzar una personalidad más plena, es propósito que se estimula mediante móviles profundos, mediante el empleo de métodos en tal sentido.

El proyecto socialista tiene que salir adelante con la utilización de elementos del modo capitalista, algunos de los cuales comienzan a funcionar entonces en los marcos de diferentes relaciones sociales. Todo ello acarrea no pocas dificultades y obstáculos a la hora de ponderar el equilibrio entre el interés social y el individual, el estímulo material y el moral, para lograr un diseño cuya razón de ser sea el propio hombre.

En la revolución socialista, es conocido, se expresa un rasgo inherente a la dialéctica, esto es, la relación entre la continuidad y la ruptura. Pero el nacimiento, no sin traumas, del nuevo orden, las múltiples tensiones de las relaciones que se fraguan colocan en ocasiones el acento en el rechazo de experiencias o tecnologías que simbolizan anteriores estructuras, desestimándose lo que pudiera ser punto de apoyo en el sentido tecnológico y organizativo, de control. El *Che* acertadamente subrayaba algo de vigencia en nuestros días respecto a que "...nuestras fábricas han heredado del capitalismo una técnica que no siempre fueron capaces de mantener, esa es la verdad. Hay controles técnicos y controles de calidad que han caído, y también la productividad en algunos sectores ha bajado bastante".<sup>9</sup>



Por otra parte, no es la esfera económica la única relacionada con la enajenación en el socialismo.

Al tomar el poder la revolución enfrenta complejas tareas tanto económicas como en el orden político y social.

En el ejercicio del poder estatal se evidencian con claridad las limitaciones de la clase social que toma por vez primera las riendas del Estado, se encuentra sin la experiencia necesaria y carente de los cuadros idóneos para responder a las demandas y cúmulos de tareas que emanan del desarrollo en todos los órdenes.

Tal situación estimula el burocratismo, que asentado en la hipertrofia de la función administrativa, comienza a producirse en el momento en que a los viejos defectos heredados del capitalismo, se agregan nuevas causas añadidas por la dinámica social, tales como la falta de conciencia revolucionaria o el conformismo ante lo mal hecho, la carencia de iniciativas, el desbalance existente entre la complejidad de problemas a resolver y la capacidad de solucionarlos. Todo esto conduce a una larga separación entre el sujeto de la actividad política y el hecho social concreto.<sup>10</sup>

Con toda razón, remitiéndose a las causas del burocratismo el *Che* apuntaba 3: el conformismo y la carencia de conciencia revolucionaria ante lo mal hecho, la falta de organización y la ausencia de conocimientos.

De ahí que en la concepción del *Che Guevara*, el hombre, su preparación, calificación, elevación de la conciencia, constituyeran el eje central para superar este fenómeno, que en síntesis contribuye al extrañamiento del individuo respecto a los procesos reales que le circundan.

Todo lo expuesto anteriormente nos permite afirmar que la eliminación de las bases económicas de la alienación no conduce a su erradicación, así como tampoco acarrea espontáneamente una actitud positiva en toda la sociedad que se corresponda con las condiciones que desde sus inicios crea el trabajo liberado. Los propios fundamentos económicos que causan la enajenación tampoco pueden ser erradicados en corto tiempo.

Las causas que pueden reproducir la enajenación en el socialismo, aparte de los residuos, errores y deformaciones, se pueden sintetizar en:

1. Insuficiente madurez del ser social y de la conciencia social e individual, lo cual es comprensible porque las modificaciones en ambos resultan a largo plazo y operan en medio de circunstancias adversas.
2. Relación no siempre equilibrada entre la continuidad y la ruptura, con relación a conservar y desarrollar en el socialismo, elementos técnicos, organizativos y de control que constituyen logros del desarrollo de los procesos productivos universales.
3. Existencia de factores coyunturales adversos que traen consigo afectaciones y limitaciones de recursos, que cancelan transitoriamente algunos rubros de desarrollo social y particularmente de consumo individual, lo cual unido a la permanente influencia imperialista, genera actitudes enajenadas y pueden constituir una fuente potencial de enajenación.

El vuelco histórico en Cuba en 1959 acarreó el advenimiento de condiciones más propicias para el desarrollo de la sociedad y, paralelamente, para la transformación del individuo.

La transformación sustancial en las condiciones de vida y las perspectivas abiertas en tal sentido se tradujeron en una mayor actividad política de los hombres, en la identificación paulatina con el proyecto revolucionario que le favorecía, en una nueva relación entre el ser individual y la comunidad.

Ello fue un factor de peso en la ruptura del inmovilismo de determinados sectores, el cual se había originado en gran medida por la creciente falta de fe en los gobernantes corruptos que padeció la república burguesa. La libertad le llegó al cubano relacionada con la dignidad nacional, la redistribución de la riqueza y la desarticulación de condiciones antihumanas de actividad laboral. En el individuo se afirmaba al propio tiempo la genuina satisfacción por pertenecer a un país que rompió firmemente con el dominio, supuestamente inevitable, de unos hombres sobre otros y de un poderoso imperio sobre un país hasta entonces dependiente. Las diferentes circunstancias históricas que se desplegaban afirmaban su condición de ser humano, su capacidad de actuar como tal, preparándose para ello en medio del proceso de su accionar.

En el curso de la confrontación con los presuntos valores de la sociedad burguesa el ciudadano avanzó en el despliegue de sus potencialidades, en la concientización de su fisonomía propia y en el ejercicio de comportamientos incorporados a partir de entonces como valores propios.

Destacando su significación *Fidel* ha subrayado: "Creo que debemos promover el desarrollo de la capacidad individual; creo que no son irreconciliables el espíritu social, de colaboración y el desarrollo máximo de las facultades del individuo, las facultades físicas, las facultades intelectuales de las personas; al contrario, nosotros las promovemos; no el egoísmo individual, pero sí el desarrollo más pleno de la personalidad. No es lo mismo la individualidad que el individualismo. Nuestra concepción no rinde culto al individualismo; puede rendir culto al individuo, a su capacidad, al desarrollo de su inteligencia, a sus cualidades intelectuales, pero no rendimos culto al individualismo; pensamos más con un sentido de familia y su reunión, de fraternidad".<sup>11</sup>

No es posible, sin embargo, tratar el tema de la enajenación actualmente obviando las peculiaridades adicionadas por las condiciones del período especial, que tienen su incidencia en la conducta humana.

Algunas dimensiones del tema permiten destacar las coordenadas reales de la emancipación de contenido socialista tal y como se proyecta en Cuba:

1. La ética de la resistencia, decisiva para conservar las conquistas del socialismo, se fragua en lucha permanente con otras tendencias éticas que se desprenden de la escasez, la falta de control, el individualismo, y otros rasgos perjudiciales que padece la sociedad y que pugnan por abrirse un espacio propio por la vía del parasitismo, las transacciones ilegales, la desatención al trabajo.<sup>12</sup> La situación transitoria de igualitarismo, de compartir en fórmula humana y equitativa los recursos disponibles, introducen de alguna forma el

desestímulo al trabajo. Así, en la medida en que el país vaya rebasando la crisis económica, se irán aplicando políticas de estímulo monetario de tipo salarial, y otras que lejos de constituir una contradicción con la ideología rectora del proceso cubano, tendrán un efecto renovador en la economía.

No hay que olvidar del mismo modo lo que ha dado en llamarse *costo social* de la aplicación en el país de variantes de inversión de capital extranjero y del hecho mismo de la ampliación del sector del turismo.

2. El nivel de vida, los alcances educacionales y en materia de salud, la elevación del nivel cultural, han preparado en Cuba al ciudadano y han conformado un grupo de expectativas relacionadas con la obtención de nuevos niveles de consumo, que en las condiciones del período especial son constreñidos o anulados.
3. Amplios sectores de la población, por desconocimiento del pasado, olvido o simplemente por adaptación al nuevo nivel de vida, asumen el conjunto de beneficios aportados por el socialismo, como algo consustancial a la vida, que viene dado con ella. La dignidad, la justicia, la política social de la revolución, la calidad de la vida que trae aparejada constituyen, bajo este prisma, prerrogativas naturales a las que tiene derecho el ser humano. Las comparaciones en ocasiones tanto inevitables como necesarias con el contexto más cercano, América Latina, la recurrencia a la memoria histórica nacional, no se descodifica en toda su magnitud en sus diferentes aristas, aunque también es cierto que se hace perfeccionar las vías y formas de mostrar estas realidades, allí donde la comparación fortalece la confianza en la opción socialista.
4. Concepciones teóricas diversas fueron elaboradas atendiendo al referente que la teoría del socialismo europeo había aportado, y aunque no es nuestro caso haber desconocido lo nacional, la historia, las tradiciones, ellos no estuvieron presentes en forma suficiente en textos, en la docencia, en diversos diseños sociales, en la creación de hábitos patrióticos de educación, de conducta ante la vida.
5. No constituye un secreto que la temática de la enajenación ha pasado en el pensamiento marxista básicamente por el eje que explica la explotación clasista del trabajo, restando con ello claridad a la captación de manifestaciones sociales de mayor alcance y vigencia en el socialismo, más cercanas a todo el conjunto de acciones que se derivan del tránsito de un sistema a otro.

La supervivencia de la revolución y del socialismo, la preservación de la independencia del país son la premisa imprescindible para mantener el proyecto humanista, conservar la dignidad nacional y salvaguardar la justicia alcanzada hasta el presente. "El cubano ahora -ha dicho *Martí* con visión de futuro- ha de llevar la gloria por la rienda, ha de ajustar a la realidad conocida el entusiasmo, ha de reducir el sueño divino a lo posible, ha de preparar lo venidero con todo el bien y el mal de lo presente, ha de evitar la recaída en los errores que lo privaron de la libertad, ha de poner la naturaleza sobre el libro..." De todas las sangres estamos hechos, y hay que buscar al compuesto modos propios".<sup>13</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. C Marx. Manuscritos económicos y filosóficos de 1844. Editorial Pueblo y Educación. La Habana,1973:72.
2. E. Che Guevara. Escritos y discursos. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, 1985, T.8: 257.
3. A. Sánchez Vázquez. Posmodernismo, posmodernidad y socialismo. Casa de las Américas, año XXX, No. 175, julio-agosto de 1989.
4. Carlos Marx. El dieciocho Brumario de Luis Bonaparte. En: Obras Escogidas en 3 tomos, Moscú,1973, Tomo I: 411.
5. Narski I. La categoría enajenación y la lucha ideológica. En: Ciencias filosóficas. No. 6 de 1986 (en ruso).
6. Guevara E. Che. El socialismo y el hombre en Cuba. Ibíd. T.8.
7. Ibíd.
8. Castro F. Granma 3 de octubre de 1989.
9. Guevara E. Che. Participación en un programa televisado acerca de la implantación de normas de trabajo y escala salarial en los sectores industriales. Ibíd T. 7.
10. Machado Darío L. Burocracia y burocratismo. Editora Política, La Habana, 1990.
11. Castro F. Entrevista concedida a la periodista María Shriver de la cadena de televisión NBC, 24 de febrero de 1988. En Suplemento especial de Granma, lunes 29 de febrero de 1988.
12. Blanco A. Cuba: ética y revolución, En Acuario. Suplemento del Centro Félix Varela, No. 1. 1993.
13. Martí José. Carta a Gonzalo de Quesada. Obras Completas. Edit. Ciencias Sociales, La Habana, 1975, T. 5: 196.

## La relación entre enajenación y salud

*Lic: María Elena Macías Llanes*

El enfoque filosófico de la relación entre la enajenación y la salud tiene más de una arista de reflexión dado por la complejidad de ambos fenómenos, y contiene además una exigencia: la demostración de que tal enfoque existe y es necesario, sin caer en el peligro de incursionar en límites correspondientes a otras ciencias.

¿En qué consiste la significación filosófica de la enajenación?

La significación filosófica de este problema tiene que ver con la comprensión que se tenga sobre el hombre y su actividad, es decir, sobre su esencia y la cualidad de su relación con el mundo.

¿Permite la existencia de cada individuo el despliegue de todas sus capacidades y potencias humanas o por el contrario, existen obstáculos que impiden el desenvolvimiento de la esencia humana, su dominio sobre la realidad natural que le corresponde?

En la respuesta a esta interrogante se mueve la problemática de la enajenación o alienación entendida como el proceso en el cual los resultados de la actividad humana y ella misma se transforman en algo que domina sobre los hombres, en obstáculo que separa la existencia del individuo humano de su propia esencia social.

Singular importancia tiene la concepción marxista sobre las causas de la enajenación de la esencia humana, que no le permite apropiarse de la realidad, sino al contrario provoca que ésta le domine. Estas causas se hallan según *Marx*, en las condiciones concretas de vida, en la calidad de las relaciones sociales en la que el hombre se desenvuelve.<sup>1</sup> Por tanto, la alienación tiene por causas unas determinadas condiciones materiales que constituyen factores enajenantes de la actividad vital humana y no sólo es "una ilusión del espíritu" como lo comprende el idealismo.

La explicación hegeliana como ejemplo de esta corriente filosófica limita la enajenación sólo al aspecto subjetivo; el hombre no "reconoce" en lo creado su propia obra, y por ende considera su propio producto como una realidad extraña. Por mucho que se profundice en la posición idealista sobre las causas de la enajenación éstas siempre quedan en la esfera de lo ideal.<sup>2</sup>

La comprensión materialista no desestima el aspecto espiritual, pero busca su fundamentación última en la vida material de una sociedad concreta, en las relaciones sociales que le dan origen: la aparición de la división social del trabajo, que en el proceso del desarrollo social favorece la aparición de la

propiedad privada sobre los medios de producción y desde entonces todas las formas de socialidad que se han sucedido expresiones del antagonismo social. *Marx* demostró al investigar en profundidad el capitalismo, cómo este tipo de sociedad intensifica hasta un punto extremo las contradicciones del proceso histórico, con el fin del incremento de las fuerzas productivas, creando la "forma extrema de alienación".<sup>3</sup>

En la sociedad fundada sobre la producción mercantil el carácter social de la actividad y el producto, así como la participación del individuo en la producción, son extraños y cosificados frente al individuo. Las relaciones que éstos mantienen configuran una subordinación a relaciones que existen independientemente de ellos y surgen del choque entre los individuos indiferentes entre sí.

El intercambio universal de actividades y productos, que ha pasado a ser condición de vida y relación mutua de los individuos particulares, se presenta ante ellos como una cosa ajena e independiente.<sup>4</sup>

De una forma detallada *Marx* expone en los "*Manuscritos Económico-filosóficos de 1844*" los 3 aspectos esenciales de la enajenación económica:

1. La enajenación del producto del trabajo, donde éste deja de pertenecer al que lo ha creado y pasa a pertenecer al dueño de los medios de producción. El producto del trabajo, hecho mercancía y luego dinero, llega a ser poder enajenado de la humanidad, pertenece sólo a algunas personas, no a todas, haciendo que el objeto que el trabajo produce se oponga a él como a un ser extraño, como un poder independiente del productor.

"La alienación del obrero en su producto significa no sólo que su trabajo se convierte en objeto existencia externa, sino que existe como algo alienado a él, y que se convierte en poder en sí mismo al enfrentarlo, significa que la vida que le ha conferido en el objeto se le opone como algo hostil y ajeno."<sup>5</sup>

2. La enajenación del trabajo mismo, hace que el obrero dependa del dueño de los medios de producción, es él el que fija los objetivos, las condiciones y el ritmo de trabajo. El trabajo deja de ser la expresión de necesidad interna del hombre de crear más allá de sí mismo; para llegar a ser, por la enajenación de sus fines, una obligación externa. Como subrayara *Marx* "...no la satisfacción de una necesidad, sino el medio de satisfacer necesidades fuera del trabajo". Lo propiamente humano en el hombre, se hace así un medio de satisfacer las necesidades animales del hombre.<sup>6</sup>

3. La enajenación del hombre mismo que deja de ser un fin para convertirse en un medio, sólo en un "componente" del mecanismo general de la producción.

"Al enajenar del hombre su propia naturaleza, en sus propias funciones activas, su actividad vital, el trabajo enajenado, enajena la esencia del hombre. Convierte la vida de la especie en un medio de vida individual".<sup>7</sup>

*Marx* todavía deriva una consecuencia más del trabajo enajenado: "...el enajenamiento del hombre por el hombre. Si un hombre es confrontado a sí

mismo, es confrontado por otro hombre. Lo que se aplica a la relación del hombre con su trabajo, el producto de su trabajo, y a sí mismo, también vale para la relación del hombre con el otro hombre, y para el trabajo del otro hombre y el objeto de su trabajo".<sup>8</sup>

De esta enajenación económica se derivan todas las demás formas de enajenación: primero la enajenación política, luego la del Estado y posteriormente otras más como la enajenación moral y religiosa.

La enajenación política -el poder como monopolio de una clase que se opone a la clase dominada y explotada como una fuerza exterior, ajena y hostil- engendra cierto número de ilusiones, un verdadero desdoblamiento del hombre: por un lado el individuo que persigue de forma particular su interés; y por otro, un ciudadano abstracto gozando ilusoriamente de una libertad tan abstracta como él mismo, refrendada por un poder estatal que se halla por encima de él.

Adquiriendo las más diversas formas ideológicas, normando la actitud del hombre desde la política, la religión y la moral, la voluntad (interés) de la clase dominante se erige en poder que subyuga al individuo, el cual no puede abstraerse de su sustancia social.

El resultado, un hombre impotente ante las fuerzas sociales, en un medio social que se aleja de la condición humana en todo el sentido de su significado, para convertirse en sociedad hostil, extraña, incapaz de proporcionar la realización del hombre como ser esencial, es decir, una sociedad donde no es posible el pleno desarrollo de las capacidades y dotes humanas, o como lo entendiera *Marx* al analizar el devenir histórico, el comienzo del desarrollo de las capacidades de la especie humana se produce a costa de la mayoría de los individuos de la especie.

Tal parecería que las condiciones materiales y espirituales de la enajenación dejan fuera a las clases explotadoras por ocupar ellas el lugar privilegiado que les otorga el poder económico y político. Pero nada más lejos de eso, aunque sea bajo condiciones diferentes portadoras de maneras radicalmente distintas de alienación, la clase explotadora es tan ajena a la esencia del hombre como los desposeídos por ella.

Cierto que tales clases tienen a su disposición toda la riqueza y poder creados por el trabajo ajeno, pero esa riqueza pierde su carácter humano al adquirir la forma enajenada de dinero que subyuga a los individuos a su vez, "...el dinero transforma las verdaderas potencias esenciales del hombre y la naturaleza en simples fantasías abstractas y, por lo tanto, en imperfecciones -en quimeras atormentadoras- al igual que transforma las verdaderas imperfecciones en quimeras -existentes sólo en la imaginación del individuo- en verdaderas potencias y facultades".<sup>9</sup>

No cabe dudas que con la existencia de la propiedad privada la sociedad mercantil toda se halla en condiciones favorables para la enajenación, que en los más diversos modos de manifestarse, se comporta como sociedad enajenada.<sup>10</sup>

## LAS CONDICIONES DE LA SALUD

Semejante visión materialista de la enajenación da luz para comprender sus nexos con la problemática de la salud, pero esto depende aún del desarrollo alcanzado por las nociones sobre la última, que propicien puntos de análisis confluyentes.

Un hecho de suma importancia en la evolución del objeto de la Medicina, ha sido el reconocimiento de la complejidad del fenómeno que es la salud, permitiendo la entrada del pensamiento científico cada vez con mayor claridad a sus determinantes sociales.

Las nociones acerca de la salud han transitado desde definiciones que la identificaban únicamente con la ausencia de procesos morbosos, hasta aquellas que le sitúan en condiciones sociales concretas, delimitadas históricamente.

Hoy se comprende que las tentativas de definir la salud como **bienestar, norma de funcionamiento, o estado**, tienen un rango muy limitado por su carácter subjetivo y es necesario superarlas. Si la salud y la enfermedad no son cuestiones privadas, ni por su origen, transmisibilidad o consecuencias, su búsqueda requiere de múltiples interacciones.

De acuerdo con *Barreras, A., Dujarric, R., y Llorens, J.*,<sup>11</sup> la salud manifestándose como una interacción múltiple, debe definirse como: la calidad de la existencia del hombre determinada por su relación armónica con el medio social-natural que le corresponde.

Definir la categoría de salud de esta manera significa precisar el momento y lugar, es decir, las condiciones concretas en que puede ser analizada, único camino para hallar medidas posibles a la categoría **calidad de la existencia del hombre**.

Lógicamente la presencia de enajenación en la sociedad es inversamente proporcional a la calidad de dicha existencia. Quizás bastaría con demostrar que en condiciones de alienación se limitan considerablemente los diversos componentes de la salud que señala *Reynaldo Pérez Lovelle*. Dicho autor coloca junto a la ausencia de daños morfológicos y limitaciones funcionales otras cualidades de la salud: determinado nivel de bienestar subjetivo, determinado nivel de bienestar social, lo que implica posibilidades sociales de desarrollo del individuo en el plano económico, cultural, etc.; y determinado nivel de desarrollo de la personalidad.<sup>12</sup>

Resulta obvio que existiendo enajenación esos niveles que cualifican la salud se vean afectados y provocan movimiento hacia los umbrales de enfermedad. Pero éstas, son consideraciones a nuestro criterio aún demasiado abstractas y se necesita de un enfoque mucho más concreto.

Según el modelo propuesto por *Pérez Lovelle*, existen 3 niveles de determinación social de la salud, que son el nivel macrosocial, el nivel grupal y el nivel individual.

Intentemos aclarar algunos aspectos de la influencia de la enajenación en la determinación del proceso salud enfermedad, con ayuda de este modelo.



## LA ENAJENACIÓN Y EL NIVEL DE DETERMINACIÓN MACROSOCIAL DE LA SALUD

Este primer nivel denominado *macrosocial* es donde se establece relación entre la formación económico social como un todo y el estado de salud de la población en general (ya sea del mundo, de una región o un país determinado).

Preguntarse sobre la manifestación de enajenación en este punto requiere cuestionarse, en primer lugar, en qué medida se expresa la "armonía" del hombre con el medio social-natural que le corresponde. Y por ese camino se detectan muchos puntos de rompimiento de la armonía, comenzando por la discordancia de la sociedad con respecto a la naturaleza y desde luego la discordancia propia de las relaciones sociales.

La relación de la sociedad con la naturaleza en su etapa actual es una muestra evidente de cuán enajenada se halla la primera, en los marcos de un orden económico mundial que impone el capitalismo transnacionalizado.

La crisis ecológica que ha adquirido carácter global es el producto indeseado de una actividad humana desequilibrada y falta de perspectiva; es expresión de que en tales condiciones el hombre pierde en su esencia al poner en peligro su propia existencia y la vida toda en el planeta.

La influencia de la ecología en la salud es diversa y el hombre no puede pretender elevar la calidad de su existencia si no tiene en cuenta su relación con la naturaleza. Afortunadamente son muchas las voces que hoy reclaman cordura a nivel planetario en relación al problema ecológico, de la relación entre el desarrollo científicotécnico y el desarrollo social, y aparecen conceptos como el de desarrollo sustentable apuntando a la necesidad de no empeñar el futuro de las nuevas generaciones.

Sin embargo, la solución del problema ecológico tiene en su fundamento la "cordura", a su vez, de las relaciones sociales, de las que depende en definitiva la cualidad del desarrollo social. Se trata de cuáles son las condicionantes economicosociales y algo evidente en el mundo de hoy es que se halla sumido en hondas contradicciones, en un inmenso desbalance entre el nivel de desarrollo de diferentes regiones y países aunque estén incluidos en una misma formación economicosocial.

La abismal diferencia entre países llamados del primer mundo y los del mundo subdesarrollado muestra fenómenos que "mueven" hacia la enfermedad social y por ende son símbolos de enajenación, los males que genera la desigual distribución de las riquezas, tienen en la pobreza y sus secuelas para el estado de salud de las diversas poblaciones su primer exponente.

El desempleo y la marginalidad crecientes en el mundo contemporáneo pueden ser comprendidas tanto en el espacio interior de los países desarrollados, como de éstos en relación a los subdesarrollados. Si se tiene en cuenta la ley de depauperización de la clase obrera enunciada por *Marx*: mientras mayor riqueza, mayor pobreza se genera; y eso significa mayor alienación de las clases marginales y desposeídas, entiéndase también mayor alienación en los países desposeídos.

Las diferencias en los cuadros de salud no deja lugar a dudas, incluso entre regularidades al parecer más alejadas de la determinación económica, como la que existe entre las tasas de crecimiento de la población de una región a otra, y las diversas políticas de control de la natalidad que desencadenan.

La enajenación de este nivel macrosocial se expresa, además, en la propia actividad de Organización de la Salud Pública. Pretendemos analizarlas en 3 vertientes:

1. La alienación en la gestión de salud.
2. La alienación en los profesionales de la salud.
3. La alienación en las poblaciones con respecto a la salud.

La enajenación política -entendida bien como indiferencia política de las masas y como pérdida del sentido de dirección política a cuenta del interés mercantil en las condiciones del capitalismo hoy- constituye la fuente más directa de influencia sobre el extrañamiento de la salud pública.

El componente de propiedad privada en la salud pública existente en muchos países le imprime a dicha esfera un nítido carácter mercantil, aunque esté acompañado de formas estatales, y condiciona la alienación de la gestión de salud; ésta, en vez de enfrentar la situación de salud de acuerdo a necesidades sociales, persigue sólo fines económicos. Un fenómeno tal se ha producido con las transnacionales farmacéuticas.

Es alienante la pretensión de cambiar el estado de salud de la población mediante cambios en los sistemas de salud, sin tener en cuenta que, por más que se cambien éstos, la condicionante fundamental se halla en la esfera de lo económico, en las posibilidades de desarrollo económico del sistema.

Aún, en el caso de tenerse en cuenta los indicadores que se utilizan por los organismos internacionales para evaluar el nivel de desarrollo humano y económico: esperanza de vida, distribución de ingresos, tasa de mortalidad infantil,<sup>13</sup>etc., deben ser completados para la interpretación de las necesidades con otros tipos de variables, esta vez subjetivas, de cómo el individuo percibe su vida y cómo se percibe a sí mismo. Sólo así se comprendería cómo un país desarrollado que exhibe un alto promedio de años de esperanza de vida por encima de los 75, reporte la más alta tasa de suicidios.

Por parte de los profesionales de la salud, la actividad se enajena cuando se aparta de su fin social y se convierte en medio de vida, eso se pone de manifiesto sobre todo, donde dentro de la salud pública existen elementos de propiedad privada y el profesional, partiendo de su situación de clase, puede ser un asalariado o un propietario de cualquiera de las instituciones de salud.

Este hecho no constituye algo absoluto, puesto que no dejan de existir los profesionales que aún en condiciones de propiedad privada, no apartan su actividad de su fin social. Mucho más cuando se trata de una esfera que exhibe una tradición ética profesional.

Del mismo modo, sería aseverar que no existe alienación en la profesión en una sociedad, por el hecho de que no exista el elemento privado en la

salud pública, no dejan de existir ejemplos de conductas inadecuadas. Un profesional que en un sistema de salud como el nuestro descuide la calidad del servicio, o que su fin sea el interés individual, el amiguismo o la falta de responsabilidad, está asumiendo actitudes alienadas.

En todo caso no olvidemos que las manifestaciones de enajenación en la profesión contienen el factor subjetivo: conciencia-valoración, determinante de la actitud a asumir, y que tal factor tiene a su vez una relativa independencia a las condiciones materiales de la actividad.

Analizando la población, las formas de enajenación con respecto a la salud son variadas; en primer lugar, las diferencias que existen entre los distintos países en cuanto al acceso a los servicios de salud y educación, ya en sí, provocan grandes desbalances en los niveles de desarrollo de la cultura de la salud. En estos casos, la manipulación de las necesidades de salud de la población se da con abundancia marcada, cuando se persiguen fines económicos con los servicios, a través de los seguros médicos o con los medicamentos, por ejemplo.

## LA ENAJENACIÓN Y EL NIVEL DE DETERMINACIÓN GRUPAL

En este segundo nivel, la relación a estudiar es entre el modo y las condiciones de vida de determinado grupo y el estado de salud de ese grupo, ya sea clase, grupo profesional, etc.

Lo primero que salta a la vista es el hecho de que no hay una distribución homogénea de las enfermedades de todas las clases sociales de la población. Aunque no son comunes los estudios que lo demuestran, lo cierto es, que las minorías étnicas, las clases y los sectores desposeídos aún enferman de desnutrición, parasitismo e infecciones, técnicamente rebasadas por la medicina actual y por los niveles de vida que genera el desarrollo.

Pero, con respecto a este nivel lo más llamativo constituye que las propias condiciones de vida son las que determinan el lugar que ocupa la salud en la jerarquía de valores de los grupos y clases, y con ello sus actitudes con respecto a la enfermedad y la salud.

En el mundo capitalista contemporáneo la adhesión de los grupos marginales -en constante aumento- a la drogadicción, alcoholismo, prostitución y sus secuelas para la salud, forman parte del fenómeno enajenación que desvirtúa el aspecto humano de cualquier grupo social y que no le permite actuar consecuentemente con respecto a la salud.

Otro ejemplo que demuestra ese fenómeno sin que adquiera formas extremas es el caso de grupos ocupacionales a la manera de los que trabajan en la minería, que descuidan la protección del trabajo, que es trabajar sin condiciones, y con ello asumen posturas enajenadas con respecto a la salud. Claro que dichas posturas dependen en última instancia de la característica del sistema de producción en el que están incluidos.

## LA ENAJENACIÓN Y EL NIVEL INDIVIDUAL DE DETERMINACIÓN DE LA SALUD

Se trata de la relación entre el estilo de vida individual, las condiciones individuales de vida y el estado de salud, también en el plano individual. La relación de este nivel con los 2 anteriores proviene fundamentalmente -aunque no se limita a ello- del elemento *condiciones individuales de vida*, el que por supuesto está determinado directamente por las condiciones macrosociales y grupales, que en sí mismas portan el sustrato para un proceso individual de vida enajenado o no. Téngase en cuenta que en el individuo es donde se sintetizan las condiciones sociales de una formación económica determinada y las de la clase o grupo social a la que pertenece en particular.

Sin embargo, en la vida del hombre concreto junto a tales condiciones objetivas existen las que dependen del sujeto individual. Ambas se reflejan en el concepto estilo de vida: las objetivas que sirven de base y premisa y la propia realización individual.

El grado de apropiación y asimilación del sujeto de sus condiciones existenciales depende del grado de desarrollo individual, de su personalidad, conocimientos, valores y actitudes, es decir, de su cultura. Cada individuo imprime un sello muy propio, un estilo con el que realiza esa apropiación de las condiciones económicas, políticas, morales y en el cual objetiva su existencia, una peculiar forma de actuar.

Sin dudas que el estado de salud individual está en dependencia de las condiciones y del estilo de vida, donde entran en acción con un peso importante los elementos derivados del momento subjetivo de la actividad.

El hombre enajenado no puede asimilar correctamente sus condiciones de existencia y por tanto tampoco "elegirá" adecuadamente su estilo de vida, sus fines. Se produce entonces un desbalance entre sus necesidades y capacidades y las posibilidades que tiene para satisfacerlas.

"La salud es la existencia plétórica, de cuyo resultado la vida y la actividad del hombre son percibidas por él como autodesarrollo natural de las características y cualidades esenciales propias de él." <sup>14</sup>

Enajenación significa la limitación de la búsqueda por el hombre y adecuada elección del sentido de su vida, si entendemos que el sentido de la vida es la misión del hombre de desarrollar todas y cada una de sus capacidades.

El desarrollo del hombre se mide pues por el nivel de desarrollo de sus capacidades y específicamente su capacidad de transformar el medio sacionatural, este enunciado coincide con la definición de calidad de vida que significa: "grado de control que el individuo mantenga sobre su entorno".<sup>15</sup>

El desarrollo de la personalidad, recuérdese que es un elemento componente de la salud, es por tanto opuesta a enajenación.

Esencia y existencia alienadas, es decir, que el individuo está incapacitado de controlar el medio, que su vida no tiene la suficiente calidad.

El estilo de vida escogido por el individuo tiene como ingrediente cómo se percibe por él la vida misma y con ello cómo se percibe y siente la salud, cómo se actúa con respecto a ella.

Conocimiento y actuación hacia la salud (que se integran en el concepto ya estudiado de cultura de la salud) tiene como principio el lugar que ésta ocupa dentro de la jerarquía de valores del individuo. Dicho lugar, si bien está determinado objetivamente por las condiciones materiales y espirituales -tradiciones, costumbres- también depende del sujeto mismo.

Es un ejemplo obvio de enajenación el que el individuo no se sienta y por tanto no actúe de forma responsable por su salud (como se explicaba con anterioridad) y deposite la responsabilidad en terceros; ya sea concibiendo la salud como un "don" no terrenal que escapa a su dominio y la enfermedad un castigo, como depositando responsabilidad en el Estado (entiéndase los servicios de salud).

La ciencia conoce hoy un sinnúmero de patologías que se pueden relacionar con la enajenación a nivel individual, pero el efecto de la enajenación sobre la salud, como se ha ido analizando en los diferentes niveles de determinación macrosocial, grupal e individual, no se limita a las enfermedades mentales.

El fenómeno enajenación de la salud va mucho más allá: a la irracionalidad de la relación con la naturaleza, a la irracionalidad de las propias relaciones sociales -entiéndase las relaciones de producción-, a la organización de la salud pública y el carácter de los servicios de salud, a la pertenencia de los individuos actuantes a determinados grupos y clases sociales y por último al propio individuo y su estilo de vida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marx, C. Manuscritos Económico-Filosóficos del 44. Ed. Pueblo y Educación, 1975:69-80.
2. Lecciones de Filosofía Marxista-Leninista. Colectivo de autores. MES, 1991:235-237.
3. Marx, Carlos. "Fundamentos de la Crítica de la Economía Política 1857-1858", Vol. I, p. 481 (en ruso).
4. Idem, p. 94.
5. Marx, Carlos. "Manuscritos Económico-Filosóficos del 44." Ed. Pueblo y Educación, 1975, p. 72.
6. Idem, p. 74.
7. Idem, p. 77.
8. Idem, p. 79.
9. Idem, pp. 147-148.
10. Idem (3), pp. 244-249.
11. Barreras, A. Dujarrie, R. y Llorens, J. "Filosofía y Ciencia de la Salud." Ed. Pueblo y Educación, 1991:19
12. Pérez Lovelle R. "La siquis en la determinación social de la salud". p. 29.
13. Informe sobre el Desarrollo Mundial. Banco Mundial, 1993.
14. Smirnov I. "La salud del hombre, problema filosófico". Rev Ciencias Sociales de la URSS No. 1, 1987: p. 175.
15. Fossati, GA. "Todos estamos expuestos". EPPAL, p. 92 y 94.

## La cultura de la salud

Lic. Rosa Aguirre del Busto y Lic. Doris Prieto Ramírez

El tratamiento de la cultura de la salud exige, aunque de manera breve, la conceptualización acerca de la cultura y sus funciones principales. El estudio de este fenómeno ha sido complejo para los investigadores y en la literatura al uso encontramos numerosas definiciones.

En nuestro trabajo coincidimos con lo planteado por *Kelle* y *Kovalzon* en su libro *Teoría e Historia'* al identificar las siguientes regularidades:

1. La cultura está relacionada con la actividad humana, sus resultados y el grado de asimilación de los individuos, grupos y clases sociales en torno a ellas.
2. No existe en la sociedad bajo la forma de un fenómeno social específico, presente al lado de otros fenómenos, ni entre los aspectos de la vida social que caracterizan sus esferas principales (económica, sociopolítica, espiritual), ni entre otros aspectos que se refieran a esferas no fundamentales (modo de vida, descanso, diversiones, etc.), y que podamos decir: "He aquí la cultura".
3. Al referirse la cultura a todo el proceso de transformación que realiza el hombre sobre la naturaleza y la sociedad y su asimilación, constituye un concepto imprescindible para analizar la sociedad en su conjunto, pues ella es el resultado de determinado ambiente cultural.
4. Para la definición es importante tener en cuenta la actitud que asume el sujeto (activo) hacia el objeto, que caracteriza la medida de apropiación, la actitud consciente del primero sobre los distintos procesos y fenómenos de la realidad en contacto con él.
5. La cultura es expresión generalizada del grado de desarrollo alcanzado por la sociedad, lo que significa que la cultura no sólo existe como un determinado conjunto de valores materiales y espirituales, en que viven y actúan los hombres, sino en la realización del hombre como autoproducido, como resultado de determinadas relaciones sociales.

¿Qué es la cultura?

La palabra cultura proviene del verbo latín *colo* que significa cultivo, elaboración<sup>2</sup> y que por su origen es el resultado de la actividad práctico-social-transformadora del hombre.

La cultura caracterizada del modo más general es el desarrollo del hombre como un ser social, o sea, un ser consciente, creador, con espíritu de iniciativa. Al vincular la cultura con el hombre estamos señalando que no sólo debemos

tomar en cuenta los objetos materiales, las normas y los valores que reglamentan la sociedad o las ideas y teorías materializadas en los libros, sino las acciones de los hombres en relación con lo creado en el proceso continuo de objetivación-subjetivación.<sup>3</sup>

El hombre en su interacción con la naturaleza y la sociedad, constantemente está creando valores materiales y espirituales para satisfacer sus necesidades, este proceso de continua transformación y materialización recibe el nombre de objetivación.

Simultáneamente se desarrolla el proceso inverso: subjetivación; donde las distintas clases y grupos sociales asimilan y se adueñan de lo creado por generaciones anteriores, se apropian de la experiencia, "conocimientos, práctica, valores, habilidades y maneras de concebir su relación con el mundo"<sup>4</sup> lo que permite un permanente perfeccionamiento de las relaciones sociales. "Asimilar estos resultados descubriendo el contenido humano que poseen."<sup>5</sup>

Ambos momentos expresan la complejidad del fenómeno de la cultura, dado por sus múltiples funciones y facetas, tareas, contenidos y problemas a resolver.

Condición indispensable para el desarrollo de la objetivación-subjetivación es la capacidad humana de trabajar, así, el trabajo se convierte en fundamento básico de la existencia social y a través de él, los hombres materializan las potencialidades de sus fuerzas sociales. La relación del hombre con la naturaleza no se despliega entonces con arreglo a leyes biológicas, sino sociales, donde "la naturaleza incorporada a la vida social, no sólo es premisa y condición de la vida humana, sino parte de la cultura".<sup>6</sup>

Tomando en consideración lo ya expresado es posible realizar una tipología de la cultura, clasificándola según la época: antigua, medieval, etc.; según una ciencia o esfera principal dentro de la sociedad: cultura política, jurídica, etc., según las costumbres, tradiciones o países: cultura cubana o africana, lo que expresa la identidad de cada país; y también en relación con un tipo específico de actividad: cultura del trabajo, del habla, del pensamiento, de la salud, etc.

¿Qué es, entonces, la cultura de la salud?

Es la categoría que revela el grado de desarrollo alcanzado por el hombre en el conocimiento y dominio de su organismo y medio socioecológico, de modo tal, que trascienda en su actuación hacia una conducta que propicie un modo saludable de vida.

De manera general, podemos decir que todos poseemos determinada cultura de la salud, a nivel individual o grupal. Cuando referimos esta categoría se enfatiza en la posibilidad de que el individuo o grupo social pueda asumir el control de algunos de los principales factores que influyen en su estado de salud.

La presente definición es una primera aproximación al concepto, hay que considerar todo el conjunto de dimensiones que intervienen en la formación de dicha cultura como son:

1. El estado real de salud de la población.
2. El Sistema de Salud Pública y las instituciones que lo conforman. (Hay otras instituciones que aunque no tienen como función principal la salud humana, ayudan a fomentarla).

3. Las organizaciones políticas y sociales.
4. Los medios de difusión masiva.
5. Valoraciones y conocimientos que funcionan como paradigmas o ideales de la salud en la población, para alcanzar lo que denominamos "bienestar" o "sentirse bien".
6. La familia.
7. El desarrollo alcanzado por la sociedad y el sistema social imperante, dado por el modo de producción, es decir, si un país es desarrollado o no, capitalista o de orientación socialista.

Desde el punto de vista filosófico, la cultura de la salud incluye todo el conjunto de condiciones objetivas y subjetivas que intervienen en su desarrollo, pero sobre todo destaca la posición que asume el individuo sobre el sistema de influencias que existen en la sociedad para conservar, cuidar, y crear estilos de vida sanos.

En muchas publicaciones aparece subrayada la idea de que los sujetos pueden ser creadores de su propia salud, trasladando la responsabilidad social hacia los individuos, si bien esto es de vital importancia, los defensores de estas ideas pasan por alto el hecho de que los fenómenos sociales relacionados con las condiciones de vida, en última instancia pueden determinar la actitud asumida por los individuos, familias, o grupos en relación con su salud. La comprensión dialéctica de este fenómeno, incluye el análisis de los momentos objetivos y subjetivos. Por eso este fenómeno es de competencia política y está vinculado a las transformaciones sociales que hacen efectiva la participación de la comunidad en la adopción de las decisiones en materia de salud y las transformaciones económicas que permiten el mejoramiento de las condiciones de vida.

Existen en la literatura otras categorías que, aunque del mismo orden, no abarcan todo lo relacionado con la cultura de la salud, como son promoción, prevención y educación para la salud.

La promoción de salud "constituye una estrategia que permite recuperar la importancia del entorno social en el desarrollo de la salud"<sup>7</sup> propiciando cambios en los estilos de vida de las personas hacia una vida sana.

*Henry E. Sigerist* expresaba en 1945 "La salud se promueve cuando se facilita un nivel de vida decente, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y medios de descanso y recreación".<sup>8</sup>

En 1986 auspiciado por la OMS, Salud y Bienestar del Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública se organizó la primera Conferencia Internacional sobre promoción de salud conocida como "Carta de Ottawa" en la que se plantea: " las condiciones fundamentales y los recursos para la salud son la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, el ingreso, el ecosistema estable, la conservación de los recursos, la justicia social y la equidad."<sup>9</sup> Queda expresado que: "la promoción de salud funciona por medio de la acción comunitaria concreta y efectiva para establecer prioridades, tomar decisiones, planear estrategias y desarrollarlas para obtener mejor salud. La esencia mis-



ma de este proceso es darle el poder a la comunidad, rescatar el control y propiedad de su propio comportamiento y destino.<sup>9</sup>

La prevención de la salud es: "... la protección de las amenazas ambientales a la salud"<sup>10</sup> y la posibilidad de eliminar enfermedades evitables<sup>11</sup>. De esta definición se deduce, que la prevención de la salud es una de las tareas principales de la salud pública y la medicina, pero contenida en sí misma en la promoción de salud.

Es conocido el hecho de que el modelo de atención centrado en la patología ha ejercido su hegemonía y se ha perpetuado por el liderazgo y prestigio del médico en relación con el resto del equipo de salud. El individuo enfermo ha sido el objeto del quehacer médico durante muchos años, pero el enfoque preventivo, presupuso un cambio de atención del individuo enfermo al hombre sano y la evaluación de los factores de riesgo en cualquier comunidad. De modo que se puedan planear acciones encaminadas a suprimir la posibilidad de la enfermedad.

Tanto la promoción, como la prevención de la salud descansan en la educación para la salud como una de las vías principales en su desarrollo.

La OMS define la educación para la salud como la "disciplina que se ocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas, capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas del individuo y de la comunidad con relación a la salud."

"... Es un campo especial de las ciencias médicas y de la Salud Pública cuyo objetivo es la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud, del individuo, el colectivo y la sociedad."<sup>13</sup>

En el Diccionario Terminológico Internacional de Educación para la Salud (antiguos países socialistas) se define como "actividad formativa y educativa, dirigida al desarrollo de una actitud consciente y responsable por parte del hombre ante el fomento, conservación y restablecimiento de la salud y la capacidad de rendimiento. Ejerce su influencia sobre los conocimientos, criterios, convicciones, motivos y actitudes del hombre, en relación con la salud y la enfermedad, y es al mismo tiempo un componente de la formación y educación en general y del sistema específico de la protección de la salud en particular."<sup>14</sup>

Si bien la promoción, prevención, y educación para la salud constituyen acciones y estrategias que permiten el fomento y desarrollo de la cultura de la salud, ésta no se reduce a ninguna de ellas. Constituye más bien el resultado general, las consecuencias principales de la aplicación de estas estrategias.

Dentro de las dimensiones más importantes que intervienen en la cultura de la salud señalamos:

1. El estado real de salud de la población:

Incluye los principales parámetros de mortalidad, morbilidad, crecimiento y desarrollo, esperanza de vida al nacer y las tasas de natalidad, perfectamente

medibles en su aspecto cuantitativo, añadiendo las variables cualitativas que resultan de difícil cuantificación, al menos para toda la población, ¿cómo evaluar la vitalidad de la población en las esferas del trabajo, descanso y cultura?. Si la sociedad como un fenómeno inherente a su desarrollo ha provocado estilos de vida no saludables, como son el hábito de fumar, el alcoholismo y la drogadicción, para mencionar algunos, ¿cómo reflejar estos fenómenos en el hecho de portar o no determinada cultura de la salud?.

Los indicadores tradicionales de morbilidad y mortalidad representan sólo la aproximación con que los trabajadores del componente formal del sistema de servicios miden los problemas de salud y los traducen en necesidades de la población, sin embargo, éstos no siempre reflejan, ni los ideales de salud, ni las necesidades realmente sentidas por las personas, familias y comunidades;<sup>15</sup> por lo que no existen recetas establecidas, y según la región o país, así serán las nociones sobre salud, porque evidentemente las personas no mueren de la misma causa, ni padecen las mismas enfermedades.

2. El sistema de salud pública y las instituciones que lo conforman:

Es un elemento también a tener en cuenta, pues según sea éste, las distintas clases y grupos sociales sentirán que tienen mayor o menor acceso a los servicios de salud. Si las atenciones descansan en la Libre Empresa las acciones de los individuos y su cultura sanitaria variarán en dependencia de su posición en la sociedad. Habría que poner el ejemplo de los EEUU, país que destina el mayor porcentaje de su producto interno bruto a la salud y no consigue dar cobertura asistencial a toda la población. Situación opuesta presenta un país como Cuba, cuya red asistencial descansa en la propiedad social sobre los medios fundamentales de producción, este hecho garantiza el cumplimiento de los principios de acceso y equidad en los servicios.

Las instituciones son los centros donde se brindan los servicios principales de salud, desde la casa consultorio del médico de la familia y el policlínico, hasta los hospitales y los grandes institutos de investigación, incluyendo al ministerio de Salud Pública con todas sus direcciones. Ellos son los principales difusores de los mensajes de salud y a partir de la Declaración de Alma Atá se llegó a la convicción -al menos por parte de un sector avanzado dentro del contexto sanitario- que "la práctica médica y la promoción de salud desarrolladas por estas instituciones está altamente condicionadas por circunstancias sociales, históricas, ecológicas, políticas y culturales".<sup>16</sup>

3. Organizaciones políticas y sociales (participación social):

Constituyen también otro eslabón fundamental. Es el reconocimiento de que la salud y su cultura es un problema de toda la sociedad. Cuba y su experiencia constituye un ejemplo a considerar en cuanto a la realización de campañas de vacunación masiva, saneamiento con participación social, etc. Este fenómeno como manifestación de la cultura de la salud se circunscribe en muchas ocasiones a que los representantes de algunas de estas organizaciones figuren como líderes formales de determinada comunidad. Cuando falla algún mecanismo, por ejemplo en pesquizajes masivos de alguna enfermedad, se exige responsabilidad generalmente a los médicos de la familia o a

las instituciones de salud, sin comprender que como facilitadores dentro del organismo social se encuentran también los líderes de la comunidad, sean formales o no.

4. Medios de difusión masiva:

Se encuentran en el centro de la educación para la salud y de la cultura sanitaria. Ellos han de brindar la información científicamente corroborada, para desarrollar en el ciudadano su personal capacidad de elección, sin atemorizarlo. El problema de la información consiste en que mundialmente los centros de poder ejercen gran influencia en el tipo de mensajes con fines lucrativos y a veces se informa lo que menos importancia puede tener, desde si se desea o no "procrear un niño con ojos azules" hasta poder vivir 120 años .

5. Valoración y conocimientos:

La valoración en salud es el reflejo subjetivo que las diferentes clases, grupos sociales e individuos, realizan en relación con su calidad de vida, que incluye la imagen deseable de la salud y sus prácticas. Para evitar una definición tautológica, es el sistema de representaciones en torno a todos los elementos que conforman la cultura de la salud, incluyendo creencias y aspiraciones. Es un fenómeno heterogéneo y varía de una clase social a otra, de una persona a otra y entre diferentes comunidades.

Existe una relación entre el conocimiento científico y la valoración, pero en ocasiones las valoraciones que realizan los diferentes actores sociales entran en contradicción con los criterios tradicionales de científicidad que portan el personal de la salud en general.

La formación de la cultura de la salud incluye el acercamiento cada vez mayor de las valoraciones al conocimiento verdadero de los factores que propician un modo de vida sano.

6. La familia:

Es importante destacar el rol de las familias en su función socializadora y como ámbito principal de aplicación de actividades formativas y de prevención. Existe una distancia considerable entre la expresión formal de sus posibilidades y responsabilidades en actividades y programas de salud y el desarrollo concreto de tecnologías y políticas aptas para hacerlas realidad.

En la familia y en cada uno de sus miembros se reflejan, en forma particular, todos los elementos que integran la cultura de la salud, lo que se traduce en hábitos y normas de vida, padecer o no determinadas enfermedades. Fomentar un estilo de vida saludable y hacer consideraciones de un tipo u otro sobre la salud. Estos factores actúan como reguladores de la conducta y hacen que cada persona porte su propia cultura de la salud, que varía de barrio, región o país, pero que en definitiva muestra el grado de desarrollo alcanzado en dicha esfera.<sup>17</sup>.

7. El desarrollo alcanzado por la sociedad, donde interactúan de forma compleja todos los elementos que se despliegan aquí. La relación dialéctica de los momentos objetivos y subjetivos en la formación de la cultura de la salud permiten comprender cómo el sujeto activo puede intervenir en la apropiación de dicha cultura.

Si en el enfoque macrosocial apreciamos una creciente medicalización de la vida, donde el fenómeno salud se inserta de manera inevitable, desde la medición de indicadores del desarrollo a partir de índices de mortalidad, morbilidad, crecimiento, expectativas de vida, etc. hasta la elección de determinados estilos de vida, la conceptualización de la cultura de la salud permite comprender que este proceso puede ser asimilado de forma natural y consciente como un elemento consustancial al desarrollo pleno de cada individuo.

## REFERENCIAS BIBLIGRÁFICAS

1. Kelle, V y Kovalzon, M. "Teoría e Historia". Editorial Progreso. Moscú. 1985:295-300.
2. Colectivo de autores cubanos. Lecciones de Filosofía Marxista-Leninista. Tomo 2: p. 372.
3. Idem al (1). p. 300.
4. Idem al (2). p. 374.
5. Kelle, V. y Kovalzon, M. Ensayo sobre la Teoría Marxista de la Sociedad. Editorial Progreso. Moscú. 1975:143.
6. Idem al (2). p. 373.
7. Sinopsis Informativa. El recurso metodológico en la estrategia de promoción de salud. Información. Comunicación Social. Educación para la salud. ¿También Marketing en Salud?. Ciudad de La Habana. Sep. 1995.
8. Idem a la (7).
9. Carta de Ottawa para la promoción en Salud (17-21 de noviembre de 1986. Ottawa. Ontario. Canadá. (Departamento de servicios especiales de información del CNICN).
10. Idem a la (8).
11. Documento Salud para todos en el año 2000.
12. Educación Médica y Salud. OPS Vol. 26. No. 3 Jul-Sep 1992. Promoción de liderazgo y formación avanzada en Salud Pública. La prestación de servicios en Salud. (378).
13. Manual de Educación para la Salud. Ministerio de Cultura. Editorial Científico Técnica. Calle 2 No. 58 entre Tercera y Quinta. Ciudad de la Habana. 1985:359-363.
14. Idem p. 363.
15. Idem a la (12). p. 380.
16. Silva. Valoración epidemiológica de las actividades preventivas. (2).
17. Limia D. Comunicación personal. Facultad de Superación. Universidad de La Habana. 1985.

## En torno al sentido de la vida

Lic. Félix Valdés García, Ph. Dra. América Pérez Sánchez  
y Dr. Rafael García Chacón

Uno de los aspectos más reiterados en el estudio del hombre lo constituye, sin duda, el problema del sentido de la vida. El conocido escritor ruso *Nikolay Ostrovski*, ya enfermo e inválido le dictaba a su esposa su famosa novela *Así se templó el acero* y en boca de su héroe principal dice que "...lo máspreciado para el hombre es la vida y ésta se da sólo una vez. Hay que vivirla de modo tal que no sean torturantes y dolorosos aquellos años vividos sin sentido y que no arda la vergüenza por un pasado mezquino que ya ha pasado, para que al morir se pueda decir: toda la vida y todas las fuerzas fueron dadas a lo más bello del mundo: a la liberación de la Humanidad".

El estudio de esta problemática ha constituido una exigencia en los análisis del desarrollo social y el lugar que en él ocupa el hombre en el mismo. Hoy, a finales del siglo, para los psicólogos y los sociólogos es un reto que hace desplazar algunos esquemas tradicionales de análisis de sus respectivas disciplinas. Para los maestros y la escuela en general resulta una región muy importante de su trabajo educativo para que su discípulo se encuentre a sí mismo y llegue a ser una persona activa y creadora, no desviada por la turbulencia económica, social y espiritual de la época. Para el médico es la génesis de muchos problemas de carácter psicósomáticos que en algunos casos han sido poco estudiados.

Pero, ¿a cuáles aspectos nos referimos cuando hablamos de *sentido de la vida*? Este concepto abarca problemas muy amplios relacionados con la conducta del hombre, con sus actos y su responsabilidad ante ellos, el sistema de valores que motivan su conducta individual y colectiva, así como trata también a la concepción general del mundo de la cual se nutre su propia conducta. También el sentido de la vida de los individuos no siempre ha sido el mismo, en cada época histórica y en cada comunidad humana, con un desarrollo cultural y económico específicos, han existidos diferentes programas concretos de actividad, que implican un sentido de la vida distinto, tanto general como individual. Así, sin el propósito explícito de dar una definición tajante podemos decir que sentido de la vida es un concepto amplio, un concepto regulativo, utilizado en diferentes disciplinas como la ética, la sociología, la psicología, la psiquiatría, etc., para referirse a la conducta humana y al sistema de valores, los ideales, las aspiraciones, los objetivos, etc. en relación con los cuales se desenvuelve el comportamiento humano, tanto en forma individual como colectiva.

## EL SENTIDO DE LA VIDA Y LA FILOSOFÍA

En particular no hay ciencia específica que sea un *logo* o una *epistème* especial sobre el sentido de la vida. Sin embargo, ha sido objeto de estudio de varias formas del saber. En la historia de la filosofía no ha habido un tratado especial sobre el sentido de la vida, pero tampoco ha dejado de estar presente una reflexión en torno a ella en tanto la filosofía trata al problema del hombre y su ubicación en el mundo. Tal y como el objeto de la filosofía es la relación hombre-mundo, ésta siempre ha tenido una reflexión al respecto, sólo que de diversos modos, en relación con la historia real, concreta de los individuos. La particularidad radica en que la filosofía ofrece una visión racionalizada, conceptual-general (filosófica) del sentido de la vida en la época concreta de vida de los individuos, de las cuales ella hace su expresión teórica (entiéndase ideal, racionalizada, ideológica- falsa-, axiológica) de esa realidad sobre la cual se levanta como forma específica de pensamiento, de forma general, abstrayéndose siempre de la conducta individual, personal, aislada, casual de un individuo determinado y dando la mayor parte de las veces sus reflexiones como normativas, como asunto de todos.

La filosofía griega clásica en la medida que comienza a preocuparse por los problemas gnoseológicos y sociales se refiere al sentido de la vida del hombre griego y en particular del filósofo. Un ejemplo fehaciente de ello es la obra y vida de *Sócrates* y de sus discípulos, que magistralmente recoge *Platón* en sus diálogos socráticos. *Sócrates*, un filósofo crítico de la realidad política y social de su época, quién desafió a los "oficialistas" sofistas, consideraba de forma muy elevada el problema de la conducta humana y su relación con la virtud. Para él, la vida virtuosa es la vida digna de ser vivida, y la virtud es sinónimo de saber. El saber es el bien (así como la ignorancia es el mal, el antípodo de la virtud, y de hecho incompatible con la vida digna). El saber, además de ser virtud, es poder, porque saber significa saber hacer, que equivale al mismo tiempo felicidad, ya que la felicidad individual para *Sócrates* está ligada a la vida virtuosa. Como para *Sócrates* el saber es condición de vida virtuosa, la vida del filósofo (el hombre que desafía la ignorancia y se impone al sentido común, a las verdades establecidas y a la opinión) es una vida digna de ser vivida. Su vida, él íntegramente la dedicó al estudio hasta sus 80 años y cuando fue condenado a muerte por un tribunal, acusado de cuestionarse a los dioses del Olimpo y corromper a la juventud, dice en su discurso, conocido como la *Apología de Sócrates*, que aún así se dedicará a la filosofía. Esta posición coincide con los ideales que se viven en su época. Sus consideraciones son la conceptualización filosófica del sentido de vida de los griegos de los siglos a.n.e. iv-v, época de esplendor en la vida de la polis y en la vida espiritual. Este mismo fenómeno lo podemos apreciar, además de en la filosofía, en la escultura, (por ejemplo las obras de *Fidias*, *Miron* etc.), en la literatura (por ejemplo el teatro), etc.

Los filósofos posocráticos, los epicureístas, los estoicos, los escépticos, etc. giran en su reflexión, alrededor del mencionado concepto objeto de este

trabajo, cuando desarrollan sus teorías. Los epicureístas crean el hedonismo, una doctrina que identifica la moral con el placer. Para ellos la finalidad de la vida de las personas debe radicar en la consecución del placer y en evitar el dolor. En la *Epístola a Meneceo*, una obra de Epicuro, padre de la doctrina hedonista, se dice que "la correcta comprensión de los deseos consiste en relacionar toda elección y aversión con la salud del cuerpo y la imperturbabilidad del alma, pues este es el fin de una vida feliz. Decimos que el placer es el punto de partida y el fin de toda vida feliz, porque reconocemos al placer como bien primario y connatural". Los estoicos, a su vez construyen un programa de conducta humana opuesto al placer y proponen, entre otras cosas, el rigor y la férrea necesidad del destino y el no dejarse dominar por las pasiones, para el logro de la virtud defendida por *Sócrates*. Proponen además deducir el comportamiento ético del individuo (y de hecho el sentido de su vida) a partir de los atributos de la naturaleza, la cual es única y perfecta. Según los estoicos el fin (telos) de todas las acciones humanas debe ser "vivir conforme a la Naturaleza".

Con posterioridad, en la filosofía cristiana, en la época medieval, desde los patriarcas del cristianismo, como en sus pensadores posteriores, hay constantemente una reflexión acerca del sentido de la vida y de cómo ésta debe ser estructurada. Por supuesto que en el marco de la filosofía, una vez más encontraremos una concepción racionalizada de este concepto, en correspondencia con el marco histórico en que se racionalice el sentido de la vida. En la época medieval, y en la filosofía cristiana, esta noción va a estar íntimamente vinculado con la fe cristiana, la creencia en un ser todopoderoso alrededor del cual hay que cotejar y darle sentido tanto individual como colectivamente a nuestras vidas. Un conocido pensador de estos lustros fue *Tomás de Aquino*, para quien Dios es el fin hacia quien tienden todas las acciones humanas y todo lo que aparte nuestras acciones de éstas, serán acciones malas. Para él, el fin del hombre es Dios, un ser que por definición domina sobre todos.

En los tiempos modernos, una época de grandes progresos y de mayor complejidad en la vida social y política de los individuos, así como fue el inicio de un nuevo modo de producción: el capitalista, la filosofía encuentra nuevas expresiones sobre el sentido de la vida en la obra de pensadores como *Espinosa*, *Q. Locke*, *Rousseau*, etc. En el caso de *Espinosa*, por mencionar a uno de ellos, todo su sistema filosófico gravita hacia un objetivo: el problema moral humano: su independencia y su felicidad. Una de sus obras fundamentales es titulada, no en balde *Ética*. Él considera que la primera tarea del hombre es proceder a una reforma de su entendimiento, pues el hombre se libera conociendo: "Cuantos más objetos conozca el hombre, mejor se comprenderá a sí mismo y mejor comprenderá el orden de la naturaleza. Cuanto más exactamente conozca sus propias fuerzas, mejor se podrá dirigir y proponerse sus propias reglas." Según el racionalista *Espinosa*, aplicando el hombre su entendimiento reformado, podrá dominar las pasiones viendo que éstas son ideas oscuras que hay que sustituir por razones y las pasiones que no puedan ser racionalizadas deben ser condenadas. Una vez que el hombre racionalice las pasiones dejará de ser esclavo y podrá colaborar con los demás pues la perfección ha de ser

colectiva. Cuando esto suceda la acción individual coincide con la utilidad colectiva (porque es racionalizada) y entonces en estas condiciones, considera *Espinosa*, el hombre puede volcarse a la acción, una acción que debe ser alegre y confiada, nunca compasiva ni medrosa. Así, una vez más observamos, con solo esbozar estas ideas de *Espinosa*, que la filosofía en correspondencia con la época, racionaliza, conceptualiza y ofrece una noción del deber ser.

La cumbre en las reflexiones de este período la podemos encontrar en la obra de *I. Kant*, un pensador que dejó un pensamiento que aún hoy se reevalúa, fundamentalmente por la ideología europea contemporánea. De *Kant*, cuando se hable de sus consideraciones sobre el comportamiento humano y del sentido de la vida, hay que recordar la ley fundamental que preside su obra la *Crítica de la razón práctica*; esta ley dice: "Obra de tal modo que la máxima de tu voluntad pueda valer siempre al mismo tiempo como principio de una legislación universal". Esta ley moral es independiente de las condiciones empíricas cambiantes, ya que como ley no debe circunscribirse a un pretexto práctico condicionado por la realidad, ella tiene que ser según *Kant*, un **imperativo categórico**. A este pensador se debe toda una conceptualización mayor sobre el comportamiento humano y qué debe regir su conducta, cuál deben ser los resortes que motiven y den sentido a su vida, en forma general, dentro de los ideales y proyectos de la época en que vive.

En la obra de *C. Marx* y *F. Engels* tampoco hay un trabajo dedicado al tema. Sin embargo, en el enfoque que ofrece la filosofía marxista sobre la historia y la realidad (conocido como comprensión materialista de la historia) se da un enfoque nuevo, general (entiéndase filosófico) para el análisis del sentido de la vida. A partir de nuevas miras teóricas (que expondremos en lo adelante) tenemos una orientación metodológica distinta que permite un análisis científico del tema sobre bases filosóficas materialistas.

En la antropología tradicional filosófica anterior al marxismo, el análisis sobre el hombre se caracterizaba por un enfoque abstracto (a excepción de lo más aventajado del pensamiento alemán, básicamente *Hegel*), se verán los rasgos de los individuos y su comportamiento como algo inherente a su esencia humana, a su naturaleza humana, como género (esencia genérica) y no como ser socializado e histórico; se utilizaron para ello conceptos vagos y propios de la filosofía especulativa como esencia humana, naturaleza humana, etc. El nuevo enfoque de *Marx* y *Engels*, expuesto desde su temprana obra *La Ideología Alemana* (1846)<sup>1</sup> dice que los hombres establecen diferentes relaciones, pero que de todas ellas las más importantes son las relaciones de producción, relaciones que son necesarias e involuntarias, por tanto materiales (que no dependen de la voluntad, los deseos y la conciencia de los hombres) y estas relaciones se codifican en un sistema que se levanta por encima de ellos en el sistema político, en sus normas morales, artísticas, etc. y que estas relaciones de producción son la base de las ideas y la vida espiritual del determinado período en que éstas existen. *Marx* señala que el hombre es lo que son estas relaciones, lo que es el modo de producción por ellos creados y que entonces el mundo es el mundo humano creado por los hombres, es un mundo histórico. Por tanto



"Lo típico humano" no es inherente a él como género, sino que los individuos, su personalidad son el conjunto de esas relaciones de producción históricas y concretas. El hombre se diferencia como hombre, dice *Marx* en la mencionada obra, en la medida que produce sus medios de vida, y al producir éstos, produce indirectamente su propia vida material. El modo como los hombres producen sus medios de vida es un determinado modo de actividad de estos individuos, un determinado modo de manifestar su vida, un determinado modo de vida de los mismos, y tal y como los hombres manifiestan su vida así son, porque lo que ellos son, coincide con su producción, tanto con lo que producen como con el modo cómo lo producen. Y afirma contundentemente: "Lo que los individuos son depende, por tanto, de las condiciones materiales de su producción."<sup>2</sup> Además, hay que establecer de lo dicho, la trabazón existente entre la organización social y política y la producción. La producción de las ideas y representaciones de la conciencia, aparece, al principio, directamente entrelazada con la actividad material. Los hombres son los productores de sus representaciones, de sus ideas, etc., pero los hombres son reales y actuantes, y éstos están condicionados por un desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones establecidas en la producción. La conciencia por su parte no puede ser nunca otra cosa que el ser consciente, y el ser de los hombres es su proceso real de vida. Al mismo tiempo advierten que la producción de las ideas está estrechamente relacionada con los intereses concretos de los individuos, son entonces las ideas generales la expresión de los intereses de las clases sociales económicamente dominantes, y de este modo las ideas de todos, dominantes, no son las ideas de todos. Así sucede con los ideales, los modelos de individuo, la moral o aquellos aspectos que forman parte del sentido de la vida en un determinado período. Estos esquemas y proyectos dados estructuradamente, sistematizados son ideológicos.<sup>3</sup> Esta nueva manera de analizar los fenómenos sociales permite una consideración distinta para la conceptualización del sentido de la vida, pues aunque tradicionalmente la Ética como disciplina que estudia la moral, reconoce la existencia de presupuestos éticos, normas y valores morales universales, hay que considerar el carácter no sólo histórico, sino ideológico, falso de las normas y valores morales que en una época se consideran de todos.

Según el nuevo enfoque cada época histórica y cada comunidad humana posee determinado desarrollo socioeconómico y determinada estructura social y política, y en correspondencia, los hombres poseen determinados ideales individuales y sociales (que son comunes y a la vez falsos), determinadas nociones de valor (bien, mal, justo, injusto) determinadas aspiraciones, conceptos de felicidad, etc. En relación con ese "programa" de actividad concreta, propio de esa etapa, sus actos, su voluntad, sus valoraciones tienen determinado peso y le imprimen sentido a su vida. El sentido de la vida de los individuos como seres sociales e históricos va a estar estrechamente ligado a sus condiciones reales de vida. Su sentido de la vida lo encontrarán en este marco general, a pesar de que se da a través de la acción individual, de la existencia de cada uno de ellos según en cada individualidad cristalicen peculiaridades concretas, aisladas, casuales, etc.

Otro aspecto de importancia para el análisis del sentido de la vida de los individuos tanto en forma general como individual, dados por la filosofía marxista, es el problema de la división social del trabajo. Con el desarrollo de la producción apareció la división social del trabajo que significa la existencia de diferentes tipos de actividad concreta en la producción. Unos son agricultores, otros artistas, médicos, enfermeros y otros obreros, campesinos. La aparición de los oficios, del trabajo profesional en estos momentos del desarrollo de la producción ha traído consigo la superespecialización o superdivisión en el trabajo. Las condiciones de la división social del trabajo hacen que un radiólogo, además de haberse ya especializado, va a estar preparado específicamente para trabajar con un equipo de ultrasonidos o de topografía axial computadorizada. Entonces el trabajo como fuente de realización, de exteriorización del individuo, de materialización del yo individual, va a ocasionar una ocupación diaria, que bien puede ser monótona o rutinaria y que puede ocasionar al individuo un cuestionamiento sobre el sentido de su vida, máxime cuando no se trate de un trabajo superespecializado, sino de uno tan socialmente útil como el de limpieza, obrero de una línea de producción que a diario se ve ante un torno o una máquina haciendo la misma operación las ocho horas del día durante todos los días laborables del año sin verse identificado con el producto final de la línea de producción, del cuál él participa sólo de una pequeñísima parte.

Además de esto, la actividad de los individuos está motivada por diferentes necesidades que van desde las más elementales: comer, vestirse; hasta las más complejas como comunicarse, amar, tener amigos, realizarse individual y profesionalmente, tener honor, ser digno, etc., y quizás las necesidades de esta índole desplacen en varias ocasiones a aquéllas que son fisiológicas. Muy vinculado con las necesidades espirituales de los seres humanos está la reflexión eterna de saber de sí, constantemente preguntarse quién soy, para qué actividad soy o no capaz, si tienen o no valor mis actos aunque sea un simple vendedor, un sepulturero o un médico. Aparece una pregunta sobre el sentido o sin-sentido de la vida y la solución a esta problemática se encuentra en estrecha relación con *los valores socialmente establecidos, los ideales de vida fijados en la época, las nociones de verdad, justicia y felicidad prevalecientes*. Digamos que para los griegos antiguos de allá por los siglos v-iv a.n.e., un ideal era el de la virtud, la fortaleza física y así lo corroboran los monumentos de la cultura de esa época que materializan esos ideales (un ejemplo de ello, en el arte, son los trabajos del escultor *Fidias* quien se encargó de la decoración del Partenón y llevó a sus esculturas todas las aspiraciones e ideales de la época, como ya anteriormente habíamos hecho referencia); o que el ideal de la sociedad contemporánea esté en el éxito individual, en la ganancia y acumulación de dinero, en el buen estatus de vida, mientras que para la sociedad cubana posterior al 1959 el ideal de vida ha estado en relación con el proyecto socialista de su Revolución, con las tareas y la construcción de una nueva sociedad, que ha generado que miles de personas se han entregado a una obra, para los cuales resulta contradictorio cualquier otro proyecto alternativo por sutil y sugerente que éste se presente.

Durante este siglo una nueva corriente filosófica ha tratado de "añadirle" al marxismo un análisis que queda fuera, según ellos, de las reflexiones generales de éste. Se trata del existencialismo, corriente que impone una reflexión muy válida como es el problema de la individualidad y los mecanismos que rigen su conducta. Este aspecto de la individualidad y el sentido de la vida más que para la filosofía resulta interesante y tratado por la psiquiatría, la psicología, la sociología o la medicina familiar al tratar a individuos aislados con problemas individuales, con proyectos, frustraciones, traumas, etc.

## EL SENTIDO DE LA VIDA Y LOS PROBLEMAS DE SALUD-ENFERMEDAD

Quizás sea muy temprano en el trabajo para afirmar que la presencia definida y clara de un sentido de la vida es sinónimo de salud, como que decir lo contrario signifique de antemano la propensión a la enfermedad.

Alguien cuenta que en una cárcel sometían a los prisioneros, bajo severa vigilancia, a la sutil tortura de tener que trasladar una y otra vez y de continuo, un millar de ladrillos entre 2 lugares del patio. El infeliz penado, luego de algún tiempo y al descubrir la falta de sentido de su labor, padecía primero angustia vital y más tarde locura evidente. Muchas personas en su vida diaria transportan ladrillos de un lugar a otro, sin término fijo y esto los predispone a períodos diversos de depresión. Sin embargo, no porque se trate de una prisión se pierde el sentido de la vida. De la leyenda griega de Sifo, malvado rey de Corinto que fue castigado a subir hasta la cima de una colina una gran piedra y después de lograrlo dejarla caer y comenzar de nuevo, se han hecho en la historia diferentes lecturas. En los campos de concentración nazi, muchos prisioneros que padecieron las más horribles escenas dantescas sobrevivieron porque los acompañaba un gran sentido en su vida, proyectos, fines, convencimiento en el fin del calvario, etc. Mijail Sabitski, hoy un reconocido pintor bielorruso no había podido estudiar pintura cuando fue hecho prisionero desde 1941 hasta 1945 en un campo de concentración alemán. Varias veces estuvo ante la muerte, en una ocasión porque quedó pendiente de otro camión para ser trasladado a las cámaras de gas, otra porque estaba tan débil que no pudo participar de una comelata envenenada que le dieron los carceleros a los reos y sin embargo, supo sacar de aquellos días negros fuerzas para pintar los horrores del campo de concentración de Buchenwald, que hoy forman su colección *Cifras en el corazón*. Se hizo pintor y sus lienzos dejan en el recuerdo aquellas escenas como para que jamás sean olvidadas.

Investigaciones realizadas en Francia y Austria aseveran que el individuo necesita sentido en su vida para poder llevar una vida adecuada y disfrutarla. La búsqueda del sentido de la vida constituye una fuerza cabal que lo desvela y al tiempo es la clave última justificadora de la voluntad de vivir, como señala un escritor colombiano. En el caso de la no delimitación acertada del sentido de la vida puede generar angustia y la sensación de impotencia y desánimo, que pue-

de un tanto olvidarse en la vorágine de la actividad práctica, pero que en los momentos de profunda meditación, puede generar un vacío existencial que lo hace ser incapaz de actuar de forma activa y creadora. La frustración existencial es una neurosis de carácter noogénico, que no se debe confundir con la neurosis verdadera o la llamada psicógena. La primera tiene origen en la noos, mente en latín y pertenece al mundo del espíritu. A su lado existe la neurosis psicógena cuyo campo de acción se encuentra en la psiquis. La neurosis noogénica posee una dimensión moral y no "natural" o psíquica.

Los conceptos morales de dominio humano ejercen sobre el hombre un poder inmenso. La vida puede vivirse sin orden ni ley, pero muchos aspiran a lograr de ella dignidad y distinción. El deseo de tener principios morales nace de una tensión interna que es común al género humano y que es, al mismo tiempo, requisito de salud mental. El hombre sano posee un grado de interés dubitativo entre lo que debiera ser y es la razón para buscar a diario un orden, un sentido, valores, proyectos, etc.

Cuando para el individuo la vida tiene un sentido, éste es capaz de movilizarse, de transformarse haciendo aflorar sus capacidades, muchas veces inimaginadas; la búsqueda y reafirmación de ese sentido constituye un reto importante al que se enfrenta esta persona y que delimita su quehacer presente y futuro.

"Quien pregunta cuál es el sentido de la vida, pregunta en esencia qué valor tiene la vida", es decir si vale la pena vivir o no. Hay quienes consideran que la muerte es el principal estímulo a la meditación sobre el sentido de la vida, se medita sobre esto cuando nos encontramos ante la inminente amenaza de la muerte o ante el fallecimiento de un ser querido. Sin embargo, si consideramos el fundamento de la pregunta ¿Vale la pena vivir?, en el cuadro de la vida individual, como sistema de referencia de las valoraciones generales, comprobaremos que no sólo la sugiere la muerte que, con su inevitabilidad, pone entre paréntesis todo esfuerzo y todo recurso humano. También el sufrimiento físico o moral, especialmente cuando es inmerecido, sugiere la pregunta: ¿"vale la pena vivir?" ¿qué motivos daremos para la respuesta, a fin de que ésta logre convencer también a otras personas?"<sup>1</sup>

En la respuesta a la pregunta sobre el sentido de la vida no se trata de comprobar la verdad o falsedad de ciertas afirmaciones, sino de formular apreciaciones y valoraciones en torno a la respuesta dada, es por eso que decimos que en la base del análisis de este problema se encuentra una fundamentación axiológica. Por otra parte es válido también preguntarnos que valor metodológico posee el planteamiento de la pregunta acerca del sentido de la vida. Sin lugar a dudas el valor fundamental que tiene el cuestionamiento de este problema es de índole metodológica. De aquí que la base fundamental de nuestro análisis debiere estar guiada a la argumentación de este valor.

Si se trata de diseñar el perfil psíquico de la persona sana un aspecto a considerar es la presencia o no de ideales en la vida. Un ideal es un propósito, algo por lo cual vivir, algo por lo cual luchar. La ausencia de ideales hace que en la vida demos menos de nosotros mismos, que seamos más susceptibles a ser

abatidos por los contratiempos que tarde o temprano se presentan, que en nuestro equilibrio psicológico seamos menos estables e incluso menos saludables. La presencia de sentido de vida es sinónimo de salud mental y física.

La importancia que posee la presencia de ideales en la conformación del sentido de la vida ha sido un importante tema de estudio por parte de diferentes especialistas. El famoso psiquiatra vienés *Víctor Frankl*, uno de los discípulos de *S. Freud* y quién fuera prisionero en el campo de concentración de Auschwitz durante la Segunda Guerra Mundial y por tal razón viviera tan crueles y brutales situaciones como hambre, peligro constante de muerte, trabajos forzosos y la pérdida de identidad, hizo estudios sobre el ser humano y el funcionamiento de su psiquismo, en los que hace referencias a la libertad de pensar del ser humano y a la búsqueda del sentido de la vida, como aspecto crucial que determina lo que somos y llegaremos a ser.<sup>4</sup>

La libertad de pensar, de decidir y valorar puede constituir nuestra tabla de salvación aun en las circunstancias más extremas según este afamado psiquiatra. *Frankl* encuentra que los prisioneros que se deterioran rápidamente en el campo de concentración y pierden su capacidad para sobrevivir son aquellos para los cuales la vida no tiene sentido, en cambio los que tienen trazados un sentido para su vida, como escribir un libro, volver a reunirse con un hijo, o su familia, terminar un proyecto, o un ideal de tipo espiritual, se convierten en personas capaces de sobrevivir incluso en estas condiciones extremas.

*Víctor Frankl* realizó, varios años después de la II Guerra Mundial un trabajo con el cual a un amplio número de enfermos de la más diversa variedad de trastornos psíquicos los trató con la terapia de la búsqueda del sentido ("logoterapia") y encontró que había una remisión de éstas en el 20 % de los casos, aun cuando no se esperaban curaciones espontáneas de ellos.<sup>5</sup>

Se sabe desde hace ya varios años que la mayoría de los primeros infartos cardíacos ocurren entre las 9 y 10 a.m. Más recientemente se encontró al revisar detenidamente los mismos, que ello sucede habitualmente los lunes, cuando se regresa de nuevo al trabajo, y se dio el nombre a este proceso de "síndrome del aparcamiento", el cual se debe, de acuerdo a los investigadores, a que el trabajo para estas personas no tiene sentido, se realiza con una actitud de resignación o con cierta rabia, aunque pocas veces ésta se exteriorice, a este comportamiento se le ha llamado trabajo sin alegría.<sup>6</sup>

En los pacientes de cáncer se ha podido constatar que éstos suelen haber recibido un severo revés entre 6 y 12 meses antes de la aparición de tal enfermedad, que generalmente los toma desprevenidos y que significa para ellos el fin de todo. Pero no todas las personas con tales experiencias terminan desarrollando tal enfermedad. De nuevo el grupo más susceptible es el de aquellas personas que al no tener ideales o propósitos que le den sentido a sus vidas asumen actitudes depresivas y de indefensa.

Por otra parte el doctor *Siegel*, estudiando los casos de remisiones espontáneas de cáncer encuentra que frecuentemente la enfermedad les ha permitido hacer un replanteo de la vida y conseguir un sentido de la misma a través de relaciones familiares más profundas, de un camino espiritual o de la búsqueda

del cumplimiento de una meta que comprometa a todo el ser, bien sea que ésta haya sido previamente diferida para adaptarse a los vaivenes de la vida o que luego del *shock* inicial que se produce al recibir el diagnóstico de enfermedad neoplásica, la persona encuentra nuevas metas capaces de mover la totalidad de la persona.

Los grandes logros de la humanidad pueden apreciarse como resultado de las búsquedas de sus actores, donde ha habido un propósito o ideal que ha logrado movilizar parte de ese potencial que todos tenemos, pero que pocas veces utilizamos cabalmente.

Vemos entonces cómo la vida con ausencia de sentido nos hace susceptibles a problemas físicos, mentales y espirituales y hace que utilicemos menos de nuestro potencial creador.

Cada persona encierra un mundo en sí, y la realidad en que vive agrega nuevas complejidades a ese proceso, nuevas exigencias que son fuente de nuevas conductas y motivaciones. "El desarrollo de las motivaciones no sólo depende de las necesidades innatas del individuo, sino también de la actividad que realice en su vida, de la comunicación con otras personas y sobre todo, del proceso educativo y socializador que transmite al individuo nuevas realidades y necesidades. Por eso, la necesidad de ser útil y feliz en la vida y la forma de lograrlo, no está presente en nosotros desde el nacimiento, porque aunque instintivamente evitamos el dolor y buscamos el placer, ello no es suficiente para dar una magnitud mayor a la felicidad, tal como ser útiles a los demás. Ello sólo se adquiere en un proceso de aprendizaje social arduo y complejo."<sup>7</sup>

En este proceso la persona llega a establecerse una valoración sobre su propia existencia, la cual adquiere diferentes niveles, como la opinión acerca de su propia vida, las posibilidades que tiene de transformarla y la relación existente entre ella y la sociedad de la cual forma parte.

En encuestas realizadas por psicólogos a estudiantes comprendidos entre 17 y 23 años se constató que la mayoría de ellos querían vivir para satisfacer 2 necesidades muy interrelacionadas: ser felices y ser útiles de alguna manera.

Hay personas que piensan que su existencia se encuentra predestinada y establecida con anterioridad a pesar de ser desconocidas para ellas con relación a su vida futura. No todos los que piensan así son necesariamente personas de creencias religiosas, la vida presenta situaciones positivas y negativas que son imprevisibles para el ser humano y esto da lugar a la presencia de temores y creencias, pero lo que sí es real es que los azares y los imprevistos son parte de la vida.

Los juicios e ideas que conducen a actitudes conformistas tomando en cuenta lo dicho, sin lugar a dudas, perjudican la conducta humana y las metas en la vida. "La conducta de retraimiento o inhibición en la vida limita mucho las posibilidades de desarrollo psíquico y físico de las personas, restringiendo las aspiraciones a aquéllas que puedan satisfacerse a corto plazo."<sup>8</sup> De esta forma, la manera optimista de pensar ante la vida, es fundamental para reafirmar el sentido de la vida y fortalecer la creencia de que las condiciones reales para vivir plenamente pueden ser transformadas.

En la valoración acerca del sentido de la vida es muy importante que los intereses, fines y aspiraciones de la persona dada, coincidan con los objetivos del desarrollo de la sociedad y con los de las personas más cercanas a ella. "Si sus aspiraciones, intereses y convicciones coinciden con los de la sociedad, en sus aspectos más generales, su vida adquiere también un sentido social, porque satisface, a la vez, los intereses personales y sociales."<sup>9</sup> Cuando esto no ocurre pueden surgir conductas inadecuadas, producidas por las contradicciones y conflictos, sobre todo, en los jóvenes donde en algunos casos puede producirse un retraimiento de la vida social, en otros puede actuarse contra los intereses sociales, adoptando conductas delictivas, o pueden buscarse el cambio de la sociedad insertándose en ella de forma activa o en último caso, pueden adoptarse posiciones agresivas ante los demás o la propiedad social sin llegar a una actividad de oposición o apoyo a la sociedad.

La conformación de determinadas necesidades en la persona, fundamentalmente en los jóvenes, y la formación de convicciones, intereses y fines es un proceso en el cual influyen mucho el clima afectivo y cultural de la familia que, en gran medida, determinan el desarrollo sentimental, moral y cultural del joven. En algunos casos, los padres, dado el cúmulo de actividades que realizan, descuidan el momento de conversar con los hijos y de prestarle la atención que requieren. Puede suceder el caso contrario, y en otras ocasiones desarrollan un proceso de sobreprotección hacia ellos, que los hace débiles y egoístas. También puede ocurrir que debido a las características individuales del hijo, como son un temperamento y carácter difícil, su formación y educación se torna un tanto compleja, por lo que abandonan la idea de educarlos. Todas estas situaciones conducen a la formación de un joven afectado en su madurez personal, lleno de conflictos e inadaptado socialmente, incapaz de darle a su vida el sentido requerido.

La escuela es otro elemento que influye en la formación de los jóvenes y en el acertado sentido de su vida, su papel principal es preparar a los niños y jóvenes para su futuro desenvolvimiento en la sociedad y capacitándolos para una labor determinada; creando en la persona capacidades y habilidades suficientes para desenvolverse en todas las esferas de la vida.

Existen 3 elementos que determinan fundamentalmente la influencia de la escuela sobre el sentido de la vida en niños y jóvenes según señala la investigadora *Liliana Martínez* como son: "La claridad de las metas que desean alcanzar en la formación de éstas, las formas en que se desarrolla el proceso de docencia y educación y la preparación pedagógica y profesional de los maestros para alcanzar los objetivos deseados con los métodos más acordes."<sup>10</sup>

Otros elementos no menos significativos que influyen además en la respuesta dada a la pregunta sobre el sentido de la vida, se encuentran en los conocimientos que posee la persona, el tipo de saber particular que lo ayuda a meditar sobre el mundo que le rodea, además de la concepción del mundo que profesa el individuo dado. Esta última adquiere real importancia ya que la diferencia existente entre el punto de vista del no creyente y del religioso da lugar a actitudes diferentes ante la vida, a formas de comportamientos diferentes que

en un caso motivado por la fe, frena un tanto la actitud creadora y revolucionaria de la persona ante su existencia, se produce así, en ocasiones, un conformismo que conduce al individuo a admitir todo ya como algo predestinado; por el contrario, el punto de vista de la persona sin creencias religiosas le da un mayor grado de libertad, elemento importante que sienta pautas en relación con actitudes futuras y cambios en torno al sentido de la vida profesado; aparecen actitudes de conformismo, escepticismo del ¿para qué? y estas posiciones, que tanto individual como socialmente son dañinas y nocivas, provocan, si no el desequilibrio del individuo, la vía para el misticismo. El no tener propósitos claros en torno al sentido de su vida, puede ocasionar abrir una brecha hacia el misticismo, la creencia en el destino, etc. y desviar a la persona de aquello que es esencial e importante para su existencia.

*Alejo Carpentier*, conocido escritor cubano, en su novela *El reino de este mundo* pone en boca de su personaje Ti-Noel unas últimas reflexiones que las dejamos al final de este trabajo. Ti-Noel dice: "el hombre nunca sabe por quién padece y espera. Padece y espera y trabaja para gente que nunca conocerá, y que a su vez, padecerán y esperarán y trabajarán para otros que tampoco serán felices, pues el hombre ansía siempre una felicidad situada más allá de la porción que le es otorgada. Pero la grandeza del hombre está precisamente en querer mejorar lo que es. En imponerse tareas. En el reino de los cielos no unas últimas consideraciones. Puede darse el caso que para diferentes personas, el sentido de la vida no sea apoderarse y participar de tareas históricas, socialmente útiles. En el caso de los profesionales de la salud puede suceder que no exista interés en poseer profundos conocimientos, mantener buena relación con los pacientes y familiares, sino que el móvil principal de su vida sea (por la labor que se realiza) alcanzar elevados estándares de consumo y buena vida que se tratan de lograr sin grandes sacrificios y a expensa de cualquier costo. En otras ocasiones hay grandeza que conquistar, puesto que allá todo es jerarquía establecida, incógnita despejada, existir sin término, imposibilidad de sacrificio, reposo y deleite. Por ello, agobiado de penas y de tareas, hermoso dentro de su miseria, capaz de amar en medio de las plagas, el hombre sólo puede hallar su grandeza, su máxima medida, en el Reino de este Mundo".<sup>11</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marx, C y Engels, F. La ideología Alemana. La Habana. Editora Política, 1979: 18-19, 25-37.
2. Marx, C y Engels, F. La ideología Alemana. La Habana: Editora Política, 1979: 25-37.
3. Marx, C y Engels, F. La ideología Alemana. La Habana. Editora Política, 1979: 25-37.
4. Frankl Víctor. El hombre en búsqueda del sentido. Buenos Aires. Edit. Herder, 18va. edición, 1979.
5. Frankl Víctor. La Psicoterapia en la práctica médica. Buenos Aires: Escuela, 1ra. edición, 1966.
6. García Rafael. Psicología en la medicina natural. San Cristóbal. (Venezuela), 1977.
7. Martínez, Liliana. El sentido de la vida. La Habana. Edit. de Ciencias Sociales, Colección Juvenil, 1989: 24-25.
8. *Ibidem*. Pág. 36.
9. *Ibidem*. Pág. 36.
10. Ver: *Ibidem*. Pág. 63.
11. Carpentier, Alejo. El Reino de este Mundo. La Habana. Editora Política, 1976:136.



## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Diccionario Filosófico Enciclopédico. Moscú: Editorial Planeta, 1984.
- Fabelo C, J.R. Práctica, conocimiento y valoración. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 1989.
- Frankl, V. El hombre en búsqueda de sentido. Buenos Aires. Editorial Herder, 1979. 18va. Edición.
- Frankl, V. La psicoterapia en la práctica médica. Buenos Aires: Editorial Escuela, 1966.
- García, R. Psicología en la medicina natural. 1ra. Edición. San Cristóbal (Venezuela), 1997.
- Martínez, L. El sentido de la vida. La Habana: Edit. de Ciencias Sociales, Colección Juvenil, 1989.
- Marx, C; Engels, F. La Ideología Alemana. La Habana. Editora Política; 1979, 1985.
- Pérez SA.; Borroto CR. El papel de la valoración en el proceso de formación de la personalidad. En: El sentido de lo humano. Tomo II. Rep. Dominicana: Editorial El Cuervo Dorado, 1994. pp.??
- Schaff, Adam. La filosofía del hombre. Buenos Aires. Editorial Lautaro, 1964.
- Platon. Obras Argentina, 1948.
- Schaff, Adam. La filosofía del hombre. Buenos Aires: Edit. Lautaro, 1964:70

## La familia y su papel en los problemas de promoción y prevención de salud

*Lic.Mercedes Bartutis Romero*

Hacer un análisis de la familia requiere dejar claro, que ella es un elemento activo y mediador en las relaciones de los individuos con la sociedad. Es el componente estructural más pequeño de la sociedad, pero de vital significación, por cuanto es donde se inicia el proceso de formación del individuo y se prepara para su desarrollo multifacético, para su transformación como ser activo y creador. Por eso la sociedad debe garantizar condiciones materiales y espirituales que permitan a las familias cumplir su encargo social.

En la literatura consultada encontramos varias definiciones de la familia, sin embargo, hemos retomado la que aparece en el libro *Lecciones de la construcción del socialismo en Cuba*, donde se plantea: "La familia es un elemento de la estructura social de la sociedad, que en su condición de comunidad social estable, desempeña un papel rector en la actividad vital de los hombres, a través de la organización en común de la vida de los cónyuges y sus descendientes, sobre la base de un sistema único de relaciones familiares cotidianas, en cuyo seno tiene lugar la producción de la vida ajena, mediante la procreación, y el proceso inicial fundamental "de la socialización del individuo."<sup>1</sup>

Partiendo de esta definición, es importante precisar que la familia como elemento de la estructura social de la sociedad tiene la misión de garantizar la reproducción del componente esencial de las fuerzas productivas (el elemento personal), sin el cual no es posible el funcionamiento de los medios de producción.

Esto nos permite concretar 2 aspectos fundamentales, tratados por diferentes autores, y que son de gran significación para el análisis de la familia:

1. La familia como institución social, ha estado vigente en el transcurso de las diferentes formaciones socioeconómicas, evolucionando de acuerdo con los cambios ocurridos en las condiciones económicas, cuyo núcleo fundamental lo constituyen las relaciones de propiedad sobre los medios de producción, éstas determinan las demás relaciones sociales, específicamente de clases y familiares.
2. La familia como grupo social específico, posee leyes internas que deciden su funcionamiento concreto y no pueden ser sustituidas por ninguna otra institución.

Estos son 2 aspectos que no pueden separarse, porque se refieren al nexo dialéctico existente entre las regularidades generales de la familia, determinadas por las condiciones socioeconómicas imperantes que determinan sus cambios, y las particularidades concretas que ésta adquiere a nivel de cada sociedad y núcleo familiar.

Por tanto, a lo largo del desarrollo histórico han existido diferentes tipos de familias. Engels en su obra *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado* hace un análisis desde el punto de vista dialéctico materialista de las formas fundamentales de familia y su relación con los 3 estadios transitados por la humanidad en su evolución: salvajismo, barbarie y civilización. Estas formas son las siguientes:

La familia consanguínea y *punalúa* (salvajismo) estadio primero y medio de la comunidad primitiva, donde predominaron estas 2 variantes de familias por grupo. Surgen de la promiscuidad o poligamia imperante en los primeros tiempos, donde grupos enteros de hombres y mujeres se pertenecen recíprocamente, se basaba en la propiedad común sobre los medios de producción; como comunidad biológica y económica coincide con el insuficiente desarrollo de la producción, donde las relaciones familiares son al mismo tiempo expresión de las relaciones de producción.

La familia *punalúa*, significó una etapa cualitativamente superior en el desarrollo de la familia consanguínea, porque se logró la exclusión de los hermanos del comercio sexual recíproco. No obstante, en todos estos casos de familia por grupo, se sabe quién es la madre, pero no el padre. Por eso la descendencia se establece por la línea femenina y se reconoce exclusivamente el derecho materno.

La familia sindiásmica, es la forma característica de la barbarie (etapa superior de la comunidad primitiva). Representó un salto cualitativo en la organización familiar, predominó la pareja, la cual se constituía por la unión de miembros pertenecientes a diferentes *gens* (grupos de personas unidos por lazos de parentesco consanguíneo por línea femenina que no pueden casarse unos con otros, célula fundamental de producción en esta sociedad).

La poligamia e infidelidad sigue siendo un derecho de los hombres, aunque por causas económicas se observa raramente y se castiga la infidelidad de las mujeres; pero el vínculo conyugal puede disolverse con gran facilidad por parte de ambos, aunque los hijos sólo pertenecen a la madre la cual tiene el predominio en la casa.

Desde el punto de vista económico hubo un mayor auge de la producción, porque se desarrolló la ganadería y después la agricultura, se separaron de esta última los oficios manuales (2da. y 3ra. división social del trabajo). Esto permite que comience a desarrollarse la propiedad privada sobre los medios de producción.<sup>2</sup>

La división social del trabajo en la familia, dio al hombre la tarea de procurar la alimentación y los instrumentos de trabajo necesarios para ello, de los cuales era propietario y en caso de separación se los llevaba consigo; al igual que la mujer llevaba sus enseres domésticos, pero sus hijos no podían heredar

los bienes del padre, ya que por la fuerza de la costumbre pertenecían a la *gens* de la madre y heredaban de ella (filiación según derecho materno).

A medida que el hombre aumentaba sus riquezas, hace más importante su posición, ventaja que le permite modificar, en provecho de sus hijos, el orden de herencia establecido; queda abolida la filiación femenina y el derecho hereditario materno, sustituido por la filiación masculina y el derecho hereditario paterno (paso del matriarcado al patriarcado), y, por tanto, tránsito de la familia sindiásmica a la monogámica.

## LA FAMILIA MONOGÁMICA

El triunfo definitivo de la monogamia señala los síntomas de la civilización naciente. Está vinculada con el surgimiento del sistema esclavista, es la primera forma de organización familiar basadas en uniones puramente económicas y no en condiciones naturales como las anteriores. Tiene como objetivo el predominio del hombre sobre la mujer, con el fin de procrear hijos destinados a heredar sus riquezas.

Así aparece la esclavización de un sexo por otro, donde los vínculos conyugales sólo podían disolverse por el hombre, quien ejercía un poder despótico sobre los demás miembros de la familia incluidos los esclavos.

*Engels*, refiriéndose a este tipo de familia escribió: "El primer antagonismo que apareció en la historia coincide con el desarrollo del antagonismo entre el hombre y la mujer en la monogamia, y la primera opresión de clases con la del sexo femenino por el masculino."<sup>3</sup>

En las relaciones familiares, se ponen de manifiesto las contradicciones de clases de la sociedad, las que a su vez estaban condicionadas por los conflictos existentes en el modo de producción de bienes materiales, según el tipo de propiedad.

La aparición de la sociedad capitalista, significó el fortalecimiento del interés económico en el matrimonio de la clase burguesa. Éstos tienen su base en el capital, en el lucro privado, con el propósito fundamental de obtener mayores ganancias. En esta relación la mujer es completamente dependiente del marido.

Algo diferente sucede en el matrimonio de la clase proletaria, quien desposeída de los medios de producción, tiene la posibilidad de contraer relaciones conyugales sobre una base diferente, sin que predomine el criterio socioeconómico y sí las relaciones de amor y camaradería y además la independencia económica de la mujer, por estar incorporada a la actividad laboral y compartir así la manutención del hogar.

Estas condiciones sientan las bases para el tránsito a la familia que debe predominar en el socialismo, cuyas relaciones deben basarse en el amor y la ayuda mutua entre sus miembros, características que están condicionadas fundamentalmente, por los cambios ocurridos en las relaciones de propiedad sobre los medios de producción y su sustitución por la propiedad social sobre éstos y

por la aparición de cambios en la estructura clasista que le dan nuevas peculiaridades a las funciones y estructura familiares.

No obstante, la familia tiene funciones que son comunes para todas las formaciones economicosociales, sólo que en cada sociedad adquieren un contenido y un orden jerárquico diferente.

Dentro de estas funciones podemos mencionar las siguientes:

1. Económica o de satisfacción de necesidades materiales.
2. Biológica o reproductora.
3. Educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales.

En el libro *Análisis de las investigaciones sobre la familia cubana 1970-1987* se plantea: "La función económica de la familia abarca el conjunto de actividades que realiza, dirigidas a garantizar la reposición física de sus miembros mediante el abastecimiento y la satisfacción de las necesidades individuales y familiares de consumo, a través de la utilización del presupuesto familiar y mediante la realización de las labores domésticas, tales como cocinar, lavar, cuidar a los niños y otras."<sup>4</sup>

En Cuba, en la realización de esta función tiene un peso fundamental el salario que reciben la gran mayoría de los núcleos familiares como fuente fundamental de ingreso, en lo que ha incidido de forma negativa la crisis económica por la que atraviesa el país en estos momentos.

Esta función para las familias de las clases dominantes en la sociedad capitalista ocupa un lugar central, generalmente los matrimonios se realizan con el fin de mejorar su posición económica, aunque también para la clase proletaria ésta es importante, lo que en la situación de los obreros las necesidades materiales y espirituales se satisfacen en las condiciones de una economía de subsistencia, incidiendo negativamente en las relaciones familiares de esta clase. Esto no debe entenderse de manera absoluta, porque los matrimonios en ambas clases adquieren peculiaridades específicas, donde pueden ser realizados por amor o basarse en intereses puramente económicos.

Está claro que esta función es fundamental, porque garantiza la satisfacción de necesidades materiales, por lo que es, el fundamento para la realización de otras funciones, pero no podemos desvincularlas de las demás, que también son importantes.

En Cuba la función educativa tiene una gran significación, ya que la sociedad está interesada en la formación integral del hombre y en el desarrollo de su mundo espiritual.

La función de reproducción es premisa indispensable para la realización de la función económica, para la producción de bienes materiales, ya que ésta garantiza la reproducción de la fuerza de trabajo; y para la realización de la función educativa. Al respecto *Engels* en su obra *La Ideología Alemana* expresó: "La primera premisa de toda la historia humana es, naturalmente, la existencia de individuos humanos vivientes."<sup>5</sup>

La función de reproducción biológica, cambia también en dependencia del desarrollo alcanzado por la sociedad, según sea su base económica,

ideológica, costumbres, tradiciones, que pueden ser de diversos tipos. Su objetivo es garantizar la continuación de la especie humana y, por tanto, de la estructura social de la sociedad. Es por ello que en cada sociedad pueden existir diferentes tipos de familia, según sea el modo de producción, y los demás factores que mencionamos anteriormente.

En nuestro país los cambios económicos producidos han determinado que estas funciones adquieran características muy específicas. La incorporación de la mujer al trabajo, hace que ella tenga un papel esencial dentro del núcleo familiar, la hace menos dependiente del marido y provoca cambios en las funciones reproductiva y educativa.

Está claro que la función biológica debe estar acompañada de la socialización del individuo, ya que éste no existe como individuo puramente biológico, su esencia es social, nace biológicamente preparado para desarrollarse, pero esto es posible sólo en un marco social determinado, en dependencia de las condiciones económicas, relaciones de clases, sistema de salud (posibilidad de acceso o no de estos servicios), cultura, educación, etc.

El proceso educativo de las familias, además de ser estimulado por la sociedad, depende de una serie de regularidades propias para cada una de ellas, determinadas en gran medida por las normas morales, valores, tradiciones y costumbres. Es por ello que la familia desempeña un papel primordial en la formación de valores, principios morales, que existen en la sociedad y su transmisión de una generación a otra.

Actualmente en Cuba la situación económica imperante incide directamente en el deterioro de algunos valores morales, tales como: la amabilidad, ayuda mutua, honestidad, respeto a las personas mayores, existencia de relaciones de promiscuidad en algunas parejas, casos de prostitución, que aunque no es un problema generalizado a nivel de toda la sociedad, sí es necesario prestarle mucha atención y buscar otros medios para disminuir su incidencia negativa en la educación de las nuevas generaciones.

## LA FAMILIA CUBANA Y SU INTERACCIÓN CON LA SALUD

Antes del triunfo de la Revolución las condiciones de vida del pueblo eran pésimas, la situación socioeconómica del país era precaria, existía desempleo, desnutrición, analfabetismo, los servicios de salud eran muy escasos, lo cual trajo como consecuencia elevada mortalidad por enfermedades infectocontagiosas, diarreicas y otras.

Esto demuestra que en aquellos momentos, el Estado no estaba interesado en garantizar a todas las familias cubanas condiciones elementales para su bienestar social. Con el triunfo de la Revolución el primero de enero de 1959 se iniciaron y continúan realizándose transformaciones sociales necesarias en lo económico, político y social, lo que permite garantizar mejores condiciones para satisfacer las necesidades imprescindibles de la población.

Las medidas tomadas por la Revolución, respondieron a los intereses comunes a todas las clases y grupos sociales que constituyeron su base. Dentro de estas medidas la determinante fue la sustitución de las relaciones de producción basadas en la propiedad privada sobre los medios de producción, por la propiedad social. Esto pudo hacerse a través de cambios en el sistema político, como lo ilustra la promulgación de la primera y segunda Ley de Reforma Agraria, y la nacionalización de otras empresas importantes dentro del país.

Todas esas medidas introdujeron cambios en la estructura socioclasista de la sociedad. Se crearon nuevas escuelas, hospitales, círculos infantiles, se hicieron transformaciones en el sistema de salud, con el objetivo de dar solución a los principales problemas de la familia.

Por primera vez el Estado garantiza la posibilidad de acceso de todas las personas a recibir el servicio médico gratuito. Se crearon leyes que protegen a la familia y que regulan los aspectos fundamentales en las que deben basarse las relaciones familiares. Al respecto en el código de la familia en Cuba se expresa: "La familia es un grupo de personas entre los que median relaciones económicas y sociales, surgidas en una unión sexual duradera y de parentesco, en el seno de la cual se da la satisfacción a la propagación, desarrollo y conservación de la especie humana, se mantienen, educan y forman a los hijos y mediante una colaboración mutua, socialista, se comparte la vida y los intereses comunes de toda la sociedad."<sup>6</sup>

La familia socialista como ideal debe ser la unión voluntaria de la pareja humana, donde primen verdaderos sentimientos de amor, donde cada cónyuge tenga la responsabilidad de mantener y proteger a los hijos por igual, participar en las tareas del hogar en igual medida, crear un clima espiritual favorable para el desarrollo de sentimientos de amor a la patria, al trabajo, y para el respeto mutuo entre los miembros de la familia, el colectivismo y otros.

Nos obstante, consideramos que en la sociedad cubana actual existen determinados factores tanto objetivos como subjetivos, que obstaculizan el funcionamiento adecuado de las relaciones familiares. Dentro de estos factores tenemos el insuficiente desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción, las cuales no permiten satisfacer determinadas necesidades objetivas de vital importancia para la convivencia familiar, y por tanto para la realización de sus funciones.

Estos problemas se han agudizado a partir de los años 1990 con la crisis económica que ha venido atravesando la sociedad cubana, donde el salario prácticamente no alcanza para satisfacer las necesidades materiales de vida, entre las que figuran: las de alimentación, de vivienda, y otras. Tampoco la sociedad puede garantizar a cada familia una vivienda o mejorar las condiciones de las que ya existen. Hay muchos problemas de este tipo que no han podido resolverse.

Esta situación puede provocar trastornos psicológicos y emocionales en los integrantes de la familia, que luego se expresan en su comportamiento social; generalmente la mayoría de los jóvenes con problemas de este tipo son

hijos de padres divorciados y de familia donde existen otros tipos de conflictos o han sido abandonados por sus padres.

Algunas investigaciones realizadas por psicólogos y sociólogos muestran que muchos de estos problemas son provocados por la ausencia definitiva de la figura paterna, tanto ausencia física como afectiva y el abandono de sus responsabilidades como padre.

Esto no siempre sucede así, porque hay padres divorciados que continúan atendiendo a sus hijos, tanto material como afectivamente y se preocupan por la solución de sus problemas. En este caso el divorcio es asimilado positivamente y por lo general no ocasiona problemas.

También existen padres que no se encuentran divorciados, están presentes físicamente y sin embargo, no brindan ningún tipo de atención afectiva al niño, al contrario, lo rechazan (estos son los denominados padres presentes pasivos y no afectuosos). En estos casos los padres humillan y a veces ridiculizan a sus hijos en presencia de otros. Estos niños generalmente se sienten frustrados y la mayoría de las veces reaccionan con violencia y adoptan comportamientos inestables que pueden llegar a tener características predelictivas (hurtos, fugas) y posteriormente en sus relaciones sociales se muestran hostiles, descontentos e impenetrables, ya que no han tenido una orientación adecuada en su conducta.

Existen otros tipos de padres que viven con sus hijos, les brindan cariño, pero se mantienen indiferentes ante sus problemas (formación de hábitos escolares, higiénicos, necesidades tanto materiales como espirituales), no ejercen ningún tipo de formación educativa y esta responsabilidad recae sobre la madre; son estos los padres que posteriormente culpan a las madres del mal comportamiento de sus hijos. Estas actitudes ocasionan problemas en el desenvolvimiento de la vida familiar y repercuten negativamente sobre los hijos, alterando su equilibrio emocional, lo que resulta dañino para el funcionamiento adecuado de la familia.

Con gran frecuencia, estos padres asumen posiciones autoritarias e impositivas en el hogar, lo que trae como consecuencia el distanciamiento y frialdad en las relaciones familiares y por tanto falta de comunicación entre padres e hijos, lo que puede ocasionar formas de comportamiento inadecuadas en la adolescencia y desorientación en la solución de sus problemas.

Contraria a estas actitudes, es la asumida por la madre (permissiva y tolerante) para compensar la rigidez del padre, esto es también dañino para el niño, porque son posiciones extremas que perjudican el adecuado desenvolvimiento de las relaciones familiares y no permiten crear un clima favorable para el desarrollo independiente del niño, al contrario, propicia la subvaloración o sobrevaloración (esto es perjudicial para sus relaciones con los demás, incluso con la propia familia).

Otro problema que afecta las relaciones familiares, es el hecho de que las tareas domésticas consumen gran parte del tiempo que las madres pudieran dedicar a la realización de otras actividades (los servicios que ofrece la sociedad en este sentido, son todavía insuficientes). Las tareas del hogar y la educación de los hijos no son compartidas en igual medida por todos los miembros



de la familia, frecuentemente el peso fundamental recae en la mujer. En esto influye la permanencia de determinados patrones culturales, tradiciones, prejuicios del pasado que se expresan a través del fenómeno del machismo; tradicionalmente ha existido el criterio de que el cuidado, la educación de los hijos y las tareas del hogar, son responsabilidad de la mujer.

Es indudable que la educación de la mujer ha cambiado al lograr mejores condiciones de vida, incorporarse a las actividades sociales; unos de estos logros es precisamente su incorporación a la actividad laboral, lo que ha originado importantes transformaciones en la composición y estructura de la familia cubana, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Al respecto en el libro *Análisis de las investigaciones de la familia cubana en 1970-1987* se plantea:

"La incorporación de la mujer al trabajo ejerce profunda influencia sobre la familia y específicamente sobre la educación de los hijos. El desarrollo de su personalidad resultante de la propia educación, como de su actividad laboral, determina en gran parte el nivel y el tipo de formación que ejerce sobre los hijos."<sup>7</sup>

Esto demuestra que la educación de los hijos depende en gran medida de la educación de la mujer, de su actividad laboral, que ejerce su influencia sobre la función de reproducción de la familia. En investigaciones realizadas, que se ha demostrado que las mujeres trabajadoras poseen niveles de fecundidad más bajo que las no trabajadoras.

Se ha generado a nivel social otra contradicción, la doble jornada de la mujer trabajadora, la cual repercute en las relaciones familiares, ya que a ella le corresponde el peso fundamental en la distribución de funciones en el seno de la familia.

Todos estos factores tanto objetivos como subjetivos, no permiten el despliegue de la plena igualdad de la mujer, limitan la armonía que debe reinar en el seno de la familia, aunque en diferentes documentos de la revolución como: el código de la familia, programa del partido, discursos, que expresan los principios fundamentales que regulan las relaciones familiares.

No basta con el reconocimiento formal de estos principios por parte de la familia, hace falta que en la sociedad se continúe trabajando, con el objetivo de que estos principios se conviertan realmente en efectivos reguladores de la conducta en el hogar (los programas que existen son todavía insuficientes y otras veces no llegan a todas las familias).

Otro problema que afecta a muchas familias es el alcoholismo, el cual en ocasiones es heredado por los hijos y ocasiona graves consecuencias para la salud de los mismos y de la familia en general. Con gran frecuencia en familias con problema de este tipo las relaciones entre sus miembros no son buenas, existe violencia o agresividad, con relación a los hijos o en el matrimonio y puede repercutir en una mala atención a los hijos. Estas actitudes no son ejemplos para la educación de éstos.

Cuando no existe una adecuada orientación de los hijos por parte de los padres (por falta de comprensión, mala comunicación u otras razones ya planteadas) en cuanto a la educación sexual se originan muchos proble-

mas como: contagio de enfermedades que se transmiten por vía de relaciones sexuales inadecuadas, la maternidad temprana, que implica el nacimiento de niños que luego son abandonados por sus padres o no son atendidos adecuadamente.

El problema del aborto es otra de estas consecuencias. Estos, en la mayoría de los casos, se realizan sin el conocimiento y apoyo de los padres, y con el desconocimiento de los riesgos a que se expone la mujer.

Nos hemos basado en el criterio del doctor *Alberto Clavijo* para ofrecerles algunos ejemplos concretos de afectaciones a la salud que pueden provocar conductas incorrectas de los padres hacia los hijos:<sup>8</sup>

- La sobreprotección puede relacionarse con: la dependencia, el afeminamiento, masculinización, disfunción sexual, histeria e hipocondriasis, entre otras.
- El exceso de ansiedad puede ocasionar: inseguridad, timidez e hipocondriasis.
- El rechazo puede producir: depresión, neurosis y disfunciones sexuales.
- El exceso de autoridad puede ocasionar: rebeldía, agresividad y neurosis.
- Exceso de crítica puede ocasionar: agresividad y retraimiento.

Es incuestionable que se han alcanzado importantes logros en la participación de las familias en la solución de problemas que afectan la salud. Muestra de ello, es su participación en diferentes actividades tales como: apoyo a campañas de vacunación, fumigación para evitar epidemias, donaciones de sangre, etc. No obstante, es necesario perfeccionar esta tarea, por cuanto muchas veces la familia no es consciente de su responsabilidad por la salud de sus integrantes y tradicionalmente ha existido el criterio de que el estado es el máximo responsable de la salud y no así la familia y el individuo.

El objetivo fundamental de la salud pública en Cuba, es el desarrollo de la medicina comunitaria, que tiene como fin promover salud y prevenir enfermedades. Para la realización de este objetivo se presta especial atención al papel que corresponde a las familias, médicos, enfermeros, estomatólogos y trabajadores sociales. Por eso se garantiza la formación de estos profesionales y sus instituciones correspondientes.

Existe una relación dialéctica entre las categorías prevención y promoción de salud, las cuales son de gran valor para el desarrollo de la medicina en la comunidad.

La prevención significa aplicar medidas para evitar enfermedades, mientras que la promoción se refiere a mejorar las condiciones de salud e incluye la prevención. Por tanto, la promoción es más general que la prevención porque abarca no sólo educación para la salud, sino que incluye además, modificación de costumbres, hábitos y precisa de un movimiento profundo de la comunidad.

Es una tarea eminentemente social, requiere del esfuerzo mancomunado de muchos factores, tales como: el Estado, condiciones de vida, educadores, de los profesionales de la salud y es muy importante la responsabilidad del individuo y de la familia, de cómo ésta valore su salud y participe en su preservación.

Entre todos estos factores existe una interrelación dialéctica, donde cada uno de ellos desempeña un papel imprescindible y sirve de condición y complemento de los demás.

No obstante nuestro interés principal, es reflexionar sobre el papel de la familia y los profesionales de la salud, como 2 elementos indispensables para el desarrollo de acciones encaminadas no sólo a curar enfermedades, sino también a prevenirlas y a promover la salud.

Es por ello, que los médicos y enfermeros de la familia deben conocer la situación de salud de las familias en su comunidad, sus peculiaridades, sistema de valores, costumbres, tradiciones, situaciones por la que atraviesa. Esto les permitirá a medir el nivel de funcionamiento de éstas (si es adecuado o inadecuado), con el objetivo de orientar su trabajo sobre la base de las dificultades encontradas.

Además, deben explicar y preocuparse porque en las familias se desarrollen hábitos higienicosanitarios y nutricionales con el fin de capacitarlas para que asuman la función que le corresponde ante el cuidado de la salud.

Por eso se trata de una relación muy estrecha, entre el trabajo de los médicos y enfermeros y la responsabilidad de la propia familia por la salud de sus integrantes, su participación en diferentes programas. Entre ellos el materno-infantil y el dirigido al cuidado y preservación del medio ambiente.

Específicamente el Programa Maternoinfantil es vital para conservar la salud de la madre y reducir los índices de mortalidad infantil.

Es necesario su participación más activa en el Programa sobre la preservación del medio ambiente, educar a sus integrantes en su cuidado y protección, ya que el deterioro de este influye negativamente sobre la salud y puede ser causa para la aparición de algunas enfermedades.

Sin embargo, existen factores objetivos y subjetivos que inciden negativamente, en la formación y desarrollo de la conciencia ecológica a nivel familiar, y por tanto en el mejoramiento de la salud.

Por un lado, la crítica situación económica del país en estos momentos, no permite garantizar a nivel de cada territorio los medios de transporte necesarios para la recogida de desechos, que se vierten de forma irresponsable en ríos y basureros escogidos arbitrariamente en algunas zonas.

Además, influye la falta de conciencia y/o responsabilidad por parte de algunas instituciones encargadas de realizar esta tarea, esto incide en que no se busquen otros medios o vías para solucionar las dificultades. Lo que significa, que es necesario prestar una mayor atención al cuidado y preservación del medio ambiente, por su importancia para la salud humana e incluso para la preservación de la propia vida. Se trata del esfuerzo coordinado que deben realizar todas las instituciones, organizaciones políticas y de masas y todo el personal que en alguna medida tienen cierta responsabilidad.

A pesar de haberse alcanzado importantes logros en el trabajo comunitario, existen dificultades sobre las que deben trabajarse para su erradicación.

Dentro de estas dificultades (no sólo económicas) podemos referirnos, además de las mencionadas anteriormente, al hecho de que no todos los profesionales de esta esfera asumen con responsabilidad su trabajo, lo que determina la falta de confianza de la familia hacia algunos de ellos.

Por otra parte, en la literatura revisada encontramos casos de investigadores que han elaborado parámetros para determinar el funcionamiento o no de la familia, sin embargo, éstos no se aplican de forma generalizada; por lo que es necesario una integración de ideas al respecto (consultar artículos: "Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia" y "La familia: como estudiarla con eficacia."<sup>9-11</sup>

No obstante, coincidimos con la opinión del doctor *Alberto Clavijo*, de incorporar a estos parámetros la integridad ecológica de la familia, por la importancia que tiene para la salud.

En general, es necesario continuar perfeccionando la actividad de la familia, formar en ella una determinada cultura de la salud que abarque todos los aspectos de la vida, porque a medida que su papel sea más eficiente, así como el trabajo de los médicos en el que aún existen dificultades, se alcanzarán mejores resultados en la prevención de enfermedades y promoción de la salud, objetivo fundamental de nuestra sociedad para mejorar la calidad de la existencia del hombre, como valor supremo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Colectivo de autores. Lecciones de la construcción del socialismo en Cuba. Cap. IX. Editorial Pueblo y Educación.
2. Engels F. El origen de la Familia, la Propiedad privada y el Estado. Obras Escogidas en 3 tomos. T. III cáp. II y IX. Editorial Progreso Mosce.
3. Idem 2. pp. 74-75.
4. Colectivo de autores. Análisis de las investigaciones sobre la familia cubana 1970-1987. Editorial Ciencias Sociales. La Habana 1970.
5. Marx C y Engels F. La Ideología Alemana. Obras Escogidas en 3 Tomos. T. I p. 15. Editorial Progreso. Mosce. 1974.
6. Código de la familia en Cuba. p. 4.
7. Idem 4.
8. Clavijo A. Especialista en Psiquiatría. Conferencia impartida en III Evento teórico Mujer y Familia. Quinta Simoni. 10 y 11 de junio de 1987. Camagüey.
9. Colectivo de Autores. Un instrumento de funcionamiento familiar para el médico de la familia. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. XII. No. 1. Enero-Marzo. 1996. Editorial Ciencias Médicas.
10. Ruíz Rdquez G, et al. La familia: Como estudiarla con eficacia. Revista Cubana de Medicina General Integral. Vol. XII No. 1 Enero-Marzo. 1996. Editorial Ciencias Médicas.
11. Almagro D. Fco. Tendencias actuales y futuras de la terapia de familia. Idem 9. V.12. No.3, Julio-Septiembre 1996.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Colectivo de autores. Mi familia es así. Editorial Ciencias Sociales. La Habana 1990.
- Colectivo de autores. Sociología para Médicos. Editorial Ciencias Sociales. La Habana 1980.
- Ramos D, N y Aldereguía H. J. Higiene Social y Organización de la Salud Pública. Editorial Pueblo y Educación 1987.
- Rodríguez A. Transitando por la psicología. Edit. de Ciencias Sociales. La Habana. 1990.
- Segundo Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud. (Memorias) 14-18 de Noviembre de 1988. Palacio de las Convenciones. La Habana.
- Colectivo de autores. Mi familia es así. Editorial Ciencias Sociales. La Habana 1990.
- Colectivo de autores. Sociología para Médicos. Editorial Ciencias Sociales. La Habana 1980.
- Ramos D, N y Aldereguía H. J. Higiene Social y Organización de la Salud Pública. Editorial Pueblo y Educación 1987.
- Rodríguez A. Transitando por la psicología. Edit. de Ciencias Sociales. La Habana. 1990.
- Segundo Seminario Internacional de Atención Primaria de la Salud. (Memorias) 14-18 de Noviembre de 1988. Palacio de las Convenciones. La Habana.

## La salud como valor social

*Lic. Doris Prieto Ramírez y Lic. Rosa Aguirre del Busto*

La relación del hombre con la realidad se produce a través de la práctica, el conocimiento y la valoración.

La actividad valorativa se incluye en la doctrina de los valores o axiología, la cual ocupa un importante lugar en la concepción filosófica del mundo.

Para comprender la valoración resulta imprescindible examinarla en su vínculo con el valor. El valor no es un fenómeno u objeto de la realidad en sí mismo, sino una cualidad de los objetos adquirida en el curso de la práctica histórico social.

¿En qué consiste esta cualidad?

"Los valores constituyen una función de los fenómenos y objetos consistente en la posibilidad de servir de alguna forma a la actividad práctica de los hombres. Por cuanto, la práctica representa un proceso objetivo, los valores, que expresan las necesidades objetivas de la sociedad, surgen y existen independientemente de la voluntad y la conciencia de los hombres."

'Por valor generalmente se entiende la capacidad que poseen determinados objetos y fenómenos de la realidad objetiva de satisfacer alguna necesidad humana, es decir, la determinación social de estos objetos y fenómenos consistente en su función de servir a la actividad práctica de los hombres...'.<sup>1</sup>

Atendiendo a lo expuesto debemos admitir que los valores son objetivos: no dependen de la voluntad ni de la conciencia humana, pues están determinados por la práctica; y constituyen una cualidad de las cosas consistente en satisfacer necesidades humanas.

La valoración, en cambio, es el reflejo subjetivo en la conciencia del hombre de la significación que para él poseen determinados objetos y fenómenos de la realidad, en estrecha relación con las necesidades, intereses, fines, experiencias precedente y concepción del mundo del sujeto cognoscente.

Entre la valoración, el conocimiento y la práctica existe una relación indisoluble. El conocimiento es premisa de la valoración: sólo podemos valorar adecuadamente lo que conocemos; y la práctica, es la fuente y condición indispensable de la valoración que hace el sujeto de la realidad.

Por su grado de universalidad, la teoría de los valores es válida para estudiar cualquier esfera de la realidad y por ende la esfera de la salud humana.

## LA SALUD ES UN VALOR SOCIAL

Durante siglos los hombres comprendieron la salud como norma (desde un punto de vista estrictamente biológico), como lo opuesto a la enfermedad. De acuerdo con este criterio siempre que un individuo se correspondiera con la norma estaría sano, pero no siempre que estuviera sano se correspondería con la norma. "Si se toma determinada norma de funcionamiento biológico como criterio de salud habría que llegar a la conclusión de que no existen prácticamente nunca individuos sanos, ya que comúnmente toda persona tiene alguna desviación de algún órgano o sistema en algún momento dado."<sup>2</sup>

La inconsecuencia de entender la salud como norma fue superada por la definición que acerca de la misma da la Organización Mundial de la Salud (OMS) al señalar que: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de las afecciones o enfermedades."<sup>3</sup>

La categoría salud se refiere a la existencia y la esencia de la vida del hombre; entender su especificidad social requiere comprender la esencia humana, la cual fue definida por *Carlos Marx* en su obra *Tesis Sobre Feuerbach*.

"La esencia humana no es algo abstracto, inherente a cada individuo, es en realidad el conjunto de sus realidades sociales".<sup>4</sup>

La salud debe ser entendida como... "la calidad de la existencia del hombre determinada por su relación armónica con el medio natural-social que le corresponde".<sup>5</sup>

La salud es un valor fundamental de la humanidad, garantiza su existencia y la calidad de ésta, incluyendo el grado de adaptación del medio natural y social por el hombre.

La existencia saludable del ser humano satisface necesidades esenciales para él: la calidad de su vida, su vínculo estable con la naturaleza y su relación con los demás hombres. En tanto que en relación con la calidad de la existencia humana, la salud tiene carácter sistémico, posee diferentes rasgos interrelacionados, tales como:

- "Ausencia de daños morfológicos.
- Ausencia de limitaciones funcionales.
- Determinado nivel de bienestar subjetivo.
- Determinado nivel de bienestar social, o sea, de posibilidades sociales de desarrollo del individuo en el plano económico, cultural, etc.
- Determinado nivel de desarrollo de la personalidad referido a la auto-realización de sus potencialidades productivas y su autodominio."<sup>6</sup>

Como vemos existen factores biológicos: genéticos, inmunológicos, morfológicos, ambientales y factores sociales: condiciones materiales de exis-

tencia, costumbres, hábitos, etc., que deben ser tomados en consideración al analizar la salud como valor social. Los primeros, son naturales y por tanto, constituyen premisas de la salud humana, los segundos, están estrechamente relacionados con la existencia social del hombre con su modo de vida y sus concepciones.

La búsqueda y restablecimiento de la salud requiere de múltiples condiciones, dentro de las que se destacan las económicas y las políticas, sobre todo, el sistema de salud pública existente en cada sociedad. En este sentido, es importante también la interacción individuo-profesional de la salud.

El profesional de la salud materializa en su actividad el valor social de la salud, cuando su accionar promueve y fortalece condiciones saludables de vida. Es la persona que posee conocimientos científicos y habilidades que le permiten desempeñar un destacado papel en el mantenimiento de la salud.

La organización de la salud pública a escala de toda la sociedad desempeña un rol significativo en el desarrollo de la salud. No siempre la distribución de los servicios de salud responde al imperativo de preservar y restablecer la salud de los individuos, independientemente de su procedencia de clase y su situación económica. Por ejemplo: en la sociedad capitalista el sistema de salud es básicamente elitista y garantiza el pleno acceso a los servicios de salud de la clase dominante. En esta sociedad amplios sectores de la población no tienen acceso a la atención médica especializada.

Las condiciones económicas convierten a la salud en un valor concreto, tal como se expresa en la situación sanitaria de los países desarrollados y de los países subdesarrollados.

Estos indicadores obedecen a una triste realidad "...se calcula que para el año 2000 el 78 % de la población mundial vivirá en condiciones de indigencia, contra un 68 % en el año 1950.'

'La mayoría absoluta de estos tantos por cientos está concentrada en los países subdesarrollados. Para el mismo año 2000 se estima que la población del planeta alcance la cifra de seis mil trescientos cincuenta millones de personas, de las cuales el 90 % habitará en el Tercer Mundo. Para el mismo año se calcula que el déficit de proteínas será de veinte millones de toneladas, como consecuencia de la cual la subalimentación y el hambre costará a la humanidad anualmente el mismo número de víctimas que los 5 años de la II Guerra Mundial... .'"<sup>7</sup> A esto se añaden las nefastas consecuencias que trae para la salud la contaminación ambiental en esos países.

En el Informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se señala:

"De hecho, los problemas más inmediatos son la enfermedad y la muerte prematura causada por agentes biológicos en el entorno de los seres humanos: en el agua, los alimentos, el aire y el suelo.'

'Contribuyen a la muerte prematura de millones de personas, sobre todo lactantes y niños, y a la mala salud o incapacidad de cientos de millones más. El problema es más agudo en los países en desarrollo,



donde: cuatro millones de lactantes o niños mueren cada año por enfermedades diarreicas, principalmente como consecuencia de la contaminación del agua y los alimentos, más de un millón de personas mueren de malaria cada año y hay 267 000 000 infestados; centenares de millones padecen infecciones parasitarias... cientos de millones de personas padecen de enfermedades del aparato respiratorio y de otro tipo causadas o exacerbadas por agentes biológicos y químicos, incluyendo el humo del tabaco presente en el aire, tanto en espacios cerrados como en el aire libre; cientos de millones expuestos a riesgos innecesarios de tipo químico y físico en sus hogares, puestos de trabajo o en el ambiente en general.'

'La salud también depende de la posibilidad de obtener alimentos, agua y alojamiento. Más de mil millones de personas carecen de ingresos a tierras para satisfacer estas necesidades básicas... cientos de millones padecen subnutrición."<sup>8</sup>

## LA SALUD COMO OBJETO DEL REFLEJO VALORATIVO

La salud constituye un valor social, pero las valoraciones acerca de ella han variado a lo largo de la historia de la humanidad, en relación directa con el desarrollo de las ciencias biomédica y con la conciencia filosófica dominante en cada época.

En las sociedades precapitalistas se consideraba la salud como ausencia de la enfermedad y a esta última "...como producto de influencias personales perniciosas (mal de ojo, etc.) o como producto de determinados premios y castigos divinos..."<sup>9</sup>

En el enfoque religioso de la enfermedad, característico de la Edad Media, la enfermedad y la salud dan cumplimiento a determinadas normas sociales, supuestamente establecidas por un ser sobrenatural "...que castiga con la enfermedad a los incumplidores y premia con la salud a determinados bienaventurados'.

'En este caso, ...la causalidad social reflejada en forma fantástica está mediatizada por el mítico ser sobrenatural, sin dejar de ser la violación de determinadas normas sociales la supuesta causa del padecimiento".<sup>10</sup>

En la sociedad capitalista, con el proceso de diferenciación de las ciencias y el auge de la biomedicina, el reflejo supersticioso del mundo y la explicación mística de la salud y la enfermedad, es desplazada por una comprensión científica de la salud, aunque ésta se limita a su determinación biológica. El descubrimiento de la incidencia de los gérmenes patógenos en la salud humana por *Luis Pasteur* reforzó la valoración de la salud como equilibrio de los sistemas y órganos del cuerpo y de la relación armónica del organismo humano con el medio. La actividad médica se orientó básicamente a restablecer el equilibrio dañado.

En la segunda mitad del presente siglo, las valoraciones acerca del proceso salud-enfermedad han variado sustancialmente, debido a la importancia que

se le conceden a los factores sociales en este proceso. Es obvio que enfermedades como el infarto, el alcoholismo, los accidentes y otras, están más relacionadas con las condiciones de vida de los individuos que con factores genéticos o fisiológicos.

## RELACIÓN ENTRE LA VALORACIÓN Y LAS NECESIDADES

En la escala de las valoraciones ocupan un lugar determinante las necesidades. La jerarquía de valores depende del grado de satisfacción de las necesidades: las necesidades insatisfechas ocupan los primeros lugares en la valoración que hace el individuo de la realidad, en cambio, las necesidades insatisfechas pasan a un segundo plano. Por ejemplo, para la población cubana el acceso a la atención médica no ocupa un lugar predominante en su escala de valoraciones, ya que es una necesidad satisfecha, algo bien distinto ocurre en otros países de latinoamérica y del Tercer Mundo, donde la atención médica especializada no está al alcance de los sectores de menores ingresos.

## RELACIÓN ENTRE LA VALORACIÓN Y LOS CONOCIMIENTOS

Asistimos en el presente siglo a una de las mayores revoluciones educacionales de la historia. El hombre de hoy es mucho más instruido que el hombre de los siglos precedentes; los adelantos científicotécnicos, entre ellos la robótica y la informática, llegan a todos los rincones del planeta, y desde luego, se ha elevado el conocimiento humano sobre temas médicos y salubristas.

Si en la antigüedad el saber médico se concentraba en una élite, en la actualidad éste se generaliza y se populariza cada vez más. Conceptos tales como: inmunología, genes, patología y otros, no son patrimonio exclusivo de médicos y científicos.

La ampliación y profundización del conocimiento sobre los factores que dañan o favorecen la salud, constituye una premisa de las disímiles valoraciones que hacen los individuos acerca de ellos.

Para ilustrar esta idea señalemos que: la práctica sistemática del ejercicio físico considerada en otras épocas como pernicioso a la salud, es estimulada en la actualidad por considerarse saludable.

Los hábitos tóxicos: tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, etc., cuyo enfrentamiento se consigna en la política de salud de numerosos estados, han disminuido sobre la base del conocimiento de las nefastas consecuencias que éstos tiene para la salud.

En el siglo XIX el ilustre sabio *Carlos J. Finlay* defendió en un artículo titulado "Utilidad de los ejercicios corporales en los climas cálidos y su conveniencia para fomentar el desarrollo físico de nuestra juventud", la práctica del deporte en nuestro país.<sup>11</sup>

El papel que desempeñan los medios de difusión con el objetivo de preservar la salud humana es muy significativo en esta última parte del siglo, aunque debemos señalar que no en todos los países existe una divulgación sistemática de estos temas en los citados medios.

La valoración sobre la salud no sólo depende de las necesidades y los conocimientos del individuo, sino también de las condiciones de vida y de trabajo.

De acuerdo a como el hombre produce sus medios de vida y al lugar que él ocupa en ese proceso, así será su actitud ante la salud. Si ocupa un lugar predominante en el sistema de relaciones sociales posee las condiciones materiales necesarias para ocuparse de su salud, en cambio, si ocupa un lugar subordinado en la sociedad se preocupará más por su supervivencia que por la calidad de ésta.

En fin, debemos concluir que la salud es un valor social que tiene relación con la calidad de la existencia humana. Es un valor concreto determinado por el modo de producción, el nivel de desarrollo socioeconómico alcanzado y la situación política existente.

La actitud de los hombres ante su salud es histórico-concreta, depende no sólo de las condiciones sociales existentes, sino también de las valoraciones que posee acerca de la misma, de sus conocimientos, costumbres, hábitos, condiciones de vida y del grado de satisfacción de sus necesidades vitales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fabelo Corzo, JR. Práctica, conocimiento y valoración Edit. C. Sociales. p. 21.
2. Barreras Enrich, A. et al. Filosofía, Ciencia de la salud Edit. Pueblo y Educ., 1991, p. 18.
3. Idem p.19
4. Marx, C. La Ideología Alemana O.E. en 3 tomos, T-I Edit. Progreso, Moscú. p. 9.
5. Idem 2 y 3 p. 19.
6. Pérez Lovelle, R. "La psiquis en la determinación de la salud". Edit. Científico-Técnica. La Habana, 1989 p. 29.
7. Fabelo Corzo, JR. Valores universales y problemas globales Filosofía y Salud, Tomo II. Minsap, 1994, p. 463.
8. Informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS Compilación de temas Filosofía y Salud II. Minsap, 1994 p:485.
9. Idem 6, p. 19.
10. Idem p. 19.
11. Finlay, CJ. Obras Completas Tomo III, p. 545 Academia de Ciencias de Cuba, La Habana, 1967.

# La Revolución Científico-Técnica: su impacto en la esfera de la salud

*Lic. Emilia Cruz Oñoz*

## INTRODUCCIÓN

En los umbrales del siglo XXI la humanidad se encuentra en una encrucijada. Jamás en su historia la velocidad del desarrollo de la ciencia y la tecnología y de las fuerzas productivas, había alcanzado tal magnitud como en el siglo XX, y se produce un salto cualitativo que se denominó Revolución Científico-Técnica (RCT).

El sociólogo *Alvin Toffler* calculó que en los últimos 50 000 años de existencia de la humanidad, han vivido unas ochocientas generaciones, a razón de 62 años como promedio. Si enfocamos así la historia del hombre, "...las primeras 650 generaciones vivieron en cuevas, la escritura existe durante la vida de 70 generaciones, sólo 6 han conocido las artes gráficas y 2 el motor eléctrico. La gran mayoría de los valores materiales y espirituales han sido creados por nuestra generación..."<sup>1</sup>

Es preciso tener en cuenta, que la influencia de la tecnología sobre la vida humana es compleja, en primera instancia porque siendo como es determinante para el proceso de su desarrollo, sus efectos se extienden hacia numerosos aspectos relacionados directa o indirectamente en el nivel de vida de la población, sin embargo, el desarrollo desproporcionado y la brecha existente entre los países desarrollados y subdesarrollados, hace que este importante componente de la calidad y nivel de vida sea una falacia para una gran parte de la población mundial.

Un componente de obligada referencia dentro del indicador de calidad y nivel de vida es el de la salud humana, por lo que los avances tecnológicos más recientes en el ámbito particular de los servicios médicos constituyen un elemento de vital importancia.

La Revolución Científico-Técnica, tanto por su influencia sobre el desarrollo social en general como sobre el desarrollo de las ciencias médicas, ha representado una posibilidad extraordinaria de progreso para el proceso salud-enfermedad en el hombre. Eso se concreta en la mayoría de indicadores como el aumento de las expectativas de vida, la sensible disminución de la morbilidad de enfermedades infecciosas en los países desarrollados y las enor-

mes posibilidades que tienen a mano estas ciencias que no las tenían en el siglo pasado. Esto es indiscutible, y es una cuestión de principios que no sólo está ligada a la RCT y su influencia sobre la medicina, sino a la influencia de ella sobre el desarrollo social en general.<sup>2</sup>

Al mismo tiempo, nunca como ahora han sido tan complejos los problemas de enfrentamiento político, las desigualdades sociales y entre países, la RCT se ha desarrollado junto a estos problemas y ha contribuido a agudizarlos. Es en este contexto que nuestro país logra su independencia y a través de un sistema socioeconómico más justo intenta alcanzar el ritmo y nivel de desarrollo de los países más avanzados del mundo.

En nuestro siglo la ciencia deja de ser simplemente una fuente de perfeccionamiento de las máquinas y tecnologías para iniciar, de manera directa, el surgimiento de tipos de producción y ramas industriales nuevas, que no pueden surgir en la práctica productiva misma. Así a mediados del siglo xx los cambios más importantes estuvieron fundados en los descubrimientos científicos. Por esta etapa la ciencia se convierte en el eslabón decisivo del sistema ciencia-técnica-producción y pasó a inspirar los cambios principales en la técnica y la tecnología de la producción. De esta forma se acelera y profundiza el proceso de su conversión en fuerza productiva directa.

Esta transformación radical en la ciencia y la técnica es lo que se conoce como RCT, fenómeno específico de nuestra época y que fue madurando gradualmente en el desarrollo científico, técnico y socioeconómico en general; la misma es posible sólo por el alto grado de desarrollo de las fuerzas productivas y de la socialización de la producción. Ésta a su vez, tiene que tener un alto nivel para poder aplicar a ella la ciencia desarrollada. A la vez, esta última asume en la actualidad, el papel rector en el crecimiento de las fuerzas productivas y el desarrollo de la producción. Ella posee otras implicaciones sociales muy grandes, se convierte en una gran fuerza transformadora que acelera el desarrollo social. Tiene grandes implicaciones sobre la organización de la actividad científica y estos cambios objetivos que tienen lugar en la ciencia contemporánea, conducen necesariamente a cambios en la posición que asume el Estado y parte de la Comunidad Científica.

Si explicamos esto con más detalles, debemos detenernos en explicar que la RCT es un cambio esencial en el desarrollo de las fuerzas productivas sobre la base de la conversión de la ciencia en factor rector del progreso técnico y productivo. Cambia la fisonomía de la producción social, las condiciones, el contenido y el carácter del trabajo, la división social del trabajo con claras repercusiones en la estructura clasista de la sociedad, modifica sensiblemente las comunicaciones humanas, altera radicalmente la estructura disciplinaria de la ciencia, su organización, orientándola hacia la atención de problemas complejos que reclamen estructuras nuevas para el trabajo científico y modos nuevos de relacionarse con el sistema social en su conjunto.

La industria y la técnica, por consiguiente, la práctica, hicieron avanzar la ciencia, con sus demandas y necesidades; cuando en la sociedad aparecía una necesidad técnica, la ciencia debía satisfacerla mediante el descubrimiento de

nuevas leyes de la naturaleza y de nuevas fuentes de energía mediante la fabricación o hallazgo de nuevas sustancias y el estudio de sus propiedades y transformaciones; así la ciencia recibía un poderoso impulso a su desarrollo.

*Federico Engels* en su carta a *Borgius* planteó: "las necesidades de la técnica hacen avanzar las ciencias mucho más que 10 Universidades, donde se elabora y se enseña en lo fundamental el conocimiento teórico".

En *Dialéctica de la Naturaleza* dice: "Si hasta ahora nos jactábamos de que la producción debía su desarrollo a las ciencias, no es menos cierto que la ciencia debe mucho más a la producción."

La esencia de esta cuestión no ha cambiado; la fuente del desarrollo de la ciencia radica, en última instancia, en las necesidades del progreso técnico, en las demandas de la industria, de la producción en la práctica histórica y social. Ella constituye la fuerza motriz de todo el desarrollo científico. (*B. Kedrov; Lenin y las Revoluciones Científicas*. p. 98)

Pero la forma de la interacción entre la ciencia y la producción, las ciencias naturales y la técnica ha cambiado hoy de manera muy profunda. La ciencia y la técnica cambiaron sus puestos en el movimiento científico y técnico de la sociedad actual. La ciencia engendrada por las necesidades de la práctica material -la técnica y la producción- se desarrolló y fortaleció tanto que comenzó a ejercer una acción inversa, con una potencia mayor, sobre la práctica que la engendró; no sólo se adelanta a ésta en su avance, sino que le desbroza el camino para que continúe desarrollándose. Se convirtió en factor, en extremo activo, que ejerce sobre la práctica una acción que aumenta sin cesar. (Esto encuentra su expresión en la conocida fórmula sobre la transformación cada vez más compleja de la ciencia en fuerza productiva directa de la sociedad).<sup>3</sup>

Los rasgos fundamentales de la RCT son los siguientes:<sup>4</sup>

1. La ciencia pasa a ser un factor rector del proceso tecnológico, del desarrollo de la producción y el perfeccionamiento administrativo.
2. La ciencia se expande rápidamente, se transforma en una profesión masiva, lo que influye en la división social del trabajo. Se incrementa la proporción de empleados que se ocupan de la actividad científica. Su estructura se vuelve más compleja.
3. Creación de nuevos tipos y fuentes de energía.
4. Proceso de automatización de la producción.
5. Producción de materiales artificiales con propiedades prefijadas.
6. Cambio del carácter y contenido del trabajo.
7. Se eleva el nivel intelectual, cultural de los trabajadores y se establecen las premisas materiales para superar la dicotomía entre el trabajo físico y el intelectual.
8. Desarrollo acelerado de los medios masivos de comunicación y aumento de la significación social y económica de la información científica.
9. El hombre rebasa sus límites terrestres: se desarrolla la conquista del espacio y se ponen al servicio del hombre los recursos del océano a escalas muy superiores a las de antes.

Lo que esencialmente define a la RCT es que con ella la ciencia deviene una *fuera productiva directa*. Esto no significa que la ciencia pierda su carácter de pertenecer a la esfera de la producción espiritual, sino que manteniendo su especificidad, su unidad con el proceso productivo es cada vez más estrecha.

Las repercusiones sociales de la RCT son:<sup>5</sup>

1. Influencia a través del vínculo de la ciencia con la técnica y la producción.
2. Influencia a través de diversos efectos socioculturales:
  - a) Sobre la biosfera (influencias positivas pero con frecuencia, también negativas).
  - b) Sobre la economía social, en la que ha transformado la valoración de la ciencia. Se ha desarrollado una visión más pragmática de la ciencia al verla cada vez menos como búsqueda desinteresada de la verdad y más como instrumento útil para resolver problemas prácticos.
  - c) Sobre la institucionalización de la propia ciencia, por su carácter masivo. Un ejemplo es que en algunos centros investigativos los científicos se sindicalizan para reclamar sus derechos frente al Estado.
3. Expansión axiológica de la ciencia.

Todas las repercusiones que no se reflejan en la efectividad, la seguridad y el costo, y que incluyen consecuencias económicas para los individuos y las comunidades se denominan repercusiones sociales.<sup>6</sup> La tecnología y el sistema de valores sociales están tan indisolublemente vinculados que cualquiera de ellos refleja al otro. Las tecnologías de salud pueden afectar en forma directa el funcionamiento social de las personas y este hecho les confiere un poderío inigualado por ningún otro sector tecnológico en la sociedad.<sup>6</sup>

No debemos olvidar en este análisis que las repercusiones sociales de la RCT son diferentes en los países de sistemas sociales diferentes, incluso en los países miembros de un mismo sistema social pero con diferente grado de desarrollo o raíces histórico-culturales. Podemos hablar así de diferencias en el progreso social y en particular científico tecnológico, en los diferentes países.

Existe hoy una "división internacional del conocimiento", pues la ciencia se polariza en los países desarrollados, en los que se concentra la capacidad mundial de investigación y desarrollo, como parte del injusto Orden Económico Internacional reinante.<sup>7</sup>

En nuestra época "...la dependencia científico tecnológica se ha convertido (...) en uno de los principales obstáculos al desarrollo económico de las formaciones capitalistas subdesarrolladas. Esta dependencia se funda en la generación y en la posición desigual del conocimiento científico tecnológico, que permite una producción y apropiación desigual de la riqueza a escala mundial. El desarrollo capitalista a escala mundial ha producido una nueva división internacional del trabajo en la que los países altamente industrializados se reservan la producción científica y de bienes intensivos de tecnología, mientras que el desarrollo de las fuerzas productivas en los países "periféricos" depende cada vez más de la importación de estos productos...."<sup>8</sup>

En resumen, como expresara *Fidel Castro*, sobre la dependencia científico tecnológica "...En realidad, la importación de tecnología por parte de los países subdesarrollados, lejos de permitir la obtención de los objetivos de desarrollo esperados, se ha venido a sumar al conjunto de factores que refuerza la situación de dominación extranjera que sufre la mayoría de los países del Tercer Mundo y contribuye a la reproducción del atraso y el subdesarrollo."<sup>9</sup>

No debemos olvidar que las presentes relaciones científicotécnicas internacionales, diseñadas como parte del injusto Orden Económico Internacional estimulan la creciente emigración de profesionales y técnicos de los países subdesarrollados.

El progreso científicotécnico en el último decenio ha tenido lugar bajo las condiciones de lo que algunos autores han definido como un "nuevo paradigma tecnoeconómico" basado en la microelectrónica como tecnología clave. Este nuevo paradigma tecnoeconómico se caracteriza entre otras cosas por:<sup>10</sup>

1. Mayor flexibilidad del proceso productivo para adaptarse con rapidez y eficiencia a los cambios en la demanda de los productos.
2. Creciente rol de las innovaciones tecnológicas.
3. Disminución de la cantidad de mano de obra, materias primas y energía por unidad de producto terminado.
4. Creciente demanda de información y de nuevos conocimientos.
5. Incremento de la calidad de la producción.
6. Auge del proceso de transnacionalización de la economía mundial, debido a la participación cada vez mayor de las grandes empresas transnacionales en la generación y difusión de las nuevas tecnologías.
7. Rápida obsolescencia de los productos y marcada tendencia a la comercialización del nuevo conocimiento, lo que entraña el riesgo de que se subestime el papel de las investigaciones básicas para priorizar aquellas investigaciones aplicadas que puedan rendir mayores ganancias en corto plazo.

En la medida que la ciencia y la tecnología tienen una mayor participación en el desenvolvimiento económico internacional, el dinamismo del progreso científicotécnico en cada país está en función de la capacidad de su economía para absorber y emplear las nuevas tecnologías de forma eficiente, adaptarla a las condiciones locales, mejorarlas, y adicionalmente sacar nuevos conocimientos.

En el actual contexto económico internacional, donde la inequidad se expresa a través de patrones económicos, comerciales y financieros que favorecen preferentemente a los países industrializados, tiende a acentuarse el desarrollo económico desigual y la brecha tecnológica entre el Norte industrializado y el Sur subdesarrollado.

En los marcos del nuevo paradigma tecnoeconómico se ha producido una transformación radical de la base productiva de los países industrializados, de tal forma que el valor de los productos depende ahora fundamentalmente de los conocimientos incorporados en su producción, lo que ha llevado a un proceso



de desmaterialización de esas economías. En efecto, la actual RCT tiende a sustituir los productos intensivos en materias primas por productos intensivos en conocimiento.

Este acelerado proceso de desmaterialización en las economías industriales, que refuerza la tendencia declinante en el uso de materias primas y energía por unidad de producto terminado, ha tenido un impacto sumamente adverso sobre los mercados de productos básicos y consecuentemente, sobre los países subdesarrollados que dependen de la exportación de tales productos. Asimismo, el cambio tecnológico actual tiende a disminuir el contenido de "trabajo vivo" en el producto final con la consecuente reducción de la importancia de la mano de obra barata como ventaja comparativa que aún es aprovechada por muchos países subdesarrollados.

Por otra parte, la introducción de importantes cambios organizativos en el proceso de producción como los "sistemas de inventarios justo a tiempo" y otros mecanismos, exigen que el suministrador de partes y componentes y el ensamblador final estén situados lo más cerca posible uno del otro, lo que desestimula el traslado de las operaciones de ensamblajes hacia territorios distantes de los grandes centros de consumo, que radican en los países industrializados. Consecuentemente, se ha producido un acelerado proceso de marginación de las economías subdesarrolladas en el comercio y las finanzas internacionales, lo que cobra particular fuerza al analizar las principales tendencias de los flujos de tecnologías hacia el Tercer Mundo.

Los efectos negativos derivados de las crisis cíclicas observadas en las economías de los países desarrollados desde principios de los años 70 han sido transmitidos de manera amplificada hacia el Tercer Mundo. Ello ha provocado un agravamiento de los serios problemas estructurales que desde el punto de vista económico y social afectan a estas naciones. Dos de los problemas estructurales básicos que frenan el desarrollo tecnológico de los países subdesarrollados son las severas restricciones financieras, asociadas directa o indirectamente al problema de la deuda externa y las limitaciones en la transferencia internacional de tecnologías.<sup>10</sup>

Los efectos negativos directos de la deuda sobre el desarrollo tecnológico, la escasez extrema de recursos para nuevas inversiones productivas y las formas de ajuste neoliberal entre otros, encierran un grave peligro para el futuro tecnológico de esas naciones.

Por tanto, entre las barreras a la rápida difusión de las nuevas tecnologías en los países subdesarrollados, pueden mencionarse, además del alto costo real del capital, la tendencia neoliberal a priorizar aquellas actividades que generan mayores ganancias en corto plazo.

En este contexto no resulta casual la lenta capacidad de respuesta de la mayoría de las naciones subdesarrolladas ante los cambios asociados a la actual revolución tecnológica. En materia de informática, factor clave de la nueva ola tecnológica mediados del pasado decenio, estos países sólo contaban con el 5,7 % del total de computadoras existentes a nivel mundial, mientras en el área desarrollada se presentan casos como el de Estados Unidos de Norteamérica,

donde los equipos basados en computadoras representan cerca del 50 % de toda la nueva inversión en plantas y equipos.

Los países subdesarrollados han sido afectados, por la introducción acelerada de las nuevas tecnologías, se ha producido fundamentalmente en el área industrializada que absorbe además la mayor parte de los flujos internacionales de tecnologías.

Durante la década de los años 90 se espera que los países subdesarrollados tendrán que enfrentar una elevación considerable en los costos de tecnología importada, debido a una mayor pretensión de los derechos de propiedad intelectual a nivel internacional.

Prevalece el criterio de que en ausencia de capacidades mínimas de educación, investigación y desarrollo las naciones subdesarrolladas continuarán en franca desventaja competitiva a nivel internacional.

Los gastos en investigación y desarrollo y su adecuada asignación entre los distintos sectores socioeconómicos son factores determinantes para competir con posibilidades de éxito en un mercado mundial altamente sensible a los últimos adelantos de la ciencia y la técnica. Los países industrializados invierten en investigación y desarrollo unos ciennoventa y cinco mil millones de dólares anuales, mientras que en los subdesarrollados apenas dedican a este fin unos diez mil millones de dólares por año, aún cuando en estos países residen las tres cuartas partes de la población mundial.<sup>10</sup>

Esta situación alcanza dimensiones realmente dramáticas cuando se analiza el lugar de las naciones subdesarrolladas en la revolución tecnológica en el campo de la medicina.

## IMPACTO SOCIAL DE LA REVOLUCIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA EN LA ESFERA DE LA SALUD

Al repercutir directamente sobre el contenido y el carácter del trabajo -actividad vital del hombre- la RCT ha tenido influencias positivas sobre la salud humana, pues en cierta medida puede afirmarse que las condiciones de trabajo constituyen la base de la salud del hombre.

La RCT ha transformado la esfera de los servicios en todos sus niveles, desde el transporte público, hasta el trabajo de oficina, sin olvidar ese puesto de trabajo tan importante que es el propio hogar del hombre. De esta forma ha facilitado mucho las actividades cotidianas, elevando la calidad de vida. Además, ella permite crear condiciones que facilitan la vida del hombre y su desarrollo multilateral acelerado. Sin embargo, mucho se habla también de las consecuencias negativas que para la salud del hombre trae aparejado el desarrollo de ésta.

Los alimentos adulterados con sustancias artificiales a veces, incluso tóxicos del consumo, la frialdad de las relaciones humanas cada vez más mediadas por máquinas.

Reconocemos que procesos como la crisis ecológica, el fetichismo ecológico, la carrera armamentista, el ahondamiento de las diferencias entre

países desarrollados y subdesarrollados y las tensiones de la vida moderna influyen todos negativamente sobre el hombre. Se hace necesario un uso y enfoque humanista de la RCT en función de mayores niveles de justicia social, pues uno de los componentes importantes de la justicia social es la elevación de la salud del hombre.

La nueva ola de cambios tecnológicos ha aumentado la brecha existente en la atención médica entre los países más desarrollados y los menos desarrollados.

Es necesario analizar este aspecto que trae aparejado este proceso en la salud. El empleo de nuevos equipos en la asistencia médica, además de las tradicionales preocupaciones en su aplicación, (eficacia, relación con las ya existentes y costo/beneficio) entraña otros, como su elevado costo, el consentimiento voluntario a someterse a una nueva tecnología, la relación médico paciente y el perfil médico del futuro.

El alto costo de estas tecnologías encarecen la atención médica sostenidamente en los últimos años y establece el dilema de quienes deben beneficiarse principalmente de ellos, los que lo pueden pagar, o los que tienen la sintomatología adecuada para su uso más eficaz. Estas técnicas se emplean indiscriminadamente y ocasionan, en no pocos casos, cierta indisposición del paciente que se ve sometido a un procedimiento caro y de resultados poco convincentes o conocidos.

El problema de la información científica cada vez se muestra más candente, en la medida en que las potencias dominan la producción y la diseminación de ésta con una franca tendencia a circular en una sola dirección. Los países subdesarrollados consumen fundamentalmente una información elaborada por los países desarrollados, lo que entraña una forma de dominación sutil pero terriblemente eficaz.

En la declaración de Alma Atá (1978) ya se planteaba en la Declaración No. 2 la inaceptable política social y económica en la desigualdad existente en el estado de salud de la población especialmente entre países en desarrollo y los desarrollados y por tanto motivo de preocupación para todos los países. Ejemplo:

1. A fines del decenio pasado los gastos de salud pública como proporción de todo lo producido eran, en los países subdesarrollado, alrededor de 6 veces inferiores a los de los países más avanzados.
2. En el mundo de hoy se estima que la formación de un médico calificado cuesta alrededor de sesenta mil dólares. Para el Tercer Mundo, donde el ingreso per cápita es apenas el 6 % de lo observado en el llamado Norte industrializado, los sacrificios sociales para formar este tipo de profesional son sustancialmente mayores.
3. En el Tercer Mundo, 1 500 millones de personas carecen de atención médica básica y pueden llegar hasta dos mil quinientos millones los que tienen poco o ningún acceso regular a medicamentos considerados esenciales.

Ya concretamente en el plano de la medicina, en el siglo xx ha conducido en esta esfera una explosión de desarrollo sin precedente. Entre las consecuen-

cias más importantes que han resultado del proceso global de la RCT en la medicina, se pueden señalar, a nuestro juicio:<sup>11</sup>

1. El proceso de superespecialización.
2. Masiva permeación de la actividad médica por la cibernética.
3. La biotecnología.
4. La objetivación del diagnóstico médico a través de la imagenología y la endoscopia.
5. La investigación médica.

A continuación desarrollaremos cada uno de ellos.

### **El proceso de superespecialización**

A lo largo de la historia de la medicina, el médico se ha ido especializando. Si primero "hacía de todo un poco", en los últimos tiempos cada vez su campo de acción se hace más estrecho y profundo.

Por ejemplo, la cirugía en Cuba. En la década de los 50 existían 9 especialidades quirúrgicas bien definidas, con el triunfo de la Revolución, con el control estatal de la salud pública y el interés del Estado del pueblo por el bienestar de todo el pueblo, se desarrolla aceleradamente la medicina en el país en sentido "vertical" y "horizontal" y se multiplican las especialidades médicas y por ejemplo surgen divisiones ulteriores aun en la propia cirugía general antes citada.

Se ha dicho despectivamente que el especialista es un médico que sabe casi todo de casi nada, que se vuelven unilaterales, que esta actividad restringe su campo de acción, lo dificulta proyectarse a la familia, a la comunidad y que la relación médico-paciente se hace más técnica que humana, cosificando al paciente.<sup>12</sup>

Pero el proceso de especialización es necesario. El conocimiento y la práctica médica se han hecho tan complejos que nadie puede ya abarcarlo todo. El multioficio en medicina no es del todo condenable, pero es peligroso. Quien quiera conocer y hacer mucho, termina sabiendo poco de mucho y no ofrece atención calificada y hace daño.

¿Cómo evitar las consecuencias negativas de la superespecialización?

Consideramos que hay formas para evitar las posibles consecuencias negativas de la superespecialización y son las siguientes:

1. Una formación académica y práctica amplia y sólida.
2. Los equipos multidisciplinarios de trabajo.

Se conjugan profundos conocimientos de diferentes especialistas en un mismo paciente para obtener resultados diagnósticos y terapéuticos óptimos. El multioficio en medicina y en casi todo el campo de la ciencia y la técnica modernas es sustituido cada vez más por la especialización.

3. El médico y la enfermera integral de la familia que centran sus esfuerzos en la atención primaria de la comunidad; es el vínculo entre ésta y el especialista.

### **Masiva permeación de la actividad médica por la cibernética**

El rápido desarrollo de la cibernética penetra ya en el terreno de lo que unos años atrás concebían sólo los más atrevidos escritores de ciencia ficción.

La cibernética, según la enciclopedia filosófica es "...la ciencia del control del proceso en sistemas dinámicos complejos, se basa en los fundamentos teóricos de la matemática y la lógica, así como en la aplicación de la teoría de autómatas, particularmente las computadoras electrónicas, los mecanismos controlados por programas y los dispositivos lógicos de información..."<sup>11</sup>

Se ha querido llamar al siglo xx de muchas formas: el siglo del átomo, del espacio, de los plásticos, de los polímeros. Pero uno de los factores que mayor impacto ha tenido en el desarrollo social y económico actual, es la cibernética. En la medicina dicho impacto es notable.

La Cibernética tiene 2 herramientas de trabajo poderosísimas: la informática y la computación electrónica, ambas estrechamente relacionadas.

El rápido aumento de la información en la llamada "explosión informativa" unido al alarmante y rápido envejecimiento de los conocimientos establecidos, son un fenómeno muy interesante para el médico moderno que obliga a medidas emergentes. Si antiguamente los conocimientos adquiridos por un profesional durante sus 6 a 10 años de instrucción universitaria, le eran válidas casi hasta el fin de su vida laboral, en las condiciones de la RCT necesita renovarlos. Nos damos cuenta alarmados que la terminología médica se amplía incorporando conocimientos de biotecnología, genética, inmunología y sobre nuevos equipos.

Se considera que en 1900 existían solamente diez mil expresiones o términos médicos propios, que en 1975 se habían convertido en doscientos mil, 20 veces más<sup>12</sup> y desde 1975 hasta el presente la cifra ha aumentado considerablemente.

La computación electrónica en la medicina se ha integrado como sistema de procesamiento o control en equipo de diagnósticos y tratamiento de alta tecnología y ha permitido la creación de los llamados sistemas de expertos.

La aplicación de la computación en la medicina puede ocurrir en 5 esferas:<sup>12</sup>

1. Instrumental biomédico.
2. Control de procesos.
3. Sistemas de información.
4. Sistemas de dirección.
5. Educación.

Mencionando como ejemplo la incorporación de microprocesadores muy especializados en la estructura de equipos de diagnóstico y terapéutica de alta

tecnología: videoendoscopio, ultrasonografía, tomografía axial computadorizada, resonancia magnética nuclear, gammagrafía, termografía en colores, angiografía por sustracción digital, máquina de anestesia, láseres, equipos de vigilancia electrónica del paciente.<sup>12</sup>

En el marco de nuestro país, con un control adecuado de la educación y terapéutica médica como se realizan se evitará caer en el "fetichismo electrónico", uno de los peligros derivados de la RCT que consiste en la exageración, la absolutización de las posibilidades de la técnica moderna de cálculo de información para resolver los problemas, ya sean médicos, económicos o sociales.<sup>1</sup>

Otro problema derivado de la introducción de estas máquinas en medicina es el ético: la sustitución de la relación médico-paciente por la relación médico-máquina-paciente.<sup>12</sup>

### **Las biotecnologías**

Las biotecnologías ejercen una influencia revolucionaria en la solución de los problemas prácticos en la medicina, invaden rápidamente todas las esferas de la salud, ellas sabiamente empleadas, en manos puestas al servicio de la sociedad, del bienestar del hombre, serán uno de los sólidos pilares para la satisfacción de las crecientes necesidades humanas en el próximo siglo.

No obstante en todo esto es necesario la cautela. De vez en cuando surgen accesos de entusiasmo exagerado, no adecuadamente respaldos por métodos validativos. (Interferón-cáncer).

### **La objetivación del diagnóstico médico a través de la imagenología y la endoscopia**

*Imagenología* es el advenimiento de la ultrasonografía, la cámara gamma y la tomografía axial computadorizada abrieron el camino de las imágenes como medio diagnóstico en el campo de la medicina.

Esta revolución tecnológica ha cambiado la historia natural de numerosas enfermedades diagnosticadas precozmente y con mayor precisión, pueden además evolucionar más favorablemente con el tratamiento.

Lo común entre ellos es el procesamiento de las imágenes por computadoras. Sus consecuencias son incalculables. No sólo han permitido mejorar el diagnóstico, sino también el tratamiento de las enfermedades.

### **Investigación médica**

La investigación médica era prácticamente inexistente 55 años atrás por una combinación de factores:

1. Respeto por la relación médico-paciente en un sentido exagerado, el médico era considerado un Dios infalible.

2. Inexactitud de los diagnósticos, lo que vino a resolverse sólo con el desarrollo de la microbiología, la imagenología, la bioquímica e inmunología.
3. Tratamientos inefectivos: el médico sólo observaba la enfermedad esperando que la "naturaleza" actuara, pues un remedio era tan bueno -tan inefectivo- como cualquier otro. Era descortés cuestionar lo que otros hacían.
4. Reverencia por la autoridad: Si el conocimiento corriente sobre un tema era sustentado por una figura de renombre, el disentir era una irreverencia imperdonable. Sólo el moderno respeto por el pensamiento lógico asociado a una buena dosis de escepticismo crítico vino a resolver la situación.
5. Falta de pruebas estadísticas que validaran determinado método o sustancia comparándola con otros en uso.

El otro aspecto en el terreno de la investigación en medicina, es lo que nos gusta llamar **resistencia por tradición** a la adopción de nuevos patrones tecnológicos o cognoscitivos. En este terreno se ha destacado el famoso historiador de la ciencia moderna y físico norteamericano *Tomás Kuhn*, que en su trabajo *La estructura de las revoluciones científicas* discute las características de las **comunidades científicas** colectivos que han sustituido al científico aislado de otrora.<sup>13</sup>

Las comunidades científicas se aferran a un paradigma científico o a un sistema de conocimientos relativamente estable que aceptan como válidas durante un tiempo generalmente largo y que se resisten a modificar.

Este es un fenómeno que se observa en el mundo entero y nuestro país no está libre de él. El hecho de que estas comunidades se cohesionen alrededor de determinados paradigmas le proporcionan cierto aislamiento a ellas con respecto a los contextos sociales. Al médico le cuesta mucho trabajo cambiar de paradigma, teme a lo nuevo, le teme al fracaso y a veces también al trabajo que representa el cambio de esquemas mentales y de métodos establecidos; se justifica diciendo que el viejo método le ha dado siempre buenos resultados.

Estos factores negativos no son una consecuencia de la RCT, son obstáculos en su desenvolvimiento. No abogamos por la ciega aceptación de todo lo novedoso sino por el análisis desapasionado de inventos y descubrimientos, que si prueban sus bondades deben ser sin dilaciones introducidas en la práctica médica en beneficio del pueblo y para ahorro de los recursos del país.

## ABUSO TECNOLÓGICO

El mundo contemporáneo no se caracteriza solamente por un incremento del número de tecnologías que permiten intervenir en casos que en el pasado no daban lugar a luchar contra el sufrimiento o la enfermedad. En el mundo moderno, los cambios tecnológicos se acompañan de nuevas actitudes sociales y culturales que hacen hincapié en el individuo como principal autoridad decisoria sobre cuestiones relacionadas con valores referentes a estilos de vida y metas personales.

Entre las causas de abuso tecnológico están las motivaciones de los médicos, desde un noble deseo de ayudar al paciente hasta un posible afán de lucro. También la reafirmación del prestigio del facultativo en su entorno académico y hospitalario y hasta en ocasiones la fascinación o placer de realizar un nuevo procedimiento.

A menudo la alta tecnología se importa de otra nación más desarrollada y se utiliza sin tener en cuenta las características locales y en ocasiones no están acompañadas por un uso justificado y por el desarrollo de un personal capacitado. Como consecuencia de esto último se presenta dificultades de mantenimiento, los resultados no son enteramente satisfactorios. Otro aspecto a considerar es el despilfarro de recursos ya que crece considerablemente un mercado incontrolable dirigido hacia el desarrollo de tecnologías costosas, lo que obliga a utilizar fondos destinados a atender necesidades primarias más imperiosas.

Es necesario analizar la influencia sensacionalista de los medios de comunicación que impulsan al público exigir el uso de estas tecnologías "salvadoras" en las que tienen puesta la esperanza muchas veces infundadas.

Cada año los precios aumentan en proporción muy superior al costo de la vida.

*Julio Verne* dijo alguna vez que todo lo que un hombre fuera capaz de imaginar, otro sería capaz de hacerlo.

¿Qué nos depara el futuro?

Vivimos momentos en la medicina en que el futuro invade al presente todos los días, la manipulación genética del organismo humano será algo habitual, se logrará finalmente sintetizar sangre artificial, el corazón artificial totalmente implantado y autónomo será seguro y preferible al trasplante desde un donante, la regeneración nerviosa se asentará en la práctica diaria, la regeneración de órganos o extremidades perdidas a partir de las células totipotenciales del propio individuo o de cultivos celulares será una realidad.

El cáncer y el SIDA, enfermedades que entrarán triunfalmente cogidas de la mano, en el siglo XXI deben ser vencidas.

Gran parte de los problemas que aquejan al mundo actual, en materia de salud, podrían resolverse fácilmente con la ciencia y la técnica actuales si se pusiera al alcance de todos en sociedades justas.

Debemos formar un hombre nuevo, que no fume, que no coma en exceso, que practique deportes sistemáticamente, que no contribuya al *stress* colectivo con sus relaciones inarmónicas, sus errores y desidia.

El médico se permea cada vez más de la estadística, de los métodos de investigación clínica, de la cibernética. El médico que no estudie intensamente, que no asimile las técnicas de computación, que se aparte del fárrago informático se queda atrás.

Cuba es un país peculiar dentro del Tercer Mundo, pero comparte muchos de sus problemas. Si pretendemos evaluar el estado de desarrollo de nuestros países y las alternativas de su desenvolvimiento resulta obligado el análisis de la situación científico tecnológica no sólo por su importancia para el proceso de industrialización, sino también para la transformación cualitativa de todas las



esferas de la vida social. La ciencia y la tecnología son elementos del todo social de modo que padecen los males y las insuficiencias de los sistemas políticos y económicos en los que se insertan.

Cuba enfrenta una crítica situación económica resultado del colapso del campo socialista y de la situación del mercado internacional. Situación crítica que podría parecer insalvable sobre todo ante un escenario de fondo de desigualdades impuestas por el sistema capitalista internacional por el brutal bloqueo económico y científico a que estamos sometidos. Sin embargo, podemos hacer más con menos. Nuestra medicina puede reorganizarse y hacerse más eficiente, puede vencer la burocracia y el despilfarro de recursos; puede aprovechar todas las potencialidades que la Revolución Científico-Técnica pone a su disposición. Contamos con el potencial necesario para ello, el principal, el potencial humano. Tenemos científicos y técnicos al servicio del pueblo, de la satisfacción de las grandes necesidades sociales.'

Nuestro país, como pocos, puede conjugar los 2 pilares necesarios para la construcción de una sociedad justa y plena en el momento actual: la unión de la revolución politicosocial y la Revolución Científico-Técnica, en simbiosis que podrá elevarnos a posiciones de vanguardia a nivel mundial.

En este contexto, el diseño y aplicación de la política de salud cubana refleja un significativo esfuerzo encaminado a enfrentar las dificultades en virtud de una voluntad política que priorice el nivel de salud de la población. La política de crear centros donde se materializan la investigación, el desarrollo y la producción, es el resultado de una filosofía nueva y prometedora, que reconoce la necesidad de desarrollar una capacidad tecnológica endógena no sólo para asimilar y adoptar la nueva tecnología impartida en condiciones apropiadas, sino también hacer frente a las necesidades específicas del país.

No existe prácticamente ninguna tecnología aún las más sofisticadas a las que no acceda la organización de la salud pública cubana, y por tanto, toda la población.

Entre los logros más importantes del desarrollo científicotécnico cabe mencionar: el Centro Nacional de Investigaciones Científicas (CNIC); el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología; el Centro de Inmunoensayo; el Centro Nacional para animales de laboratorio (CENPALAB); los Cardiocentros, la microcirugía ocular, los Hospitales Clínicoquirúrgicos "Hermanos Ameijeiras" y el Ortopédico "Frank País", el Instituto "Finlay", el Centro de Biopreparados, el Centro de Hemoderivados y un grupo de centros pertenecientes a las universidades y que en su conjunto se vinculan al desarrollo de la tecnología médico cubana.

De esta forma Cuba ha llegado alcanzar niveles de salud comparable en muchos casos a los de países desarrollados.

## CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta el dinamismo, naturaleza y alcance de la actual ola de cambios tecnológicos, para los países pobres, se impone la necesidad

de desarrollar una capacidad tecnológica endógena que permita asimilar y adaptar la nueva tecnología importada en condiciones apropiadas y hacer frente a las necesidades específicas como la atención a las enfermedades endémicas que son ignoradas en el diseño tecnológico internacional.

En este mundo unipolar los países subdesarrollados siguen siendo las principales víctimas de los cambios ocurridos en la economía internacional y el sector de la salud se halla entre aquellas áreas que han quedado relegadas por la actual ola neoliberal que recorre el planeta.

En el área desarrollada detrás de la relativa abundancia y de los innegables avances tecnológicos y científico técnicos se aprecia una sociedad enferma con un creciente deterioro de sus instituciones y una profunda crisis moral, donde los grupos de poder y las corporaciones transnacionales se valen de los mecanismos más modernizados para perpetuar la dominación colonial.

El éxito de la aplicación de la ciencia y la tecnología depende de que se robustezcan los servicios de salud.

La transferencia de tecnología ha sido a menudo indiscriminada y su costo escandaloso, y la tecnología ha acaparado recursos que hacían falta para otros problemas prioritarios.

Las consecuencias más importantes que, a nuestro juicio, ha tenido la RCT, para la medicina como parte del proceso general de salud son:

1. La acentuación del proceso de especialización.
2. La masiva permeación de toda la actividad médica por la cibernética.
3. Las realidades actuales y promesa futura en el diagnóstico y tratamiento derivado de las biotecnologías.
4. La objetivación del diagnóstico médico mediante la imagenología y la endoscopia.
5. La aparición y desarrollo de la investigación médica, fuente a su vez de desarrollo, de descubrimientos, de comprobación de conocimientos y técnicas.

Los efectos de las tecnologías en salud no se limitan a curar o aliviar; van mucho más allá y afectan a múltiples aspectos de la vida y relaciones humanas.

Para los países en desarrollo la valoración de las repercusiones sociales de tecnologías médicas es obligatoria. No pueden ser descuidadas sin correr el riesgo de incorporar tecnologías que, amén de su efectividad dudosa y del uso inapropiado de recursos, también tendrán consecuencias nocivas para la cultura, las tradiciones y el sistema de valores locales.

La Revolución Cubana ha sido un proceso creador y renovador de muchos conceptos. No pocas de las grandes conquistas alcanzadas son autóctonas de nuestro proceso, la prioridad absoluta concedida a la salud del pueblo (atención primaria y médico de la familia) unido a los esfuerzos para incorporar tempranamente las tecnologías de punta es solo un ejemplo de cómo hemos llegado a alcanzar niveles de salud comparables en muchos casos a los de países desarrollados.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldereguía, HJ. "La Revolución Científico Técnica, el proceso salud enfermedad humana y la organización de la Salud Pública". Temas de Higiene Social. La Habana. MINSAP. Instituto de Desarrollo de la Salud. 1982.
2. Bioética. Temas y Perspectivas. Organización Panamericana de la Salud. Publicación Científica. 527. Pg. IX, 18, 19 y 20. Pp. 25-30.
3. Castro, F. La crisis económica y social del mundo. Ed. Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado, Cuba, 1983, Pág. 136.
4. Castro, F. Un grano de maíz. Pág. 199.
5. Ciencias Sociales y Medicina (L-526) Pp. 101-9, 173-83 y 247-56.
6. Tirso, S; Capote, EG. Ciencia y tecnología en Cuba. p. 2.
7. "Computación en la Educación Superior" En Juventud Técnica 215, 1985.
8. Declaración de Alma Atá. (L-477) Pp. 9-12, 55-68, 77-9, 92-4 y 155-6.
9. Fernández, SJ. "La relación médico paciente en el sistema de salud". Filosofía y Medicina. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, 1987, P. 174.
10. Polanco, X. "La Ciencia como ficción. Historia y Contexto". En: El perfil de la ciencia en A. Latina. Ed. Cuadernos de Quipu, México No. 1, 1986: 43-47.
11. Narey, B y Aldereguía, J. Medicina Social y Salud Pública en Cuba. p. 49.
12. Fleites, GG. La Revolución Científico Técnica. Sus consecuencias en la esfera de la salud.
13. Króber, G. "Funciones sociales de la Ciencia". En: Repercusiones Sociales de la RCT. Ediciones Tecnos. UNESCO, 1982: 208-211.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Grupo multidisciplinario del Hospital Hermanos Ameijeiras. Tecnología, economía y salud. Informe sobre el desarrollo mundial 1993 (OI-BM) 47.
- Leff, E. "Dependencia científico tecnológica y desarrollo económico en México hoy". Editorial Siglo xx, 1979.
- Llorens, FJA. Avances tecnológicos en Cirugía.
- Marinko, G. "¿Qué es la RCT?". Editorial Progreso, Moscú, 1989.
- Mikulinski, SR; Kugel, G. "La Intelectualidad científica en la URSS".
- Núñez JJ. Interpretación teórica de la Ciencia Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, 1989.
- Pollock, AV. Historical evolution: Methods, attitudes, Goals Investigators. Springer-Verlag, N. York, 1986: 9.
- Programa regional para el desarrollo de la Biotecnología aplicada a la salud en A. Latina. (NC-031).
- Progreso económico y social en A. Latina (OI-BI 001). Informe de 1988. Tema especial Ciencia y Tecnología.
- Ronney, BP. Evaluación de Tecnología en Salud. Cap. II Pp. 9-24 y 60-70.

## Ecología y salud humana

Lic. Jorge Álvarez Vázquez y Dra. Míriam Véliz Ramis

### ALGUNAS DEFINICIONES NECESARIAS

Uno de los principios básicos de la biología moderna expresa que no hay ningún ser que pueda vivir aislado en el ambiente que habita, sino que por el contrario está recibiendo continuamente los efectos del mundo que le rodea, a la vez que influye de alguna manera sobre aquél.<sup>1</sup>

La disciplina que estudia las relaciones mutuas entre los organismos y el ambiente es la Ecología. Hoy en día el contenido de esta ciencia no concuerda con el significado etimológico del término, propuesto por *Haeckel*, en 1869, en su *Morphologie del Organismen*, pues el origen etimológico de la palabra está en la raíz griega oikos que significa hogar o lugar en que se habita y actualmente el estudio del hábitat, como tal, es objeto de otras disciplinas.

La Ecología es definida por algunos como el estudio de las comunidades o asociaciones biológicas, a las que también se les da el nombre de biocenosis.<sup>2</sup>

Ha sido clasificada, según el nivel de organización alcanzado en: auto-ecología o estudio de un organismo en su contexto y sinecología o estudio de agrupaciones de individuos con los conjuntos de factores relacionados tal y como se presentan en condiciones naturales.<sup>1,3</sup>

De acuerdo con su aplicación la Ecología ha sido clasificada en Agrícola, Forestal, Humana, etc. La Enciclopedia UTEHA define Ecología Humana como la aplicación de los principios generales de la Ecología a la Sociología, a fin de determinar las relaciones mutuas entre la población humana y su medio y establecer los principios que rigen su distribución y agrupación sobre la tierra.<sup>2</sup>

*Cortina y Llopis*, en *Medicina Preventiva y Salud Pública*, la definen como la rama de la biología que estudia correlaciones e interacciones del hombre o de sus asociaciones con el ambiente animado o inanimado.<sup>3</sup>

El problema ecológico impone hoy el ritmo a la unidad naturaleza- sociedad y el enfoque del hombre como entidad biológica debe ser estrictamente ecológico. En el proceso salud-enfermedad, por ejemplo, que expresa de manera esencial esta unidad, se reflejan condiciones de la vida contemporánea que influyen en la propia lógica biológica humana (el ruido, la contaminación, el estrés, etc.) y que incluso han modificado la estructura del cuadro de enfermedades responsables de las causas fundamentales de muerte. Aunque el papel de

los factores sociales en la estructura de las enfermedades humanas tiene sus raíces en el propio proceso de antroposociogénesis, nunca como en la actualidad su influencia en la salud del hombre debe tomarse tan en cuenta.<sup>4</sup>

Si adoptamos la definición de la salud de la OMS que la reconoce como un estado de bienestar físico, espiritual y social, debe resultar obvio que el hombre no puede gozar de bienestar ni espiritual ni social sin la conservación de la naturaleza viva.

Como podemos apreciar es imposible hablar de ecología sin que inmediatamente nos venga a la mente el término ambiente porque éste está implícito en ella, por definición.

El ambiente es todo aquello que rodea al organismo y que de alguna manera influye sobre él. Está constituido por sustancias (agua, aire, suelo), energías (radiante, calórica, luminosa), condiciones (temperatura, grado de humedad) y por todos los seres vivos que rodean al organismo objeto de estudio. Estos factores bióticos pueden ser de la misma o de diferente especie, desde los más pequeños microorganismos hasta el hombre. Constituyen una parte importantísima del ambiente, ya que influyen profundamente en la vida del organismo en sentido positivo o negativo y en gran medida lo determina.

Constituir una unidad no estática, sino funcional, en constante dinamismo y actividad caracterizan la unidad básica funcional de la ecología, el ecosistema, representado desde la unidad más pequeña hasta el planeta y aún más allá.<sup>1</sup>

Entre los componentes bióticos de los ecosistemas se destacan organismos considerados "desintegradores", constituidos fundamentalmente por especies bacterianas y hongos, que se ocupan de descomponer la materia orgánica muerta del ecosistema y transformar sus componentes orgánicos en las correspondientes sustancias inorgánicas que nuevamente utilizan otros organismos.<sup>1</sup>

La existencia de estos pequeños organismos en la naturaleza y en el propio hombre fue sospechada desde tiempos muy remotos y su presencia y evidente papel biológico condicionan lo indispensable de extender nuestros conocimientos hacia la Ecología Microbiana.

## UNA DEFENSA AL MUNDO MICROBIANO

Ciertos pensadores de la antigüedad, con objeto de explicar la amplia difusión de diversas enfermedades de un individuo a otro, supusieron la existencia de seres invisibles capaces de transmitirlos. *Lucrecio* (96 ?-55 a.c.) en su poema *De Renum Natura*, reconoció intuitivamente la existencia de "semillas" de enfermedades. Sin embargo, los microbios no fueron observados hasta que *Antón Van Leeuwenhock* (1632-1723) construyó, en sus ratos de ocio y esparcimiento, "microscopios" con suficiente capacidad de aumento para hacerlos visibles a través de los lentes. Este holandés, comerciante de telas y político, traspasó así con sus "Cartas" a la *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, el umbral de la Microbiología, cuyo desarrollo se materializaría en la segunda mitad del siglo XIX y por supuesto continúa en incremento.<sup>5</sup>

Para avanzar en el estudio de la biología de los seres microscópicos, fue necesario reconocer la unidad biológica a nivel molecular, tal como lo demuestran las grandes semejanzas bioquímicas entre las células microbianas y las de los organismos superiores, estos últimos aventajados por los microbios en su estructura relativamente simple, la homogeneidad de su población celular y su rápido crecimiento. Estas poblaciones numerosas, sometidas a procesos selectivos adecuados, permiten producir mutantes y recombinaciones genéticas. Los rápidos cambios que se producen en las poblaciones microbianas constituyen un recordatorio de que la evolución no ha terminado, sino que es proceso que continúa. Gracias al rápido crecimiento bacteriano y a las extremas presiones selectivas que puede ejercer un inhibidor, es posible demostrar la selección natural de los mutantes más aptos (resistentes al inhibidor) sea de inmediato en el laboratorio o en meses o años en la flora de una población humana tratada con dicho inhibidor. El tratamiento de la adaptación de los microorganismos a diversos nichos ecológicos debe condicionarse a principios evolutivos.

Al respecto se ha introducido el término "teleonomía" (los caracteres genéticos de un organismo son reflejo de adaptación de dicho organismo) para evitar así las consideraciones teleológicas (toda estructura o mecanismo que se encuentra en un organismo tiene un fin).<sup>5</sup>

Al intentar ocupar todos los nichos ecológicos posibles, el mundo microbiano ha producido miembros que son capaces de sobrevivir en condiciones tan extrema que ningún otro grupo puede tolerar. Por una sorprendente variedad de vías metabólicas los distintos tipos de bacterias adaptadas a diferentes nichos mantienen su propia vida. Los microorganismos presentan procesos fundamentativos muy diversos que los adaptan a distintas condiciones ambientales. Además, la diversidad de productos finales de estas fermentaciones refleja también las oportunidades ecológicas disponibles, las cuales presionan para la selección de distintas variantes.

En la naturaleza, el papel más importante que desempeñan los microbios es de orden geoquímico, es la mineralización del carbono orgánico, nitrógeno y azufre, a fin de que puedan ser usados en forma cíclica de generación en generación, para el crecimiento de plantas superiores y animales, en tanto que queda minimizada la vinculación de los microorganismos a la muerte de la sustancia orgánica. La mayoría de los microbios atacan la sustancia orgánica sólo después de muerta y sepultada.<sup>5</sup>

El benéfico papel geoquímico de los microorganismos es digno de mención, puesto que la relación entre enfermedad infecciosa y microbiología, que tiene un origen histórico, ha dado lugar a una imagen maligna y hostil del mundo microbiano. Mientras que una pequeña muestra de tierra contiene numerosas variedades microbianas que llevan a cabo distintos papeles en el proceso de la mineralización, los agentes patógenos constituyen en realidad una pequeña fracción de las especies conocidas y una parte infinitesimal de la masa total de microorganismos de la tierra.

Sobre los beneficios de la relación microbiana con las plantas superiores, baste señalar por ejemplo, la asociación mutua entre bacterias nitrofixadoras y

raíces de leguminosas o entre hongos de las micorrizas y raíces de muchos árboles.<sup>1</sup>

De la interacción de los microorganismos y los animales ocurre que, entre otras consideraciones, los mamíferos son frecuentemente infectados por algunas de las bacterias preexistentes en el medio ambiente, aunque en general, viven en equilibrio con estos organismos y los limitan a zonas relativamente superficiales de su cuerpo.

Los hombres sanos, así como ciertos animales, son infectados por diversos gérmenes desde la infancia hasta la vejez. Esto no resulta sorprendente cuando se considera la gran difusión microbiana en el medio.

El aire que respiramos está altamente contaminado por ellos, nosotros contribuimos a su diseminación al hablar, toser, estornudar, manipular objetos, etc. Al nacer en un ambiente lleno de microorganismos, el cuerpo humano se infecta desde el mismo momento del parto. A lo largo de la vida, la piel y las mucosas expuestas al ambiente, albergan gran variedad de especies bacterianas denominadas indígenas o autóctonas, que establecen una residencia más o menos permanente y no causan, en general alteraciones de la salud, sino que conviven simbióticamente e incluso, benefician al hospedero de muy diversas maneras.<sup>5-7</sup>

La presencia de bacterias avirulentas en un tejido dado evita a menudo el crecimiento de otras especies avirulentas. La señalada residencia de poblaciones bacterianas en piel y mucosa del hombre representa una potente barrera biológica que obstaculiza la penetración de seres ajenos y peligrosos para la salud, la salvaguardan en la primera línea de defensa del organismo humano, ante agentes externos. Este fenómeno de antagonismo microbiano se debe casi siempre a la competición por factores esenciales, y a veces a la producción de sustancias que eliminan las especies competidoras. Cuando el delicado equilibrio ecológico conseguido queda trastornado pueden presentarse graves consecuencias para el hospedero.<sup>5-7</sup>

Por otra parte, la síntesis de algunos metabolitos específicos esenciales para el hospedero es consecuencia de la presencia microbiana en ciertos tejidos. Un sorprendente ejemplo de esto es la síntesis de la vitamina K por las bacterias coliformes del tubo digestivo. Esta vitamina, necesaria para la formación de protrombina en el hígado, no puede ser sintetizada por las células de los mamíferos, por lo cual puede ser aportada por una fuente exógena, ya sea por las bacterias intestinales en el hospedero normal, ya por un aporte suplementario en la dieta de los animales "sin gérmenes". Otras vitaminas, entre ellas la biotina, la riboflavina, el patotenato y la piridoxina, son aportadas parcialmente por las bacterias intestinales.<sup>5,6</sup>

La flora autóctona influye también en la formación de anticuerpos como se demuestra por el subdesarrollo de los tejidos linfoides inmunocompetentes y el bajo título de gamma globulina en el suero de animales crecidos experimentalmente en ambientes sin gérmenes. Tales animales son extraordinariamente sensibles a los primeros contactos con los gérmenes patógenos, aún en los lugares en que normalmente no hay bacterias y donde por tanto no actúa el antagonismo microbiano, como es el caso de la cavidad peritoneal.<sup>5</sup>

Queda sentado, por tanto, que bajo la influencia directa de los factores del medio ambiente, surgen particularidades biológicas en el organismo humano. El hombre en sí mismo, representa una biocenosis móvil, en la superficie de nuestro cuerpo y en sus cavidades coexisten millones de microorganismos, la mayor parte de los cuales son nuestras contrapartes simbióticas. Se han acomodado a la existencia en el hombre y en sumo grado contribuyen a nuestro bienestar.<sup>4-7</sup>

Claro está que los pobladores del micromundo no siempre denotan una actitud "amistosa" hacia el hombre, los animales o las plantas.

Aún los microorganismos autóctonos pueden ejercer acciones perjudiciales, como es el caso de la endocarditis bacteriana subaguda, producida por gérmenes frecuentes en orofaringe cuando estos penetran a la sangre por una extracción dentaria, amigdalectomía o simplemente una masticación enérgica, o de los bacteroides que, de habitantes normales del intestino grueso, pueden originar graves cuadros e incluso septicemia cuando se introduce en la cavidad peritoneal o de las bacterias bucales en la patogénesis de la carie dental y de los procesos periodónticos.<sup>5,6</sup>

Por otro lado, los microorganismos patógenos causan enfermedades que han acompañado al hombre a lo largo de toda la trayectoria de la humanidad y lanzan retos que sólo ha sido posible aceptar a la luz del desarrollo científico técnico.

## QUIMIOTERAPIA ANTIMICROBIANA: RESPUESTA CIENTIFICOTÉCNICA AL RETO DE LA ENFERMEDAD INFECCIOSA

Las enfermedades infecciosas han constituido uno de los principales azotes para la humanidad. Su importancia social ha sido incluso mayor de lo que pueda indicar su número de orden entre las causas de muerte, lo cual es debido a que muchas de éstas causan la muerte tanto a jóvenes como a individuos de mayor edad, e incluso, a aquéllos con mayor frecuencia. Por su carácter epidémico, han desorganizado y aterrorizado a comunidades enteras y han destruido ejércitos y pueblos. Si el descubrimiento de sus agentes etiológicos representa un gran avance teórico de la medicina, el desarrollo de métodos adecuados para su control se incluye entre los logros más importantes de las ciencias médicas.

Una eficaz quimioterapia antimicrobiana ha reducido considerablemente la gravedad de muchas de estas enfermedades y disminuido la frecuencia de algunas de ellas. Su desarrollo constituyó el mayor avance en Bacteriología Médica desde 1880, cuando se evidenció la relación patogénica de los microorganismos con la enfermedad infecciosa.

La inhibición de microbios por otros fue observada por primera vez por *Pasteur*, en 1877, quien la interpretó como el resultado de una relación ecológica opuesta a la simbiosis, la antibiosis.<sup>5</sup>

Durante el medio siglo siguiente se señalan hechos similares junto a pocos intentos fallidos de emplearlos terapéuticamente. La quimioterapia como tal se



inició con *Paul Ehrlich*, que trabajaba en Alemania en los momentos del desarrollo de la química orgánica. En 1904 comenzó a buscar sustancias químicas que representaran actividad frente a los microorganismos y no frente a las células del hospedero y designó a esa selectividad acción quimioterapia. Descubrió arsenicales útiles frente a espiroquetas pero no el "proyectil mágico" antibacteriano. Tras su muerte el mundo médico volvió a la convicción de que la quimioterapia era un sueño imposible.

Pero cuando *Domagk*, en 1935, reinició el camino con las sulfanilamidas se restableció de modo inequívoco el principio sustentado por su defensor. El éxito obtenido centró de nuevo el interés en las sustancias antimicrobianas de origen microbiano (los antibióticos). En 1929 *Fleming* observó lisis de estafilococos por *Penicilium notatum* y diez años más tarde *Chain* y *Florey* separaron su principio activo. La gran eficacia de la penicilina, utilizada a escala universal durante la Segunda Guerra Mundial, hizo que se realizaran estudios en toda regla en busca de otros antibióticos. A partir de 1944 en que *Waksman* y colaboradores descubrieron la estreptomycinina, la industria farmacéutica asumió la mayor parte de la investigación y sus masivos esfuerzos han derivado en numerosos productos de gran valor terapéutico.<sup>5,6</sup>

Aunque buscada y concebida para el tratamiento de las enfermedades infecciosas del hombre, la quimioterapia ha extendido su acción a animales y plantas. En animales, además de ser utilizada con fines medicinales, ha sido adicionada al forraje de animales agrícolas para evitar contaminación y acelerar el crecimiento. En su aplicación agrícola, el interés y acción más importante radica en el efecto obtenido sobre bacterias que son origen de enfermedades difíciles de combatir con otros medios usuales.<sup>8</sup>

El empleo de la industria y la agricultura de antibióticos se ha extendido enormemente. Se utilizan para impedir la putrefacción de varios productos, como suplemento de los alimentos usados en las granjas y con el interés terapéutico mencionado.<sup>5</sup>

Sería difícil exagerar el impacto de la quimioterapia antimicrobiana en la práctica médica, pero, su uso ampliado a escala inusitada y no siempre discriminada ha hecho que su utilidad se haya visto condicionada a la aparición de organismos resistentes que han surgido como resultantes de la presión de selección a que las poblaciones microbianas se han visto sometidas en sus nichos ecológicos naturales.

## LA NATURALEZA VIVA AMENAZADA: EL CONTRA SÍ MISMO

En la era industrial las posibilidades de modificar la naturaleza nos dieron una visión utilitarista del mundo. Los recursos naturales se subyugaron al servicio del desarrollo sin prestar suficiente atención a las consecuencias de esa modificación.<sup>9</sup>

Comparado con otras especies, el ser humano tiene una capacidad extraordinaria para adaptarse a su medio ambiente, pero aún más para manipular este medio con el fin de satisfacer sus necesidades.<sup>10</sup>

La cruda realidad de hoy es que el ritmo del exterminio antropogénico de las especies, refleja la escala de destrucción de los ecosistemas naturales. En algunos lugares, ya se produjo una brusca disminución de la estabilidad y productividad de la agricultura, la economía forestal, la caza y la pesca, un empeoramiento del estado epidemiológico y sanitario y una alteración de la estabilidad de una serie de organismos de la biosfera.<sup>4</sup>

Nuestro nicho natural se ha vuelto frágil y delicado. Ya el final de este siglo, una mitad de la superficie de la tierra firme estará transformada esencialmente por el hombre, con la eliminación prácticamente total o la reconstrucción de los ecosistemas naturales.

A finales de los años 70 penetraban a la biosfera anualmente de 50 a 90 000 000 de toneladas de productos residuales del petróleo entre ellos, cerca de 19 000 000 a los ecosistemas de la superficie de la tierra, cerca de 2 000 000 a los océanos y a la atmósfera entre 44 y 68 000 000. Se han incrementado las llamadas "lluvias ácidas", que surgen cuando el óxido de azufre desprendido a la atmósfera por la combustión del combustible fósil, interactúa con el agua y se transforma en ácido sulfúrico que cae a la tierra con las precipitaciones atmosféricas. El incremento registrado es tal, que países como Italia por ejemplo, registran un incremento de hasta 10 veces. Han sido además reconocidas regiones industriales que actúan como "exportadoras" de este tipo de contaminación. Se opina que cerca del 20 % de las lluvias ácidas en Europa está provocada por el desprendimiento de óxido de azufre en norteamérica.<sup>4</sup>

La aparición de problemas ligados al medio ambiente ha sido consecuencia del crecimiento y desarrollo de las comunidades humanas y del avance tecnológico, en unos casos actuando de una manera directa sobre la salud humana y otros merced a una alteración o deterioro del medio ambiente.<sup>3</sup>

Las sustancias extraídas de la litósfera para fines industriales se dispersan en cantidades considerables en el aire y el suelo. La concentración de mercurio ha crecido bruscamente en los seres vivos.<sup>11</sup>

En Chile, en un estudio publicado en 1995, se recogen concentraciones de mercurio en el cabello de embarazadas y madres lactantes por desechos de origen industrial a aguas costeras.<sup>12</sup>

En un artículo referenciado: *El Problema Ecológico y la Salud Humana* se hace referencia al aumento en las últimas décadas del contenido de plomo en los tejidos de habitantes de centros industriales de EE.UU y señala también las grandes cantidades de distintos tipos de pesticidas cloroorgánicos muy estables que han derivado de la intensificación de la agricultura y la existencia de múltiples sustancias que contribuyen a contaminar la biosfera.

El DDT y sus derivados se ha considerado que influyen en el desarrollo de esterilidad en el hombre y en más de 1 500 sustancias de las 7 000 que se han sometidos a pruebas toxicológicas y ecológicas bastante completas, se ha demostrado el carácter cancerígeno en animales. Según opiniones de entendidos,

un alto porcentaje de casos de cáncer humano está relacionado con factores del medio ambiente. También es un hecho la extensión de los fenómenos alérgicos como manifestación de la influencia desfavorable del medio ambiente en el organismo humano.<sup>4</sup>

!Cuán angustioso resulta conocer que pasan de 70 000 las sustancias creadas por el hombre y que este número aumenta cada año!

Por otro lado, se está planteando una serie de problemas debido a la persistencia en el suelo de desinfectantes tóxicos que se concentran en el organismo de animales y plantas.<sup>5</sup>

En los sistemas genéticos de los organismos vivos influyen varios tipos de factores antropogénicos: la radiación, los compuestos químicos empleados en la agricultura, industria forestal y pesquera, los compuestos químicos industriales y las emanaciones del transporte. Añádasele al hombre la radiación ultravioleta y de ultrafrecuencia, la vibración, la química médica, bromatológica y doméstica, el hábito de fumar y hasta el uso excesivo de bebidas alcohólicas.

La capacidad de crear mutaciones se ha detectado en muchas sustancias relativamente habituales como colorantes, peróxidos, cafeína y una gran serie de medicamentos.<sup>6,13</sup>

La posibilidad de inducir mutaciones por acción de un agente fue descubierta por *Muller*, al tratar con rayos x la mosca de la fruta *Drosophila*. En las bacterias que no precisan de un poder de penetración tan considerable, los rayos ultravioletas producen mutación con la misma eficiencia.<sup>5</sup> Poseen capacidad mutágena muchos de los 70 000 compuestos y sustancias químicas con las que tropieza la gente en su vida cotidiana.

La radiación y sustancias químicas no propias de la biosfera resultan ser potentes mutágenos, capaces de cambiar irreversiblemente nuestro código genético. La gran extensión de los efectos genéticos de los factores antropogénicos del ambiente causan la aparición de una nueva dirección de la genética, la ecogenética. A pesar de lo expresado, no siempre se toma en consideración la saturación de la naturaleza de agentes mutágenos, a la hora de analizar los problemas generales de la conservación de la naturaleza viva y la protección de la existencia humana saludable.<sup>4</sup>

El empobrecimiento antropogénico de la biosfera contradice la regularidad histórico-natural de su desarrollo: el aumento de la "suma de la vida" en el planeta. Siendo él producto de la biosfera, el hombre con poder sobre la naturaleza, no puede ser antagonista con el mundo vivo. La ecologización inevitable de la medicina debe llevar a la conservación de la vida humana y de todas las especies vivas que rodean al hombre.

## LA ACCIÓN ALCANZA AL MUNDO MICROBIANO, PERO ALGUNOS MICROORGANISMOS SE REBELAN

El hombre al modificar la naturaleza viva, también actúa sobre el mundo microbiano que habita en ella y no es apreciable a simple vista. Aunque capaces de adaptarse a condiciones ecológicas adversas, los microorganismos se ven

amenazados en sus nichos naturales y en los beneficios que en determinados casos brindan al hombre, se ven comprometidos. En el campo de la Medicina Humana pueden ser resaltados algunos hechos que ilustran las consecuencias de la extensión de la acción del hombre al mundo microbiano, en sus diferentes locaciones directa o indirectamente.

Las necesidades del tratamiento médico de las enfermedades infecciosas impulsó el desarrollo de la quimioterapia antimicrobiana, pero, estos medicamento no sólo afectan a los microorganismos infectantes, sino también a la flora microbiana que habita en nuestro cuerpo, altera el equilibrio ecológico del hombre con sus bacterias autóctonas y propicia infecciones endógenas, dadas las condiciones de inhibición del antagonismo microbiano.

Así, por ejemplo, cuando se prescribe tratamiento con antibióticos de amplio espectro, pueden inhibirse el antagonismo responsable de mantener el equilibrio microbiológico en la boca, y aparecen a menudo infecciones por *Candida* y *Staphylococcus*. También el tratamiento con estos antibióticos, a grandes dosis y por muchos días, inhibe el crecimiento de las bacterias normales del tubo digestivo y permiten la multiplicación de estafilococcus potencialmente patógenos, normalmente inhibidos por los coliformes y otras bacterias intestinales. Se determina un cuadro clínico que puede, sobre todo en niños y ancianos, adquirir notoria gravedad: la enteritis estafilocócica aguda. De modo semejante aumenta notablemente la sensibilidad de los animales de laboratorio a las *Salmonellas* y *Shigellas* mediante el tratamiento previo con antibióticos que modifican la flora intestinal.<sup>5</sup>

Puede señalarse, que en mujeres que toman tetraciclina por vía oral, se produce la supresión de la flora vaginal, lo que posibilita un crecimiento marcado de *Candida* y causa inflamación local y prurito intenso, desagradables y difíciles de controlar.<sup>6</sup>

Las infecciones endógenas por microorganismos autóctonos no tienen un período de incubación definido, no son transmisibles en el sentido habitual y hoy constituyen una parte importante de las enfermedades bacterianas y micóticas graves observadas en la práctica clínica.

Estas enfermedades pueden, por otra parte, ser inducidas por otros factores que también disminuyen la resistencia del hospedero en general o a nivel de determinado tejido. Entre éstos se recoge: las radiaciones, la malnutrición severa y otros tratamientos medicamentosos.<sup>5</sup>

Entre las modificaciones que pueden sufrir las relaciones hospedero- parásito durante el tratamiento medicamentoso, tenemos la alteración de la respuesta hística (cuando por ejemplo, indicamos un medicamento que inhibe, pero no elimina al agente y convierte un proceso agudo en crónico) y las alteraciones de la respuesta inmunitaria.<sup>6</sup>

Una de las más importantes y frecuentes complicaciones de la terapéutica antimicrobiana es la resistencia de los gérmenes. Cuando se emplearon por vez primera las sulfonamidas en el tratamiento de la gonorrea, prácticamente todas las cepas del microorganismo eran susceptibles y muchos casos fueron curados; 6 años más tarde, la mayoría de las cepas eran resistentes y la mayoría de

los enfermos no respondían al tratamiento. Con el decursar del tiempo, este fenómeno se ha presentado, con mayor o menor intensidad en muchas de las bacterias patógenas al hombre.<sup>5-7,14</sup>

La resistencia a los agentes quimioterapéuticos puede constituir una propiedad inherente al microorganismo, o puede deberse a una mutación o a una transferencia de plásmidos durante el proceso del tratamiento.

El amplio empleo de los quimioterapéuticos conduce no sólo a la aparición de mutantes resistentes de modo individual en los pacientes, sino también a la difusión de estas cepas como respuesta al cambio ecológico producido por el tratamiento. Estas cepas a menudo son tan virulentas como sus antecesoras sensibles, y así persisten en la población. Particularmente señalable es el entorno hospitalario, donde los gérmenes resistentes están con frecuencia ampliamente distribuidos, no sólo entre los pacientes tratados, sino también entre el resto de su población habitual o eventual.

*Ehrlich*, trabajando con protozoos, descubrió que los microorganismos poseían la capacidad de desarrollar resistencia frente a un fármaco durante el tratamiento. Este fenómeno fue redescubierto al instaurarse el tratamiento con antibióticos y se refiere habitualmente a cambios genotípicos que persisten en los cultivos posteriormente, en ausencia del medicamento.<sup>5</sup>

Los análisis de fluctuación han demostrado que las cepas resistentes aparecen en los cultivos puros en forma de mutantes que han sido seleccionados por la acción del fármaco. Sin embargo, se comprobó que ciertas cepas resistentes se producen en la naturaleza gracias a un mecanismo distinto, capaz de dar lugar a resistencia frente a diversos fármacos. El mecanismo se basa en la transferencia a la bacteria de elementos genéticos extracromosomales (plásmidos) que portan los genes que la determinan.

El continuo empleo de antibióticos en medicina y en la agricultura, ha extendido extraordinariamente la distribución de estos factores. En un hospital de Japón, la frecuencia de existencia de *Shigella* aumentó en 10 años de 0,2 a 52 % . Esto ha llevado a países como Inglaterra, a prohibir utilizar para el ganado aquellos antibióticos que son empleados en el tratamiento de seres humanos.<sup>5</sup>

En las últimas décadas es particularmente notable el aumento de forma explosiva de la contaminación de muchas regiones de la biosfera con plásmidos de resistencia medicamentosa. Esto se explica por el excesivo uso de antibióticos, tanto con fines terapéuticos como por la adición al forraje de animales agrícolas en muchos países, esta última situación conduce a la presencia de estos antibióticos en los productos de la ganadería, en lo que pueden encontrarse en ocasiones hasta 2 ó 3 antibióticos, con la consiguiente exposición del hombre a ellos y contribución a la selección de cepas resistentes. En nuestro país debe preocuparnos no sólo el hábito de consumo de antibióticos por la población, sino la extensión de ese uso a la agricultura en forma amplia y a otras esferas no médicas, incluso por decisiones "populares" discutibles, como en la cría doméstica de aves de corral.

Por otra parte, otro de los factores que han incidido globalmente en este fenómeno de la resistencia, es la venta al por mayor de antibióticos, sobre todo

con fines médicos, basada en publicidad y gestiones comerciales de venta. Por señalar alguna cifra, hace más de 20 años la venta al por mayor de antibióticos en EE.UU con esta finalidad alcanzaba ya los 600 000 000 de dolares anuales.<sup>5</sup>

Dado que no existe método alguno que permita disminuir los niveles de mutación espontáneo, es imposible evitar la formación de mutantes en la población en crecimiento, pero, al menos, debemos intentar impedir la presión de selección que se ejerza sobre esa población, ante todo con un uso racional de este recurso terapéutico.

El tránsito de la quimización a la biologización de la agricultura, la no utilización para el ganado de antibióticos que se emplean en humanos, la racionalidad en el uso de antibióticos de amplio espectro, la terapéutica combinada, así como la oposición al mercantilismo de la industria farmacéutica y biotecnológica, pudieran conducirnos, entre otros derroteros, a ese intento de impedir la presión de selección.<sup>4-7</sup>

Mas, lo fundamental es reconocer que por dicha presión que el hombre ejerce sobre el mundo microbiano, sus poblaciones han desarrollado alternativas adaptativas que garantizan la proliferación de sus miembros resistentes.

De no controlarse esa presión de selección, inevitable de todas maneras en su totalidad, serían imprevisibles sus consecuencias, y el hombre pudiera verse regresado con perplejidad a un punto de impotencia que, aunque no dudo sería seguramente resuelto, acarrearía serios trastornos a la humanidad.

## LA PROTECCIÓN DE LA NATURALEZA VIVA: EL HOMBRE A FAVOR DE SÍ MISMO

La ecologización del pensamiento humano como un fenómeno global es una de las características más comunes de las ciencias naturales, sociales y técnicas del último tercio del siglo xx La continuación y ampliación de esta tendencia, sirve de garantía para la solución optimista de los problemas principales de la coevolución hombre-biosfera.<sup>15</sup>

Hoy existen más motivos que nunca antes para dar aliento a la esperanza en terreno tan delicado. Ya se percibe el "pulso ecologista" de la conciencia humana. Se hacen más comunes y cotidianos los actos de concientización de la comunidad mundial. La humanidad con cierto deslumbramiento y perplejidad asume la doctrina del desarrollo sostenible, imperativo ecológico-social en los umbrales del tercer milenio.

La conservación de la vida en la tierra requiere esfuerzos de toda la humanidad y de cada persona. Cada uno de nosotros debe pensar de manera global y actuar de modo local. En toda la sociedad y en cada persona recae cierta parte de responsabilidad. Su concientización conduce a la elevación del rango de una serie de postulados en el sistema de nuestros valores de concepción del mundo. Este proceso, que ya ha empezado, significa el avance hacia una nueva posición que ocupará el hombre respecto a la naturaleza viva.<sup>4</sup>

Siendo la ecología una esfera tan consustancial a la existencia de la vida, es difícil no valorar adecuadamente el significado de los términos que reflejan el presagio inevitable del deterioro de la vida en el planeta: crisis ecológica, contaminación ambiental, deforestación, desaparición de especies, capa de ozono y tantos otros.

Al llamado de la naturaleza para su protección debemos ser receptivos, tanto los ciudadanos del mundo como las instituciones, estructuras de poderes, organizaciones no gubernamentales, partidos políticos y cuanta agrupación salga en su defensa.

La ecología ha permeado la ciencia médica y su impronta inobjetable debe contribuir a la ecologización de la medicina. La salud es tanto un requisito previo como un producto del desarrollo. Al mismo tiempo todo deterioro del ambiente tiene consecuencias perjudiciales para la salud.<sup>9</sup> Cualquier discusión sobre la salud tiene que partir del entendimiento del panorama social y de las corrientes sociales que influyen sobre la salud. Dentro de las tendencias que pueden influir en la visión de la salud, debe señalarse el reconocimiento de la importancia del ambiente. La salud humana debe recibir, sin dudas, más atención en el discurso sobre política ambiental.<sup>16</sup>

Necesitamos de una concepción cada vez más ecologista respecto a muchos problemas que aún ayer parecían ser exclusivamente médicos. Es imposible dejar de aceptar la opinión sobre el peligro ecológico de la ruptura de los vínculos invisibles entre el hombre y su ambiente inmediato vivo. Debe llegar el día en que esta concepción se haga práctica cotidiana en las acciones salubristas de promoción y prevención en el mundo de hoy. La epidemiología de la salud y la medicina comunitaria reclaman un fuerte componente ecológico.<sup>3,17</sup>

*En Medicina Preventiva y Salud Pública* en su capítulo de "Ecología y Salud Humana", se recoge una interesante propuesta de modificación a la clásica tríada ecológica que contempla, además del ambiente fisicoquímico y biológico, el importante ambiente sociocultural y psicosomático, expresado como factores individuales y colectivos de actitudes y conducta, que influyen o determinan el gradiente de salud o enfermedad.<sup>3</sup>

La ecologización de la medicina no debe llevar sólo conservación de todas las especies que rodean al hombre, sino debe tener el enriquecimiento de su vecindad más próxima con animales domesticados o al cultivo de un número cada vez mayor de plantas silvestres, lo que no significa más que reconstruir el entorno humano.

Un importante aspecto de la ecologización de la medicina es la sustitución de los antibióticos de amplio espectro (que posibilitan con más facilidad el surgimiento de la resistencia) por productos bioquímicos de origen natural y vegetal. La industria farmacéutica moderna rectoreada por la ingeniería genética y la biotecnología ha iniciado con aciertos el camino en ese sentido.<sup>4</sup>

Se puede afirmar que en cierto modo toda la conservación de la naturaleza viva está relacionada con la medicina, por lo que ecología y salud resultan conceptos imbricados. De ahí que hayan sido reconocidas diversas tesis al respecto, algunas de las cuales expresan:

1. El conocimiento del sustrato biológico del hombre en unidad orgánica con su esencia social, así como la transformación del medio social al tomar en consi-

- deración las peculiaridades y demandas biológicas del organismo es la principal vía de mejoramiento de la salud humana.
2. El creciente ritmo de cambio del medio ambiente puede llevar a la alteración del equilibrio ecológico entre la naturaleza y el hombre y a consecuencia de ello a la posible disminución de las posibilidades adaptativo-compensatorias del organismo humano y, respectivamente a la elevación de la morbilidad.
  3. Es necesaria una nueva actitud hacia la naturaleza que, sin renunciar a las conquistas modernas de la civilización contemple la transformación conforme a las posibilidades somáticas y neurofisiológicas del organismo humano.
  4. Al transformar la naturaleza no se debe partir sólo de la conveniencia práctica, utilitaria, sino también de la racionalidad sociohigiénica.
  5. En nuestro días adquieren especial alcance los pronósticos de las transformaciones de la naturaleza y de sus consecuencias sociales y la gestión de estos procesos en aras de la salud del hombre.
  6. La tarea no estriba sólo en registrar la aparición en el medio ambiente desfavorablemente, de factores peligrosos para la salud del hombre, sino también en prever a tiempo su surgimiento para poder adoptar las medidas necesarias y oportunas con el fin de anular su actividad o neutralizarla.

Como expresión de la ecologización del pensamiento humano y de la medicina, se han concertados planes de acción nacionales, regionales y globales que muestran un nivel superior de la conciencia ecológica.<sup>18-22</sup>

La organización Mundial de la Salud tiene como objetivo primordial elaborar un análisis dirigido a predecir las alteraciones que un determinado proyecto, cambio o actividad puede producir sobre el medio ambiente y la salud humana, con el fin de actuar en consecuencia.<sup>3</sup>

Ejemplo de la concientización contemporánea de la problemática ecológica es lo ocurrido los días 7 y 8 de diciembre de 1989, cuando se reunieron en Francfort del Meno, en la antigua República Federal de Alemania, ministros y otros representantes de alto nivel de las administraciones sanitarias y organismos gubernamentales del medio ambiente de 29 países europeos y de la comisión correspondiente de las comunidades europeas, en la Primera Conferencia de la Región sobre Medio Ambiente y Salud y adoptaron la "Carta Europea Sobre Medio Ambiente y Salud", que constituye un importante avance en el desarrollo de políticas de salud pública y del ambiente.<sup>18</sup>

El documento elabora una estrategia común para enfrentar los problemas del ambiente en sus diferentes partes constitutivas: derechos y responsabilidades, orientaciones políticas básicas, elementos estratégicos, prioridades y el camino para avanzar.

Cita la dependencia de la salud humana de una amplia gama de factores ambientales, subrayando la importancia vital de prevenir los riesgos sanitarios al proteger el ambiente.

Expresa preocupación por el uso dañino para el ambiente y peligroso para la salud, de los recursos naturales y productos artificiales.



Señala la necesidad de adoptar posturas conjuntas entre países, sobre todo cuando hay problemas ambientales compartidos, muchos de ellos muy graves.

Define que, a la protección de salud debe añadirse la promoción de salud, que induzca a la adopción de estilos de vida saludables en un ambiente limpio y equilibrado.

Finalmente queremos hacer referencia a las palabras que, bajo el título de "Las perspectivas y las tareas para la salud en las Américas", publicó en el acápite "Reflexiones del Director", Sir. *George Alleyne*, en un número del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana: obviamente las perspectivas implican una visión futurista, pero, como decía *Aldous Huxley* en el prólogo a *Un Mundo Feliz*: "Las cosas del futuro nos interesan cuando las profecías parecen verosímilmente destinadas a realizarse". "Si es así, podemos realizar todo lo que he mencionado y superar todas las dificultades que he esbozado. Entonces nuestro sueño no será una quimera"...<sup>16</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Quintero E y Alonso A. Ecología Agrícola. Edit. Pueblo y Educ. C. de La Habana, Cuba. 1980.
2. UTEHA. Diccionario Enciclopédico. Tomo IV. Edit. Hispano Americana, México, 1953.
3. Cortina Greus P y Llopis González A. Ecología y Salud Humana. En: Medicina preventiva y Salud Pública/Gonzalo Piédrola Gil y Colaboradores. 8va ed. Edit. Salvat, Barcelona, 1988: 137-146
4. Álvarez Vázquez J. El problema ecológico y la salud humana. (Material Mecanografiada/gabinete).
5. Davis BD, Dulbecco R y Cols. Tratado de Microbiología. 2da. ed. Edit. Salvat, Barcelona, 1978.
6. Jawetz B, Melnick JL y Adelberg EA. Microbiología Médica. 12ma. ed. El manual moderno, México, 1988.
7. Wagner, GE. Indigenous Flora and Natural Barrier to Infection. En su Microbiology/Kingsbury DT y GE Wagner. 2da. ed. Harwal Publishing, USA, 1990.
8. Humaydan HS, Harman GE y Cols. Erradicación of *X. Campestris* the causal agent of Black Rot, from Brassica Seeds with antibiotics and sodium Hypochlorite. *Phytopathol* 70(2):127-131, 1980.
9. Mensaje del Director. *Bol of Sanit Panam* 108(4). Abril, 1990.
10. Schaefer M. Salud, medio ambiente y desarrollo. Enfoques para la preparación de estrategias a nivel de países para el bienestar humano. *Salud y Ambiente*. OPS/OMS, febrero, 1994.
11. Camara VM, Corey G. Vigilancia Epidemiológica relacionada con sustancias de uso prohibido en la agricultura. *Bol. of Sanit Panam*. 119(2):135-139, Agosto, 1995.
12. Bruhn CG y Cols. Mercurio en el cabello de embarazadas y madres lactantes chilenas. *Bol of Sanit Panam* 119(5):405-414. Nov. 1995.
13. Información Farmacológica. *Bol. of Sanit Panam* 109(4):390, Oct 1990.
14. Lazlo Adalberto Isabel De K: Encuesta por muestreo aleatorio de farmacoresistencia inicial en casos de TB en América Latina. *Bol of Sanit Panam* 119(3):226-235, Sept. 1995.
15. Informe de la OMS a la Cumbre Mundial de la Tierra (material mimeografiado/gabinete).
16. Alleyne, G. Reflexiones del Director. *Bol of Sanit Panam* 119(2):95-102, agosto, 1995.
17. Buck C y Cols. El desafío de la Epidemiología. *Discusión. Publ. Científica* 505. OPS. OMS/ Washington DC, 1988.
18. Carta Europea sobre Medio Ambiente y Salud. *Bol of Sanit Panam* 109(4):402-408. Oct. 1990.

19. Salud Ambiental. Activo Nacional y Regional en las Américas. Serie Ambiente. No.2. OPS. Washintgton DC. 1982: 156-157.
20. Programa marco de atención al medio ambiente para los Sistemas Locales de Salud en las Américas. Salud Ambiental, OPS-OMS. 1992: 75-194.
21. MINSAP. La investigación sobre la salud ambiental en Cuba. Centro de Ecología Humana y Salud. OPS-OMS. 1992: 7-98.
22. Órgano Informativo del Centro Panamericano de Ecología Humana y Salud: Ecología Humana y Salud. Vol XIV (3,4). Metepec, México, 1995.

# **El Medio Ambiente global: Análisis de un concepto**

*Lic. Xiomara A. Valdés Iglesias*

El siguiente trabajo permite realizar un análisis sobre el concepto de medio ambiente y la problemática ambiental a nivel global, a partir de resumir y organizar algunas ideas. Destaca como aspecto principal el surgimiento y evolución de dichos problemas y de los propios conceptos medio ambiente y ecología, así como la necesidad de una conciencia en torno a la protección del medio en la esfera de la salud, sobre la base de un desarrollo sostenible.

## **INTRODUCCIÓN**

Desde que el hombre con el fin de satisfacer sus necesidades básicas comenzó a interactuar con su entorno, desencadenó un proceso de transformaciones que ha hecho posible el desarrollo ascendente de la humanidad. La revolución del Neolítico, así como posteriormente la Revolución Industrial y las científicotécnicas, incluida la Revolución Científico-Técnica Contemporánea (RCT), han sido momentos importantes en este proceso. Cada una de ellas ha contribuido al perfeccionamiento de la sociedad y a su humanización en una escala superior.

Sin embargo, la "conquista" de la naturaleza, no sólo ha estado marcada por el progreso. La actividad del hombre ha constituido invariablemente un poderoso factor de influencia sobre el planeta, y los cambios introducidos a lo largo de siglos, consciente o inconscientemente, no siempre han sido justificados.

La expansión demográfica no sólo ha crecido a ritmos sin precedentes, sino que, al mismo tiempo, se ha ido apoyando en tecnologías diseñadas para el desarrollo y mejoramiento de la vida humana, pero a la vez para su conquista y explotación rapaz y contaminante. Las sustancias nocivas y desechos en general vertidos al medio, productos de la actividad humana han constituido una agresión constante al medio ambiente con el resultado de que la biosfera ha ido perdiendo su capacidad de autodepuración y reciclaje natural. El hombre, aun sin proponérselo, ha alterado los ciclos naturales del planeta que habita, ha roto o interrumpido su equilibrio ecológico, con todas las consecuencias negativas para el conjunto de los seres vivos, incluida la especie humana. De este modo

surgieron los problemas ecológicos, los cuales se manifestaron primeramente a escala local, para adquirir luego un carácter global y regional. En la actualidad estamos en presencia de una crisis de sostenibilidad de la biosfera a escala global, tal como señalan diversos autores. Ello ha determinado el interés creciente de la humanidad hacia estos problemas y la búsqueda de estrategias para su eliminación o solución.

## ECOLOGÍA Y MEDIO AMBIENTE

Tradicionalmente se reconoce que la ecología surge como una ciencia a partir de 1866, cuando el biólogo alemán *Ernest Haeckel* (1834-1919) propuso el término *ecologie* ("Tratado de la casa") para definir de modo general las relaciones entre los organismos y su ambiente. De ahí, que en su interpretación clásica, la ecología es una ciencia puramente biológica.

No obstante, es justo señalar que los descubrimientos básicos de la ecología fueron hechos, mucho antes de su formación oficial como ciencia, y sus fundamentos esenciales, colocados por el genial científico inglés *Carlos E. Darwin* en su teoría de la selección natural, en la cual se atribuye gran importancia a las relaciones de los organismos con su hábitat.

Ahora bien, no es realmente hasta la década de los 40 de este siglo, que la ecología se forma como ciencia en su totalidad y se erigen sus pilares fundamentales. Se formulan sus principios generales y los conceptos esenciales de especie, individuo, población, biocenosis y ecosistema.

Por otra parte, el sabio ruso *Vladimir Vernadski*, apoyado en los criterios del geólogo austríaco *E. Suess* de la biosfera como determinada envoltura de la tierra conformada por los organismos vivos, dio un contenido nuevo a este concepto, desde las posiciones de las ciencias naturales, considerando a esta como la envoltura geológica abarcada por la vida, es decir, la esfera de distribución de la vida, que incluye junto a los organismos, el medio de su existencia.

Ello le permitiría posteriormente llegar a su concepción de la noosfera, como la etapa superior de la biosfera, en la cual comienza a manifestarse la acción de una nueva fuerza biológica, la humanidad. De este modo, el científico ruso vislumbró las tendencias contradictorias futuras en el desarrollo de la humanidad, así como los obstáculos que ésta tendrá que superar para arribar a la solución de los problemas globales contemporáneos, en lo cual va a jugar un papel significativo la actividad técnica y científica de ésta.

Las décadas de los 50 y el 60, aportan también nuevos elementos al desarrollo de la ecología que se constituye en una ciencia abarcadora, sincrética, que se alimenta y crece a expensas de otras ciencias, tales como la zoología, la botánica, la geografía, la silvicultura, la geología, la oceanografía y la meteorología.

Puede afirmarse sin temor a equivocación alguna, que si en los años 60 la palabra ecología constituye, de una parte, sólo una preocupación académica, y

de otra, de grupos aislados de la sociedad, en la actualidad este término se ha ido extendiendo y penetrando diversas esferas de la realidad . Aparecen así: ecología social, ecología humana, ecologización de la economía, instrucción ecológica, ecología urbana o agrícola, ecología médica, entre otros términos, lo que evidencia lo anteriormente expresado.

La ecología ha dejado de ser por tanto una ciencia reservada a especialistas, y ha comenzado a constituirse en una nueva cultura y concepción del mundo que genera a su vez nuevas jerarquías y escalas de valores.

Hoy la ecología es también un vocablo que sirve, tal como hemos apuntado para denominar la ciencia misma, como a movimientos civiles que luchan por la protección del ambiente, o una preocupación de gobiernos y estados. Incluso ha invadido el mercado, y en la actualidad, ser competitivo implica un enfoque de estas relaciones, donde está presente lo ecológico o ambiental. No es casual que los grandes mercados (*Supermarkets*) y *boutiques*, inunden sus vidrieras con productos fabricados con materias naturales, llamados productos "ecológicos", "biológicos" o "biodegradantes". Asimismo, en el mundo de la moda, dentro de las tendencias actuales y líneas de productos, las firmas comerciales, siguen también la llamada "tendencia naturista", en fin, el llamado "mercado verde" ha aparecido como un subproducto de esta expansión del vocablo ecología, de lo que se ha hecho eco ese gran mundo transnacional, que son los medios de comunicación masiva.

En la esfera de la medicina, el empleo cada vez en mayor escala de la medicina verde y naturista, alcanza logros importantes en el tratamiento de múltiples enfermedades y en la recuperación de la salud. Precisamente ésta utiliza como elemento terapéutico de la vida, aquéllos que sustentan la propia vida: el agua, el aire, el sol, las plantas, la mente. La base de su filosofía radica en que antes que terapia para curar enfermedades específicas, es necesario tener un estilo de vida en armonía con quienes nos rodean, con la naturaleza y con nosotros mismos.

Desde el punto de vista conceptual, ésta, llamémosle "popularización" de la ecología, ha incidido en el surgimiento de algunas inexactitudes sobre el propio término. Así, podemos leer: "catástrofe ecológica", o "crisis ecológica" cuando se hace referencia a la contaminación de las aguas, aire, suelos, o a la pérdida de la biodiversidad. O se plantea , que se "destruye la ecología", o se nos invita a "conservar la ecología". En todos los casos se está identificando la ecología con el medio ambiente, que si bien en el lenguaje cotidiano o popular, no es tan importante, en términos de un lenguaje académico y profesional, la rigurosidad en su tratamiento, tiene otra connotación.

A qué llamamos medio ambiente. Tradicionalmente en los textos "al uso" se utilizó el concepto medio geográfico para definir el entorno con el cual el hombre interactuaba. Precisamente fue *Plejanov*, eminente teórico y publicista marxista, quien por vez primera usó en la literatura marxista este término como idéntico al término "medio natural", definiendo de este modo la naturaleza en un sentido estrecho. En la misma dirección se incluye posteriormente, en el concepto **condiciones de la vida material de la sociedad**, la naturaleza que

rodea a la sociedad, el medio geográfico, que es indiscutiblemente una de las condiciones constantes y necesarias del desarrollo de ésta, y un elemento influyente en su avance o retroceso.

La geografía, por su parte realizó también esta visión estrecha del término medio geográfico, en tanto naturaleza, como algo opuesto a la sociedad humana, y la dividió en 4 componentes fundamentales: la corteza terrestre (litosfera), la parte inferior de la atmósfera, la hidrosfera y la biosfera.

*Marx y Engels* en sus trabajos aplican el término de mundo exterior que circunda la sociedad, el medio natural de la sociedad para la definición de la naturaleza en un sentido estrecho, como arsenal de objetos y fuerzas naturales utilizados por la sociedad para la producción de bienes materiales, y como esfera de aplicación del trabajo humano,<sup>1</sup> y hablaron de la llamada "segunda naturaleza", lo que fue interpretado en la acepción de medio geográfico como "naturaleza socializada", conceptos todos traspolados, y que llevaron a un reduccionismo, o al tratamiento erróneo o impreciso de un problema que requirió posteriormente de una revisión.

De ahí que, en la medida que la sociedad se fue haciendo un ente cada vez más complejo, la "segunda naturaleza" se fue convirtiendo en un elemento ineludible dentro de cualquier definición de entorno. Necesariamente, lo social, vale decir, los elementos económicos, culturales, sociales e históricos, deben estar presentes en el nuevo concepto.

No es hasta el año 1977 que en Tbilisi (antigua Unión Soviética) se desarrolla una conferencia intergubernamental sobre educación ambiental, organizada por la UNESCO y el Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), donde se deja atrás aquella concepción estrecha del medio como sistema biofísico, y se define una noción más amplia de él, que incluye de modo general, el aspecto social. De acuerdo con esta idea, el medio es, "el conjunto de los elementos físicos, químicos, biológicos, así como los factores sociales y culturales en su interacción recíproca con los seres humanos y otros seres vivos, agrupados o considerados individualmente".<sup>2</sup> El medio ambiente es, por tanto, el ámbito donde tienen lugar las relaciones de la especie humana y otros organismos. Quizás sea esta la razón del por que, algunos estudiosos consideran que la ecología, no es sólo una ciencia "natural", es decir biológica, sino también una ciencia social, ya que no puede concebirse el entorno natural del hombre aislado de su entorno social. En resumen, y atendiendo a estas definiciones, el medio ambiente incluye tanto el medio natural como el llamado medio construido o artificial, aquel creado por el hombre como segunda naturaleza.

## PROBLEMA ECOLÓGICO O AMBIENTAL. UNA DEFINICIÓN APROXIMADA

Anteriormente habíamos expresado que el hombre al interactuar con su medio ambiente puede influir negativamente sobre éste y producir de este modo,

efectos indeseados con consecuencias muchas veces irreversibles. Cuando ello ocurre, estamos en presencia de un problema ecológico.

Por ello, una definición aproximada de tal problema, consiste en la alteración o el desequilibrio ecológico entre los organismos y su ambiente, debido al deterioro o empobrecimiento cualitativo de este último. Las causas de los problemas ecológicos pueden ser múltiples, como por ejemplo, el mal manejo de un recurso debido a su aprovechamiento incontrolado e irracional, es decir su sobreexplotación, la existencia de condiciones desfavorables en el tipo de desarrollo, e incluso hasta la falta de una cultura ambiental. En muchos casos es esta última la que lamentablemente tiene un peso importante en el surgimiento de problemas que afectan al medio, y en la que se incluyen las indisciplinas, negligencias, indolencias y muchas otras actitudes que tienen un carácter plenamente subjetivo.

En el plano histórico, sin lugar a dudas, los llamados problemas ecológicos o ambientales, aparecen con el capitalismo como sistema social, pues antes de esta formación socioeconómica, aunque el medio ambiente sufrió una transformación notable, tanto por la presencia de fenómenos naturales como debido a la actividad humana, los cambios realizados no rebasaron los límites o capacidades del ecosistema natural a escala planetaria, que determinarían su irreversibilidad. El capitalismo al requerir cada vez en mayor medida la obtención de ganancias, convierte el medio natural y sus recursos, en fuente directa de objeto de explotación y consumo, igual que cualquier otra mercancía. Es así que los bosques, suelos, mares, la flora y la fauna empiezan a ser utilizados de manera irracional sin tener en cuenta su posible agotamiento o deterioro, así como, sus repercusiones negativas en el clima y en el propio hombre considerado hoy la especie más amenazada del planeta.

En la actualidad, a la entrada del siglo xxi, los nuevos rasgos del sistema imperialista, el neoliberalismo y la globalización o mundialización, imprimen su sello particular a la explotación del ambiente, llegando ésta a tal grado a nivel global, que sin temor a exagerar y sin alarmismo o pesimismo, hoy es una realidad que el medio ambiente y toda la naturaleza del planeta se encuentran gravemente comprometidos. A ello se agrega el aumento de los niveles de miseria y pobreza en la que viven tres cuartas partes de la humanidad, que agrava y potencia la acumulación de la deuda ecológica y social del Tercer Mundo, lo que lejos de disminuir, los problemas ambientales se han hecho más críticos y más lejana su solución. Sin embargo, a pesar de esta situación, es justo decir que van quedando atrás aquellas ideas que consideraban desarrollo y preservación del medio como términos antagónicos, y esta nueva forma de ver las cosas, es la consecuencia del abandono de una concepción del desarrollo, que toma como modelo o paradigma, a los países industrializados, y como medida del progreso, el crecimiento del producto nacional bruto.

Comienzan a imponerse otros parámetros como son, el grado de satisfacción de las necesidades básicas de alimentos, salud, vivienda y cultura por parte de todos los miembros de la sociedad. Se habla hoy de calidad de vida y de un desarrollo humano, integral y holístico, y se evidencia que, de manera particu-

lar en los países subdesarrollados, los problemas del medio están relacionados fundamentalmente con la falta de desarrollo, es decir, con la insatisfacción de las necesidades básicas. En segundo lugar, y estrechamente relacionado con lo primero, con modelos de desarrollo y patrones de consumo, impuestos o importados, y algunas veces "copiados", perjudiciales para el medio ambiente.

La gravedad de tales problemas comienza a sentirse en plena medida en la década de los 70 con el surgimiento de los llamados problemas globales, o sea, aquéllos que afectan los intereses de toda la comunidad mundial, que amenazan el futuro de la humanidad y atentan contra las posibilidades del desarrollo de la civilización. Entre ellos, la contaminación ambiental, el agotamiento de los recursos naturales no renovables, el desmesurado crecimiento demográfico, la seguridad y la paz internacionales, y la gran desproporción de los niveles de desarrollo social, los cuales constituyen serias preocupaciones y requieren de medidas y estrategias globales para su solución.<sup>3</sup>

No obstante, resulta obvio lo erróneo de reducir el problema del entorno a los aspectos negativos de la influencia del hombre sobre éste. Los movimientos y fuerzas sociales que luchan día tras día por la protección y conservación del medio, así como aquellos proyectos sociales donde las políticas ambientales tienen un alto grado de prioridad, constituyen la prueba de tal evidencia, lo que significa que la actividad del hombre, bien orientada, organizada sobre bases racionales y sustentada en los principios de un desarrollo sostenible, favorable al medio, lograran su preservación más adecuada. Hoy la humanidad vive un momento crucial de su historia. De su concepción del mundo, de su actitud y su capacidad para rediseñar su modo de vida, depende que pueda sobrevivir como especie en el planeta, lo que significa cambiar estilos de vida y asumir una postura ética y solidaria con todas las formas de vida del planeta. Requiere además, de nuevos paradigmas alternativos al capitalismo y al desaparecido socialismo, más democráticos, participativos y humanos. Requiere aceptar el reto y los peligros al que han llevado las contradicciones originadas por un desarrollo no sostenible, irracional, consumista y utilitario del medio.

Para la búsqueda de ese paradigma es indispensable la educación dirigida a formar en el hombre y en la sociedad de modo más general (fundamentalmente en las nuevas generaciones), una escala de valores y una cultura basada en esa ética más humana, que la induzca a adoptar actitudes y comportamientos en correspondencia con el lugar que ocupa el hombre dentro de la biosfera.

De eso trata precisamente el desarrollo sostenible desde que quedó plasmado como frase en 1980 durante el debate de la Estrategia Mundial para la Conservación,<sup>4</sup> y más tarde, en el informe Nuestro Futuro Común, elaborado por la Comisión Mundial de Medio Ambiente, más conocido como Informe Brundtland, donde aparece la definición del término. ¿Qué entender por desarrollo sostenible?; según el Informe Brundtland, desarrollo sostenible "es aquél que satisface las necesidades del presente, sin comprometer la capacidad de que las futuras generaciones puedan satisfacer sus propias necesidades".<sup>5</sup>

Otras entidades y personas han definido este desarrollo sostenible, cada uno a su manera. Algunos, como ésta de la Comisión Brundtland, tuvo alcance



mundial; otras se limitan a lo que significa el desarrollo sostenible en algún sector del ordenamiento y uso de un recurso natural: energía, agua, suelo, bosque, etc.. Se trata en todos los casos, de un desarrollo que debe abandonar viejos estilos y criterios sobre el desarrollo y el crecimiento económico a toda costa; de trazar estrategias sociales que tengan en cuenta la utilización racional de los recursos naturales de un país o zona sin comprometer el medio ambiente y el futuro de generaciones completas. Se trata de una cultura que se sustente en una dirección ecológicamente responsable de la sociedad, que de solución, entre otras cosas, al ritmo de contaminación del ecosistema planetario, a la crisis económica y social derivada de los patrones industrializador y consumista de esos sistemas sociales; a las consecuencias de un desarrollo tecnológico que lejos de traer el progreso a la humanidad, la ha colocado al borde de su desaparición ante la posibilidad, incluso, de un desastre genético o nuclear.

En fin, un desarrollo que tenga como propósito fundamental una relación verdaderamente humana con la naturaleza.

Ampliando un poco más el término de desarrollo sostenible, es oportuno señalar que éste es más abarcador que el de la protección de los recursos naturales y del medio ambiente físico, puesto que incluye el desarrollo humano futuro y con ello, parámetros como longevidad (esperanza de vida), conocimientos, e ingreso. Da prioridad a las necesidades básicas como la nutrición, la vivienda, la atención médica, así como a la participación del hombre en sus opciones para el desarrollo, la libertad de expresión y acción. En este sentido, es que se dice, que el desarrollo sostenible amplía la gama de oportunidades del ser humano.

Lo expresado anteriormente constituye la esencia de la Agenda 21 aprobada en la Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo (CNUMAD) celebrada en Río de Janeiro en junio de 1992, cuyos objetivos y líneas de acción debían haber sido puestos en práctica a partir de concluida la Cumbre.

Por supuesto, que tanto Río como Estocolmo en 1972, significan etapas importantes dentro de los pasos que se han dado para proteger el medio ambiente. Las Convenciones sobre Biodiversidad y Cambio Climático firmadas en la Cumbre, así como su Declaración de Principios se encuentran entre los acuerdos de mayor importancia. Pero es sin dudas, la Agenda 21, tal como afirmara *Maurice Strong*, Secretario General de la CNUMAD "el programa más amplio y trascendental que haya sido desarrollado y aprobado palabra por palabra por los gobernantes" aun cuando no tenga carácter jurídico.

La Agenda 21 de Río describe la estrategia, el plan de acción y las medidas que deben tomar los gobiernos, agencias de desarrollo, organismos de las Naciones Unidas y sectores independientes, en todos los aspectos importantes que afectan las relaciones entre el medio ambiente y el desarrollo. Contempla especialmente el período comprendido hasta el año 2000, pero las medidas que incluye se extienden hacia el siglo XXI. Su puesta en práctica no sería posible sin la cooperación entre gobiernos, organismos no gubernamentales, el sector privado, la comunidad financiera y la sociedad como un todo, por lo cual, el período post-Río, es sumamente valioso en cuanto a la consecución de los acuer-

dos y compromisos de Río. Ello depende en gran medida de la conducta económica, política, social y, sobre todo, ética, de todos aquéllos que toman decisiones respecto a las estrategias de desarrollo, y en segundo lugar, de todos los que habitamos este planeta formando parte del ecosistema global.

Lamentablemente, en el balance recientemente realizado en Nueva York en el mes de junio del presente año 1997, en la Segunda Cumbre de la Tierra, Río + 5, se demostró, con gran decepción, sobre todo para los países subdesarrollados, que Eco/92 es aún una promesa por cumplir. Esta Conferencia reveló nuevamente las contradicciones existentes entre los países desarrollados y los pobres o subdesarrollados, entre el Norte y el Sur, en cuanto a las concepciones para enfrentar los graves problemas del medio ambiente. Asimismo, se evidenciaron las contradicciones internas en el mundo desarrollado, y hoy, como ayer en Río, en la conferencia Río + 5, la postura más recalcitrante fue la de Estados Unidos de Norteamérica. Una vez más, es la falta de voluntad política, el elemento principal que frena o limita el progreso para una estrategia integral sobre el medio ambiente y el desarrollo. La ausencia de una Declaración Final en la Segunda Cumbre de la Tierra, es un ejemplo de ello.

En cuanto al financiamiento, punto de la Agenda sumamente complejo, al menos se logró mantener el compromiso de los países desarrollados de dedicar el 0,7 % del producto interno bruto a la asistencia oficial para el desarrollo, que tal como es conocido, junto al acuerdo de reducir los gases de "efecto de invernadero" a los niveles de 1990 para el año 2010, hasta el momento no han sido cumplidos.

Por su parte el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) desde 1990 en sus informes anuales sobre Desarrollo Humano, no sólo ha mostrado que la brecha entre el mundo desarrollado y los países subdesarrollados es cada vez más abismal, sino que ha puesto en crisis, mediante sus análisis, el axioma del crecimiento económico como sinónimo de nivel de desarrollo humano. Las actuales tendencias a la globalización confirman de manera fehaciente que el desarrollo es un problema mundial; a su vez destaca que el subdesarrollo no es ausencia de desarrollo, sino un desarrollo desigual generado por lo primero.

De ahí que estos países pobres, de economías subdesarrolladas no pueden aspirar al progreso científicotécnico y social y a su prosperidad, si no se crean condiciones internacionales propicias para ello por parte del mundo desarrollado, cuestión ésta muy compleja en el orden mundial actual. La convocatoria sobre la necesidad de un acuerdo global en materia de desarrollo aunque perentoria y lejana -señala el PNUD- es urgente, mucho más, cuando es evidente que, con frecuencia, es la ausencia de compromisos políticos, y no la falta de recursos financieros, la causa verdadera del abandono en que se encuentra el hombre. La Cumbre de Desarrollo Social celebrada en Copenhague, (Dinamarca) en 1995 fue la respuesta a este reclamo.

El último y más reciente Informe del PNUD, el de 1997, que acaba de darse a conocer, se concentra en la pobreza mundial y la define como aquella que va más allá del bajo ingreso económico.

A su vez, al ya conocido Índice de Desarrollo Humano (IDH) presenta un nuevo índice de medición del desarrollo, el Índice de Pobreza Humana (IPH) el que según sus autores, permite detectar si la población de los países subdesarrollados, tiene lo que realmente necesita para vivir una vida larga y sana, disfrutando de un nivel decente de vida, todo lo cual equivale a decir, que los problemas del desarrollo y el medio ambiente están estrechamente vinculados, y que en el caso de los subdesarrollados, no es el desarrollo, tal como ya apuntamos, sino el desarrollo desigual, la insatisfacción de las necesidades básicas y las formas de desarrollo basadas en patrones importados y perjudiciales para el medio ambiente, lo que dificulta el desarrollo sostenible. La sostenibilidad como criterio implica la complementación mutua de ambas estrategias, la de desarrollo y la ambiental.

## ETAPAS DEL MOVIMIENTO AMBIENTAL

En *Desarrollo Sostenible: un reto global*, de Ramón Pich, se expresa que la corriente ecologista ha atravesado 4 etapas fundamentales antes de desembocar en el proceso actual de internacionalización: una etapa de despegue o despertar entre 1960 y 1968; un período organizativo que se extendió hasta 1974; una tercera etapa entre 1975 y 1980, y una cuarta y última etapa en la que según el autor se profesionaliza la conciencia ambientalista, la que tiene lugar entre 1981 y 1986.

Siguiendo al autor de referencia en cuanto al análisis de esta problemática, esta llamada etapa de "despegue" que abarca gran parte de la década de los 60, es sumamente importante para la evolución posterior del movimiento ambiental. En ella se desarrollan los primeros esfuerzos organizados para la protección y conservación del medio ambiente del planeta, aun cuando los problemas o necesidades sociales no aparecen, o no presentan un orden de prioridad en relación con el ambiente y el desarrollo.

El énfasis se hace en la conservación de algunas especies, sobre todo los grandes mamíferos, y se listan las especies en peligro de extinción; aparecen los llamados "libros rojos" y crece el interés por la creación de parques nacionales y reservas biológicas, elementos fundamentales de toda política conservacionista. El debate internacional medioambiental de esta etapa es casi, absolutamente conservacionista, pero indudablemente sienta bases importantes en la creación de una cultura y conciencia ambiental. Un momento significativo fue en el año 1968, la celebración en París de la Conferencia sobre la Utilización Racional de la Biosfera. Su convocatoria va a constituir, sobre todo, la primera respuesta a nivel político e internacional que se da a la preocupación creciente de círculos de científicos, por la elevación creciente de la explotación de los recursos naturales. O sea, que se trata no sólo de proteger las especies, sino de velar porque esa explotación descansa sobre bases científicas y racionales que garanticen los delicados mecanismos que condicionan los ciclos vitales del planeta. Esta Conferencia, por otra parte, da lugar a un vasto programa internacional

destinado a establecer los mejores métodos de gestación y gestión de los ecosistemas: el Programa MAB (Man and Biosphere), a partir del cual se crea un nuevo instrumento conservacionista: la Reserva de Biosfera.

La etapa organizativa (1968-1974) es el momento en el cual se crean agencias y departamentos dedicados a la investigación de los problemas ambientales en casi todos los países capitalistas desarrollados. En 1972 tiene lugar en Estocolmo (Suecia) la Conferencia sobre Medio Humano, la cual es un punto de referencia obligado para todo análisis del movimiento ambiental mundial. De su realización y su Declaración Final se derivaron importantes acuerdos que han contribuido al desarrollo de la conciencia ambiental. Uno de éstos es la celebración del día mundial del medio ambiente el 5 de junio. Otro de los más importantes es la fundación del Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente (el PNUMA) que fue uno de los promotores del criterio de "ecodesarrollo" como intento de incorporar objetivos culturales, sociales y ecológicos en el concepto de desarrollo. El PNUMA va a ser, además, un catalizador en el ámbito internacional del desarrollo de la conciencia ambiental. Puede afirmarse que esta es la etapa en la que el movimiento ambiental se arma de bases institucionales que le van a permitir un desarrollo más coherente y sistemático.

En la etapa comprendida entre 1975 a 1980, el debate medioambiental deviene en un movimiento ecologista, cuyo centro principal de atención va a ser el tema energético, debido al encarecimiento brusco de los precios del petróleo, luego de su crisis en los años 72-73. Dicho debate va a tener una amplia repercusión mundial a partir de 1979, al ocurrir el accidente de la planta nuclear de Three Mile Island en Pensilvania, Estados Unidos. Muchos de los movimientos ecologistas que se organizan en esta etapa lo hacen tomando como bandera la lucha antinuclear vinculado al medio ambiente; 1981 a 1986 es el período en que según el autor se profesionaliza la conciencia ambientalista. Se aprecia un gran interés parlamentario en relación con el deterioro ambiental, lo cual se canaliza por la vía de numerosos "partidos políticos verdes" principalmente en el continente europeo. En este contexto ocurre el accidente nuclear de Chernobyl en 1986 (en Ucrania) lo que puso de nuevo en un primer plano los problemas de contaminación atmosférica transfronteriza, y el debate entre energía y medio ambiente, el cual ha continuado hasta nuestros días.

Al mismo tiempo, en esta etapa aumenta notablemente la actividad de numerosas ONGs de corte ambientalista, como es el caso de Green Peace (Paz Verde) y otras. Se hacen más evidentes algunos de los problemas ambientales de alcance internacional y que más preocupan a la humanidad, como son: el agotamiento de la capa de ozono, el efecto de invernadero, la pérdida cada vez más alarmante de biodiversidad, el tráfico transfronterizo de desechos peligrosos, la contaminación de ríos, mares, océanos y zonas costeras, así como el deterioro ambiental asociado a la pobreza y el subdesarrollo, al cual hemos hecho referencia.

Ante toda esta situación, y la insistencia de los países capitalistas desarrollados de tratar por separado los problemas ambientales y de desarrollo, así

como pretender eludir sus responsabilidades históricas en la deuda ecológica acumulada a nivel del planeta, crece el movimiento ambientalista. Es la etapa del Informe Brundtland y de la Cumbre de Río. Es fácil advertir como en estas 2 últimas décadas ha aumentado el movimiento a favor de la protección del planeta, tanto por la amplitud del debate político y teórico, como a nivel de la toma de decisiones. Las Cumbres Mundiales sobre Desarrollo, Población, sobre la Mujer, Asentamientos Humanos, incluso las Iberoamericanas han dado espacio al tema ambiental. No ha faltado tampoco en muchos de los tratados internacionales que han sido negociados, como el Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Canadá y México (TLC), en las conversaciones del GATT, en la Comunidad Europea, y el Grupo de los 7, lo cual da una significación especial a la etapa Post-Cumbre de Río. En este contexto es importante mencionar la Conferencia sobre Desarrollo Sostenible de los Pequeños Estados Insulares del Caribe celebrada en Barbados en 1994<sup>6</sup> en relación al peligro que tienen las pequeñas islas de desaparecer, debido a la elevación del nivel del mar como resultado del calentamiento atmosférico. Sin embargo, las acciones concretas para la reducción de los riesgos y de los conflictos ambientales, tal como se evidenció en Río + 5, aún permanecen sin la solución más adecuada.

## EL MEDIO AMBIENTE GLOBAL, LA SALUD Y EL DESARROLLO SOSTENIBLE

### Contribución de Cuba

En el Informe de la Comisión de Salud y Medio Ambiente de la OMS "Nuestro planeta, nuestra salud" a la Conferencia de Río se expresa: "La relación que existe entre la salud, el desarrollo y el medio ambiente incluye numerosos y complejos aspectos entre los cuales predominando: cuán bien dotado está el medio en que vive la gente para proporcionar lo necesario para mantener la vida y la salud, y cuán exento está ese medio de peligros para la salud."<sup>7</sup> Más adelante en el Prefacio se dice: "La salud humana es un problema multisectorial, vital que depende de la disponibilidad permanente de recursos ambientales y de la integridad del ambiente."<sup>8</sup>

Lo anterior significa que la salud humana y su bienestar dependen de una calidad y nivel de vida aceptable que se resume en: recursos varios como son, agua, aire, alimentos y vivienda seguras, combustibles, cultura y educación, entre otros; un ambiente no contaminado ni degradado, ecológicamente favorable a la salud física y mental, lo cual no sólo es una necesidad, sino un derecho de cada individuo; medios que permitan la adquisición de tales recursos y, una participación compartida en las acciones para la protección del medio ambiente.

En los últimos años, ante la degradación del medio y sus posibles consecuencias para la salud humana, han aumentado considerablemente los asuntos relacionados con la salud ambiental. La Conferencia de Río retoma en este sentido, la preocupación manifiesta hace más de veinte años en la Conferencia de Estocolmo.

## **La Conferencia de Río y la salud ambiental**

En la Declaración de Río, en su principio primero se dice: "Los seres humanos son el centro de las preocupaciones por el desarrollo sostenible y tienen derecho a una vida sana."<sup>9</sup>

Contradictoriamente, en el Informe de la OMS a dicha conferencia, se observa la preocupación de este organismo mundial en relación a que nunca antes a nivel internacional habían sido analizados con profundidad las diversas formas de interacción entre el ambiente y la salud en el contexto del desarrollo.<sup>10</sup> Llenar este vacío fue por tanto, el principal objetivo de esta Comisión. En su Informe leemos: "Sólo en raras ocasiones recibe la salud un alto grado de prioridad en las políticas ambientales y en los planes de desarrollo. Rara vez figura como un punto importante en los programas ambientales o de desarrollo."<sup>11</sup>

A las ciencias sanitarias, y especialmente a la sanidad ambiental, corresponde lograr un conocimiento pleno en el tratamiento y manejo racional y sostenible del medio ambiente natural y social en su relación con la salud, y como condición indispensable, para un modo de vida más pleno y saludable. Los pronósticos sociosanitarios deben anticiparse en este sentido, a los económicos, técnicos y ecológicos. Su misión es precisamente la de prever las posibles consecuencias negativas o positivas en el medio ambiente y sus efectos en la salud humana.

## **Cuba y la salud ambiental**

Las transformaciones radicales generadas por la Revolución Cubana en su estrategia de desarrollo, han tenido efectos positivos en el medio ambiente, al incidir en el mejoramiento de las condiciones de vida, y crear las premisas necesarias para una relación más armónica y humana entre la naturaleza y el hombre. El acceso al trabajo, el desarrollo de un amplio sistema de salud centrado en el bienestar del hombre, la elevación del nivel general de escolaridad de la población y de su calificación técnica y profesional, el desarrollo de la ciencia y la técnica fueron los factores fundamentales que permitieron diseñar una política racional y sostenible respecto al uso y la protección del medio ambiente y sus recursos naturales. En ello fue determinante la voluntad política y estatal, que en forma paulatina fue creando las bases institucionales que posteriormente van a sustentar la articulación de un Sistema Nacional de Protección Ambiental. Pasos importantes en esta dirección fueron la inclusión en la Constitución Cubana aprobada en 1976 del artículo 27 sobre la protección del medio ambiente y los recursos naturales, la creación en 1977 de un órgano rector de la política ambiental cubana, la COMARNA, así como la aprobación por la Asamblea Nacional del Poder Popular en 1981 de la Ley 33 que aún cuando fue formulada de manera muy general, y requirió de leyes complementarias para un control más efectivo del uso y tratamiento del medio ambiente y de sus recursos, sin embargo, ha cumplido un papel importante.

A partir de la participación cubana en Río, se modifica el artículo 27 de la Constitución en el marco del espíritu de dicha Conferencia, con la introducción del concepto desarrollo sostenible, se elabora la Agenda 21 Nacional, y posteriormente se crea el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente, el cual va a dar la prioridad requerida a la actividad medioambiental. Recientemente en el mes de junio de este año 1977 se acaba de aprobar el nuevo proyecto de Ley Ambiental Cubana, que deroga la Ley 33/81, la cual a partir de ahora normar y regular las diferentes acciones en relación al uso, protección y conservación del medio ambiente y los recursos naturales.

En el mensaje que llevó Cuba a la Cumbre de Río, se habla de los logros ambientales, obtenidos a lo largo de 30 años de revolución, lo que no quiere decir que no existan serios problemas y dificultades, que van desde problemas de carácter objetivo como son, falta de recursos, financiamiento, etc., hasta concepciones que aún están presentes, como pueden ser, la existencia de una mentalidad empresarial y economicista del medio, y otros de carácter subjetivo, que por supuesto entorpecen los objetivos de la política ambiental cubana. Algunos de estos problemas se han agravado a partir del período especial, tanto en el plano externo como en el interno, y ha tenido una incidencia importante en esta dirección el bloqueo norteamericano, lo que requeriría un análisis particular.<sup>12</sup> En el Programa de Medio Ambiente y Desarrollo, aprobado en 1993, y basado en la prioridad que dentro de la estrategia de desarrollo social, ha tenido siempre la atención a la salud, y por otra parte, de la comprensión que siempre ha existido en el país acerca del estrecho vínculo entre los problemas ambientales y de salud, se incluye en éste un capítulo (capítulo 2) el cual plantea los objetivos y líneas de acción para enfrentar todos aquellos problemas y factores de riesgo que puedan afectar la salud de la población.

En el resumen sobre los Programas de desarrollo que aparecen en la Agenda 21 Cubana en cuanto a la salud se expresa: "La salud pública es un objetivo priorizado en la política social de la revolución cubana, el Estado socialista ha asumido totalmente la responsabilidad de la atención a la salud de los ciudadanos, y en tal sentido, lleva a cabo una política que asegura la protección de la salud de forma gratuita y con acceso total a sus servicios."

El programa de la salud pública cubana, tiene entre otros, los objetivos de prevenir las enfermedades, curar y rehabilitar al ciudadano e incluye líneas de trabajo muy importantes para preservar el medio ambiente. El Ministerio de Salud Pública, realiza Inspecciones Sanitarias Estatales y cuenta con un cuerpo de profesionales y técnicos capacitados, lo que garantiza el control sanitario de la calidad del agua de consumo humano, de los alimentos, del aire, así como el manejo de los residuales líquidos y sólidos y el control de los vectores.

Este Ministerio mantiene la vigilancia e identificación de los riesgos ambientales, que causan enfermedades transmisibles.

Desarrolla y promueve estudios de factores ambientales como el ruido, radiaciones ionizantes o no ionizantes y normas técnicas para los ambientes cerrados y abiertos. También desarrolla un programa intenso en cuanto a la

calidad del ambiente laboral y dicta medidas y acciones para la erradicación y disminución de riesgos ambientales.

Muchos de los factores antes mencionados han contribuido a aumentar el nivel de vida de la población, la reducción de la mortalidad infantil, la erradicación de las enfermedades, el mejoramiento de condiciones de la calidad de vida en los asentamientos humanos, así como la disminución de la morbimortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles, ratificando el estrecho vínculo entre calidad del medio ambiente y salud humana.<sup>13</sup>

La proyección de este Programa se garantiza a partir de los mecanismos institucionales del Ministerio de Salud Pública y de sus programas, así como por los Objetivos, Propósitos y Directrices (OPD) para incrementar la salud de la población cubana para el año 2000.

Veamos ahora cuáles son los objetivos fundamentales respecto a la salud y el medio ambiente que aparecen en la Agenda 21 cubana:

1. Satisfacción de las necesidades de atención primaria de la salud sobre todo en las zonas rurales. Objetivo:  
Mejorar los niveles de salud de la población cubana hasta el año 2000, perfeccionando y fortaleciendo el Sistema Nacional de Salud, con énfasis en el desarrollo del Plan del Médico de la Familia, que incluye la higienización del medio ambiente, logrando a nivel local la intersectorialidad y la participación comunitaria con prioridad en el área rural.
2. Lucha contra las enfermedades transmisibles. Objetivos:
  - a) Mantener y mejorar la situación de salud alcanzada en las enfermedades infecciosas y parasitarias, y enfatizar en aquéllas que no se han podido resolver mediante la aplicación de inmunobiológicos.
  - b) Continuar trabajando aceleradamente en las investigaciones sobre vacunas.
  - c) Garantizar y ampliar el acceso al agua apta para el consumo y medidas sanitarias de eliminación de aguas servidas con el objetivo de reducir las enfermedades de transmisión hídrica.
3. Protección de los grupos vulnerables. Objetivos:
  - a) Consolidar y mejorar los niveles alcanzados en la salud de la madre y el niño.
  - b) Perfeccionar el Programa de Bajo Peso al Nacer, así como su control y evaluación sistemática.
  - c) Continuar desarrollando y extendiendo las técnicas de diagnóstico prenatal de anomalías congénitas, lo que permite prevenir y tratar tempranamente algunos tipos de enfermedades de alta mortalidad.
  - d) Incrementar el control del seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño, lo que constituye la columna vertebral en que se sustenta la salud infantil.
  - e) Fomentar la lactancia materna ya que ésta se considera actualmente una práctica insustituible para garantizar la salud, el crecimiento normal del niño y la prevención de enfermedades no transmisibles.
  - f) Garantizar la atención y el tratamiento precoz de las enfermedades diarreicas agudas, y promover el uso de rehidratación oral.



- g) Identificar y controlar la población femenina con riesgo preconcepcional, al poner en acción medidas que modifiquen o disminuyan los factores de riesgo. Mejorar la atención perinatal con el perfeccionamiento del funcionamiento de las salas de cuidado especiales perinatales, elevando la calidad de la atención del parto y los cuidados del puerperio.
  - h) Incrementar la educación sexual, utilizando métodos que logren la participación consciente de la comunidad. Promover campañas informativas y educativas, dirigidas a disminuir la incidencia del embarazo no deseado y la práctica del aborto. Disminuir los riesgos en la práctica del aborto voluntario, perfeccionando las técnicas del aborto quirúrgico, de la regulación menstrual e introducir y desarrollar en el país los métodos para la interrupción del embarazo.
4. Solución del problema de la salubridad urbana. Objetivo:  
Mejoramiento de los indicadores ambientales, de vivienda y de servicios de salud para lo cual se dan cumplimiento a los aspectos contemplados en el Programa Nacional de Acción que plantea metas de cobertura para agua potable y saneamiento.
5. Reducción de los riesgos para la salud derivados de la contaminación y los peligros ambientales. Objetivo:  
Desarrollar hasta el año 2000, los propósitos planteados en el plan de acción nacional relacionados con el saneamiento ambiental y el abastecimiento de agua potable, integrado con los Objetivos, Propósitos y Directrices hasta el año 2000 planteados por el Ministerio de Salud Pública para lograr los objetivos de calidad de vida y salud.<sup>14</sup>

Por supuesto que estos objetivos son letra muerta sin el crecimiento progresivo de una cultura y conciencia ambiental a nivel de toda la sociedad. El Estado y las organizaciones políticas y sociales deben estimular que todos los individuos tomen conciencia de su responsabilidad en la salud, y al mismo tiempo, la necesidad de un ambiente favorable a este propósito.

A los profesionales y trabajadores de la salud en general, corresponde asumir el papel de avanzada dentro de este movimiento.

En la estrategia y recomendaciones de la OMS en Río, se formularon los principios para conseguir un planeta más limpio y saludable, y con más futuro. Ellos son: el acceso más equitativo a los recursos dentro de cada país y entre los países, y la participación de los ciudadanos en cuanto a la promoción de salud y la calidad ambiental, a partir de la organización de un grupo de acciones a nivel local, que permita una motivación consciente hacia la protección de la integralidad del ambiente. Se refiere también a la adopción de políticas y proyectos que prioricen estos objetivos, así como la planificación y selección de las alternativas más adecuadas en este sentido.<sup>15</sup> En el caso de Cuba la política ambiental diseñada, inserta en la estrategia de desarrollo económica y social, y de manera particular la política de salud, permiten el cumplimiento de estos objetivos. De la misma manera, la formación y desarrollo de una cultura ambiental con el propósito de estimular una conciencia donde están presentes va-

lores, convicciones y motivaciones en relación a una actitud racional, justa, no consumista hacia el medio ambiente, que permita el tránsito hacia un desarrollo sostenible, constituye un objetivo dentro del sistema de enseñanza del país, tanto en el nivel de pregrado como en la enseñanza de posgrado. Se requiere y hacia ello se dirigen los propósitos de la educación, que en los programas docentes, asignaturas, y especialidades de los diferentes niveles del Sistema de Educación Media y Superior, no solo aparezcan los contenidos de carácter ambiental, sino que los propios de cada una de las asignaturas tengan un enfoque o dimensión ambiental, cuestión ésta que si bien se viene logrando, sobre todo en el nivel primario y secundaria, requiere de una mayor profundización y sistematización en el nivel de preuniversitario y en la universidad.

En el caso específico de ciencias médicas, en relación al papel de avanzada que deben jugar los egresados de estas carreras en el cuidado y conservación del medio, se hace mucho más importante lo que acabamos de señalar, en cuanto a la formación de una sólida cultura y conciencia ambiental. Los trabajadores y profesionales de la salud deben ser portadores no sólo de conocimientos acerca del medio, sino de valores y formas de comportamiento consciente que les posibilite en su práctica médica ser verdaderos guardianes de la salud y el ambiente.

En la enseñanza posgraduada, se hace necesario incluir con mayor fuerza la dimensión ambiental de los problemas donde corresponda, así como una mayor presencia de temas específicos sobre los problemas del medio ambiente relacionados con la salud y el desarrollo. Se requiere también que se trabaje hacia una mayor integración de los trabajadores y profesionales de la salud en los proyectos comunitarios, que no se reduzca al nivel de atención primaria, donde es evidente el papel importante que juegan, tanto el médico como la enfermera de la familia. Y es imprescindible además, la articulación que debe tener todo este trabajo, con el perfeccionamiento que a su vez juegan los medios de divulgación masiva, disponibles a todos los niveles, para la educación de la población sobre todos aquellos aspectos relacionados con el cuidado de la salud y el ambiente.

No debemos olvidar que nuestro planeta es uno, que el medio ambiente también es uno, y que por tanto, los problemas ambientales no tienen fronteras geográficas, por lo cual, lo que ocurre en un punto del planeta, por lejano que esté de otro, puede, más tarde o más temprano, influir negativamente sobre el ecosistema global.

No es posible tampoco, analizar los problemas de salud del hombre y de la humanidad en su conjunto, aisladamente del resto de los problemas globales. Nuestros bosques, suelos, nuestro clima, recursos minerales, recursos hídricos forman parte de nuestro patrimonio natural y cultural, y por ello, las estrategias y políticas para su uso y manejo deben tener en cuenta no sólo su explotación, sino también su protección, su mejoramiento y conservación. Por eso es que se habla de un desarrollo sostenible, un desarrollo dirigido a la búsqueda de un equilibrio racional entre la explotación de los recursos y su conservación. Hacia ello debe ir encaminada la educación de nuestros niños y jóvenes, así como

también, y en la medida de lo posible, trabajar con los adultos, que son hoy los que tienen en sus manos la responsabilidad de trazar y hacer políticas. Los logros alcanzados en el país en materia ambiental, los cuales tienen un reconocimiento internacional son precisamente, nuestra contribución a la protección y conservación del medio ambiente global y hacia el tránsito a un desarrollo sostenible.

"En la Río 92 construimos sobre las bases fijadas en Estocolmo en 1972. La población de nuestro Planeta, especialmente los jóvenes y las generaciones que les sigan, nos harán responsables por lo que hicimos o dejamos de hacer en Río. La tierra es nuestro único hogar y su destino está, literalmente en nuestras manos." *Maurice Strong*.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Y Gurvich. El papel de las riquezas naturales en el desarrollo de las fuerzas productivas. Instituto Cubano del Libro, cap. 1, p. 16-22.
2. Alejandro Teitelbaum. El papel de la educación ambiental en América Latina. UNESCO, 1978:27.
3. De Jos, R Fabelo. Valores universales y problemas globales. En Filosofía y Salud, Segunda Parte, MINSAP, 1994.
4. UICN (Unión Internacional de la Conservación de la Naturaleza y los Recursos Naturales). Documento. Revista Correo, marzo de 1980.
5. Comisión Mundial del Medio Ambiente. Resumen de Nuestro Futuro Común (Informe Brundtland) de la Fundación Friedrich Ebert, p. 7.
6. Fidel Castro Ruz. Ecología y Desarrollo. Selección temática, 1963-1994 (Segunda edición, ampliada y revisada), Editora Política, La Habana, 1994.
7. OMS. Informe de la OMS a la Conferencia de Río, Introducción, p. 46.
8. Idem, p. 477.
9. Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, Primer Principio. Revista AIDIS de Ingeniería Sanitaria. Informe Especial a la Conferencia de Río, julio-diciembre de 1992.
10. OMS. Informe a la Conferencia de Río, p. 472.
11. Idem, p. 484.
12. Consejo de Estado de Cuba. Mensaje de Cuba a la Cumbre de Río, junio, 1992: 42-49.
13. CITMA. Programa Nacional de Medio Ambiente y Desarrollo (Agenda Cubana), editado por el CIDEA, CITMA y el Fondo Mundial para la Naturaleza, Primera Edición, 1995.
14. Idem. Pp. 15-16.
15. OMS. Informe a la Conferencia de Río, Estrategia y Recomendaciones, pp. 517-524.

# La ideologización en las concepciones y la práctica médica

Lic. Marta Labrada Ortey, Lic. Emilia Cruz Oñoz y Lic. Celia Ojeda Guerra

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende provocar la reflexión acerca del papel de la ideología en la esfera de la medicina, de sus manifestaciones en el pensamiento médico, en las políticas de salud y en las conductas de los sujetos de salud.

Las diferentes corrientes ideológicas han ejercido una gran influencia en el campo de la salud; y han tratado de argumentar las concepciones de las clases dominantes en función de sus intereses, tal como muestra la historia, en particular, las de carácter burgués han penetrado profundamente el entramado social de los momentos actuales.

Hasta dónde y de qué modo llega esa influencia, cómo combatirla, es lo que se aspira a mostrar por nosotros.

## LA IDEOLOGÍA Y SUS INFLUENCIAS

La ideología, tal como fue concebida por *Marx* y *Engels* tiene como contenido el conjunto de ideas generadas por la base económica, expresión a su vez de los intereses de una determinada clase social, de sus objetivos y proyecciones.

Cuestionada en su carácter científico, la ideología marxista acude a su propio caudal teórico para contrarrestar los ataques de la ideología burguesa que, partiendo de la denominación de conciencia falsa dada por *Marx* y *Engels* en la Ideología Alemana,<sup>1</sup> pretende tergiversar el carácter de dicha ideología. Es bien conocido en qué consiste este carácter falso de la ideología burguesa como reflejo de una realidad también falseada por la aparente relación entre cosas, típica del capitalismo y que es atribuida a todo tipo de ideología por sus ideólogos. Para muchos no existe la menor duda sobre el carácter científico de la ideología marxista.

En la definición del doctor *Marcelino Pérez Cárdenas* se apunta:

“La ideología constituye el más importante factor espiritual de cohesión. Su fin es la producción del vínculo social, de las relaciones sociales entre los hombres de anera ideal, como formas sociales de conciencia (política,

jurídica, moral, filosófica, religiosa, etc.). Constituye la expresión consciente de determinado interés social (grupal, clasista, popular, general, nacional, etc.) en forma de principios de significación general, de modos de conducta social, capaces de regular la interrelación de los hombres en la sociedad. Su tarea fundamental consiste en aunar las voluntades individuales en la acción de los hombres, en lograr una orientación única, tendiente al logro de objetivos e ideales comunes, mediante la conformación de comunidades psicológicas (a escala de grupos sociales y de toda la sociedad) nucleadas alrededor de determinados valores sociales.”

Como aglutinadora de voluntades y orientadora de la actividad humana, la ideología contribuye a conformar el sistema de valores de los grupos sociales, los cuales divulgan sus concepciones y correspondencia con el grado de poder que les confiere su posición en la estructura económica y consecuentemente en la superestructura política, de una formación social dada.

Sin embargo, la propia complejidad de la interacción de la conciencia social con los demás factores sociales no siempre permiten lograr la orientación única en todas sus formas.

La actividad científica, como componente fundamental en la actividad humana, es generalmente desvinculada de la ideología. La tendencia es a considerar científico todo el conocimiento proveniente de las ciencias naturales, exactas y técnicas y no científico el proveniente de las ciencias sociales.

El propio desarrollo de la ciencia es objeto de polémica: el debate entre internalistas y externalistas de las fuerzas motrices de su movimiento y progreso es expresión también de la existencia de diferentes influencias ideológicas en el asunto; la doctrina marxista puede contribuir al esclarecimiento de esta problemática: la ciencia como forma específica de actividad humana, fruto de la actividad de hombres inmersos en un sistema determinado de relaciones sociales recibe la influencia de ésta y de las demás formaciones sociales existentes expresados en los logros de la cultura, tanto nacional como universal, a través de un determinado sistema de valores, al mismo tiempo que ejerce una influencia fundamental en el avance de la sociedad, mediada por el sistema de relaciones sociales a través del sistema político, la ideología imperante y su consecuente sistema de valores.

La socialización de las ciencias, constituye una necesidad para el bienestar de la humanidad. Las investigaciones científicas deben estar encaminadas a la solución de los problemas sociales; esto sólo es posible en la medida que los patrocinadores de los proyectos de investigación comprendan y ejecuten éstos con ese propósito, ya que no resulta un secreto el alto costo de estas inversiones.

La necesidad del enfoque axiológico de la ciencia es cada día mayor, en correspondencia con las complejidades de un mundo donde la interdependencia de las naciones es cada vez más profunda. Una de las vías posibles para la solución de los graves problemas que afronta el planeta pasa por la adecuada utilización de la ciencia, tanto en la orientación y procedimientos para la investigación científica, como en la justa organización de sus resultados.

Tal y como apuntaba *Thomas Kunk*. “La sociedad con sus necesidades e intereses, orienta la actividad científica.”

La ideologización de las ciencias es un proceso necesario, surge y se manifiesta como consecuencia de las experiencias del progreso social, en el que la ideología cumple su función orientadora en la actividad científica en la formación de sujetos animados por grandes sentimientos de amor a la humanidad y actitudes altruistas, basados en un sólido sistema de valores, que a su vez se revierte en la educación de los hombres y de toda la sociedad. El desarrollo científico debe prever sus consecuencias para la humanidad, de lo contrario no cumplirá su verdadero papel en la contribución que de él se espera para el progreso de la sociedad.

Las ciencias médicas no están exentas de este desafío, tanto el pensamiento médico en general como el ejercicio de la medicina.

## MANIFESTACIONES DEL QUEHACER IDEOLÓGICO

Las distintas etapas que ha atravesado el pensamiento médico en la humanidad en general y en nuestro país en particular, muestran las pervivencias de las concepciones hipocráticas durante siglos, las que sustentaban la atención individualizada como única forma de atención para el establecimiento de la salud, aunque sustentaba principios como: “Evalúe al paciente más que a la enfermedad” que evidencia su concepción sobre el enfoque del problema, lo cual no siempre ha estado presente en la actividad de los galenos.

En correspondencia con el desarrollo de las fuerzas productivas que aportó el surgimiento del capitalismo, la agudización de las contradicciones clasistas y el desarrollo de las ciencias naturales y la filosofía, se produjo el cambio en el objeto de estudio de las ciencias médicas.

La idea sobre la relación de la enfermedad con las condiciones en que vivía el hombre, hizo surgir la medicina social en un proceso simultáneo en varios países europeos y algunos de cuyos representantes más destacados fueron *Guerin, Newman, Virchow y Grotjahn*. Sin embargo, todas aquellas proposiciones quedaron en el campo de las reformas o fueron utilizadas únicamente en la medida que posibilitaban la conservación de la fuerza de trabajo para el capital.

Fue la Revolución de Octubre quien dio la verdadera dimensión de aquella ciencia expresada en la fundamentación marxista de la higiene social al calor de las transformaciones que se llevaban a cabo en la patria de *Lenin* de las cuales las tareas sanitarias tenían un orden de prioridad.

Independientemente de las contradicciones entre teoría y práctica que se produjeron a lo largo de los años del Poder Soviético, su validez como nueva concepción de la atención de la salud se reflejó en el nivel de vida alcanzado por este pueblo.

En nuestro país el pensamiento médico mostró, ya en el siglo XIX un carácter democrático manifestado en la actividad de los galenos, como es el caso del doctor *Tomás Romay*, considerado el primer higienista social en el país, quien

introdujo la vacunación antivariólica, sometiéndose él mismo a la primera prueba. Un ejemplo descollante de la comprensión de la medicina social fue la del Dr. *Carlos J. Finlay* que elaboró la teoría sobre el agente trasmisor en las enfermedades infecciosas, en este caso la fiebre amarilla, epidemia que azotaba los países tropicales.

La historia es bien conocida: los interventores norteamericanos, luego de haber aplicado los descubrimientos de *Finlay*, se adjudicaron aquellos resultados, lo que dio una prueba temprana de sus concepciones éticas.

Ya en la República Mediatizada, *Finlay* organizó desde su posición como Ministro de Sanidad-Secretario, se decía en aquella época, un Ministerio de Salud Pública, único en América Latina y en el mundo, según algunos autores. La labor desplegada por *Finlay* fue perdiéndose luego de su desaparición, en la práctica de los gobiernos de turno.

En la década de los 50 apareció publicado un trabajo de *Luis Díaz Soto* titulado *Nuestro método de trabajo médico* donde defiende con ideas avanzadas la salud pública, basándose en los criterios de *Sigerist*, con un enfoque marxista.

La *Encuesta de los trabajadores rurales 1956-1957* realizada por la Agrupación Católica Universitaria señaló de modo certero la situación social y económica de los obreros en el campo, que aun limitado en cuanto a señalización de causas, en generalización teórica, aportó datos empíricos valiosos para comprender la relación factores sociales-enfermedad.

También en la década de los 50 se publicaba *Tribuna Médica* editada por el Colegio Médico Nacional, dirigido por hombres progresistas. El No. 430-31 de sep-oct. de 1956 se dedicó al Fórum Nacional sobre la “Crisis Médica”, que examinó todos los problemas que afectaban la salud en la sociedad cubana y cuyo informe económico fue redactado por *Jacinto Torras*. En este informe aparecen acápites como “concepto de salud”, “medición de estado de salud”, “servicios de salud”, “recursos médicos”, “costos del cuidado de salud”, que le confieren carácter integral al estudio realizado.

En la primera mitad de la década de los 80 se llevó a cabo, a petición de la OPS, un estudio comparativo de la mortalidad en Cuba, tomando 3 trienios de las últimas 3 décadas, acompañado de datos de la morbilidad, de las características de la organización de la salud en Cuba y de nuestras particularidades demográficas socioculturales “...ya que los factores sociales tienen una importancia fundamental en la determinación de las causas de enfermedad y muerte de una población dada”, según se menciona en el prólogo.

En dicho estudio se muestra el cambio ocurrido en el cuadro de salud en los últimos 20 años, a tenor de los cambios políticos y economicosociales ocurridos en este período, reflejados en las transformaciones nutricionales y culturales, lo que unido a una red de servicios accesibles a toda la población, son un denominador común en los resultados obtenidos.

En *La Historia me Absolverá*, *Fidel Castro* señala como una de las razones de la acción del Moncada, el estado de abandono en que se encontraba la salud en las grandes mayorías desposeídas.

Con el Triunfo de la Revolución se aplicó la concepción del Sistema Nacional de Salud para garantizar la salud de toda la población. El médico rural inició la atención preventiva, el policlínico integral en 1964 amplió la aplicación de la medicina comunitaria, que culminó con la creación del médico defamilia en 1984, completándose todos los niveles del sistema.

Ya en 1978, en el acto de inauguración del curso escolar 1978-1979, *Fidel* había planteado sus criterios sobre la medicina preventiva como política del socialismo contra la del capitalismo, que es curativa. También señaló en aquella oportunidad: “Los hombres y mujeres de mejor calidad humana han de estar en este frente”, al referirse a las motivaciones que deben regir la conducta del personal de la salud.

En esa misma década, en la segunda mitad, se produjo el encuentro entre médicos y filósofos para debatir diferentes problemáticas relacionadas con los problemas filosóficos en la medicina cuyas exposiciones fueron publicadas con el genérico de *Coloquios*, lo que significó un importante paso en el desarrollo del pensamiento médico.

Algunos profesionales han realizado importantes trabajos; pero es insuficiente, a nuestro entender, la producción teórica, dada la cantidad de problemas que ocasiona el propio desarrollo de la medicina influenciada por la Revolución Científico-Técnica, reflejada en los medios terapéuticos, los potentes fármacos, los instrumentos de laboratorios, las técnicas modernas de diagnóstico, la informática y la reacción de los individuos, sujetos de salud, ante esto.

Resulta contradictorio que nuestro país, que ha logrado avances tan importantes en el campo de la salud, no tenga una actividad más destacada en la producción teórica en las nuevas condiciones que vive el mundo. Profesionales con nivel científico y experiencia existen. ¿Qué ha ocurrido? Sería interesante profundizar en el estudio de este asunto.

En el año 90 surgió el Grupo Ateneo “Juan César García” bajo los auspicios de la Sociedad Cubana de Administración de Salud y la Oficina Panamericana de la Salud, que propicia el debate de temas relacionados de la Medicina Social

En América Latina hay, sin embargo, un grupo de pensadores que han aportado ideas importantes con relación a los reales problemas que afronta la salud y la práctica médica.

La existencia de diferentes corrientes ideológicas que van desde el positivismo hasta el neohipocratismo, pasando por el pragmatismo, la ecología social, la medicalización, la desmedicalización, el neomalthusianismo y otras, manifiestan su influencia de distintos modos y enfoques del proceso salud-enfermedad.

Aunque el desarrollo capitalista condicionó el surgimiento del enfoque social de los problemas de salud y la atención sanitaria, el propio movimiento del Sistema basado en la producción de mercancías determinó la agudización de las contradicciones clasistas y la conversión al conservadurismo de la clase burguesa; una vez conquistada la hegemonía social se hace necesario mantener su poder; al mismo tiempo aparecían nuevos descubrimientos científicos en el



siglo XIX como los de *Koch* y *Pasteur*, aparece entonces la necesidad del replanteo conceptual del proceso salud-enfermedad acorde a los intereses de la clase dominante.

La nueva explicación de corte positivista enfocaba, de modo múltiple, las causas de las enfermedades, sin embargo, el interés principal no era precisar las causas del problema sino los factores que pudieran ser combatidos con métodos propios de la medicina curativa. Así aparece el *Modelo de la Historia Natural de la Enfermedad* de *Leavell* y *Clark*, que se pronunciaba por la solución de los problemas a través de un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno. Este enfoque soslayaba el hecho de que en las sociedades capitalistas la atención médica tiene un carácter clasista; la mayoría de la población no tiene garantizada la seguridad social y los grupos que detentan el poder son los destinatarios de los servicios de salud de mejor calidad.

Este modelo trata de evitar el desequilibrio entre el agente, el huésped y el medio ambiente, con el objeto de aplicar medidas que resuelvan el problema dentro del marco establecido por el propio sistema social capitalista. Se basa en 3 aspectos interrelacionados con un determinado equilibrio ecológico: agente, huésped y medio ambiente, que conforman el período prepatogénico o preclínico, y el período patogénico o clínico. El segundo se caracteriza por el rompimiento del equilibrio, se produce el ataque del agente sobre el huésped y éste pasa al estado de enfermedad. Esta etapa clínica puede terminar de diferentes modos.

El análisis de la etapa preclínica o prepatogénica incluye elementos socioeconómicos como parte del medio ambiente, pero sin una adecuada jerarquización. El reduccionismo y el biologicismo están presente en esta concepción.

La relación entre lo biológico y lo social constituye un aspecto metodológico central de las ciencias médicas y la salud pública en el estudio y análisis del proceso salud-enfermedad. Esta última concebida como la alteración de algún órgano o sistema del organismo humano tiende a convertirse en algo independiente del ser humano, por tanto se torna no histórica, abstracta. Se convierte en entidad nosológica.

“La entidad nosológica -como expresa el doctor *Rodríguez Rivera*- es un proceso patológico en el sentido más amplio de la palabra perfectamente definible, identificable y clasificable”.

El análisis que seguidamente realiza el autor sobre el particular, revela que se trata de un paradigma cuya influencia se refleja en el encasillamiento del paciente en una determinada entidad nosológica mediante el diagnóstico sin que intervenga en lo más mínimo el análisis de los factores sociales, lo que lejos de ser una posición científica, como cree la mayoría, los conduce a posiciones reduccionistas, ya que la entidad nosológica es una abstracción que incluye síntomas y signos, que en cada paciente puede adoptar diferentes manifestaciones y donde pueden existir condicionamientos también diferentes. Expone diferentes ejemplos de pacientes que presentan un cuadro atípico y que al no poder clasificarlos son enviados al psiquiatra, al psicólogo o a otro especialista.

Los paradigmas, como modos de pensar de una determinada comunidad científica, orientan la conducta de ésta. En ellos inciden tanto el pensamiento científico como los factores sociales.

El reducir los problemas de salud a procesos naturales conduce al paradigma biomédico.

Llama la atención el hecho de que en nuestro sistema de salud sigue primando el criterio etiológico como causa de la enfermedad -como señala *Rodríguez Rivera*.

Aun cuando no existe un resultado, fruto de una investigación que avale este criterio, si se conocen hechos que deben mover a la reflexión, por ejemplo, en el Municipio Boyeros, la segunda causa de quejas de la población, recogida en las Asambleas de Rendición de Cuentas, es con relación a los servicios de salud.

En una investigación realizada por el Dpto. de Filosofía de la Facultad "Salvador Allende" en la segunda mitad de la década de los 80 se constató en 1 de sus resultados -con el título: La religiosidad y la salud en Cuba-, que la primera causa de asistencia a las instituciones religiosas, peregrinación al Rincón el 17 de diciembre y otras prácticas, es precisamente la salud.

Independientemente de que ésta resulta una de las mayores aspiraciones del ser humano no deja de ser llamativo el hecho.

El cambio de paradigmas tiene grandes implicaciones, es un proceso complejo que abarca a toda la sociedad, no sólo a la comunidad científica. Requiere de un replanteo de las concepciones que fundamentan el pensamiento y la práctica médica.

La comprensión de la esencia social del hombre de su verdadera dimensión humana expresada en su manifestación ética, es un factor indispensable. Pero en los tiempos que corren lograr ese paradigma médico-social requiere de una ética que se corresponda con el momento que vive la humanidad; la extensión de la ética revolucionaria al quehacer profesional, en un nuevo paradigma.

Pero lograr esto lleva implícito cambiar las concepciones de las masas. Resulta interesante una idea expresada por *Jaime Breilh* acerca de las concepciones sobre la enfermedad y la determinación de la salud se forman en la práctica cotidiana de la gente común, en la práctica popular empírica, en las instituciones de salud, como expresión de la práctica técnico-profesional, que sistematiza la experiencia social y constituye, a la vez, metodología y principios teóricos que sirven de base a la práctica científica. Todas estas formas subsisten y a veces predominan las menos avanzadas.

En este proceso intervienen tanto los factores materiales como los espirituales a través de los valores.

Los fenómenos valorativos constituyen elementos de la cultura y como determinaciones espirituales son la expresión concentrada de las relaciones sociales. La relación valorativa es uno de los modos en que los hombres asimilan la realidad. De ello se desprende que el modelo para la formación del profesional de la salud es uno de los pilares fundamentales en la creación de nuevas mentalidades y enfoques. El enfoque biólogoista orienta una práctica individualista curativa y hospitalaria y limita la aplicación de la concepción de la medicina preventiva.

El papel del docente en este proceso no admite dudas, en la medida en que éste comprenda la integración de los aspectos sociales, epidemiológicos y clínicos

que expliquen el surgimiento, distribución y frecuencia de las enfermedades podrá organizarse una fuerza que pueda enfrentar y resolver, con los demás sujetos de salud, los problemas individuales, familiares y comunitarios.

El cambio de estilos de vida constituye otro aspecto importante en este propósito, forma parte de la estrategia de Salud para Todos en el año 2000. Los objetivos, propósitos y directrices para este año trazados por el MINSAP a partir de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Atá, en septiembre de 1978, organizada por la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) contienen una proyección muy clara de la política de salud en el país.

La distribución de recursos en la esfera de la salud es un problema de los más acuciantes en la actualidad, vinculado directamente a la política de salud que sigue cada país. El alto costo de las tecnologías para el equipamiento de los centros asistenciales y de rehabilitación, la elevación del nivel tecnicocientífico de los profesionales y del personal paramédico y auxiliar sumado a las mayores exigencias de la gente que, con mejor información, es más exigente en sus derechos, complican extraordinariamente el panorama de los servicios de salud.

Pero si la concepción del problema se basa en la comprensión de la responsabilidad del Estado en esta esfera, entonces la solución de los problemas está garantizada. Sin embargo, ésta no es la realidad para la mayor parte de los pueblos subdesarrollados y aun para cierta parte de la población de los desarrollados.

La política neoliberal ha ocasionado que la tercera parte de población en América Latina se vea privada de acceso a los servicios de salud; de los 190 000 000 de pobres, la mitad está en indigencia. Ya a fines de la década de los 80 había en América Latina 183 000 000 de personas en la pobreza, de ellos 88 000 000 eran indigentes.

En los países desarrollados las minorías étnicas se encuentran en franca desventaja con relación de origen. En el Informe Anual de UNICEF, Estado Mundial de la Infancia de 1994 aparece el artículo siguiente: "Estados Unidos: ¿un nuevo trato para la infancia?"; en el cual se señala que a pesar del crecimiento económico de un 20 % (en la economía) en la década de los 80, unos cuatro millones más de niñas y niños estadounidenses engrosaron las filas de la pobreza durante ese mismo período. En total 1 de cada 5 niños y jóvenes vive por debajo del límite de pobreza, una proporción 2 veces más alta que en cualquier otro país industrializado, además de que 8 000 000 de niños no reciben atención de salud.

La mortalidad infantil es de 8 por cada 1 000 nacidos vivos entre la población norteamericana blanca, sin embargo, en la población negra se eleva a 18 por cada 1 000, por encima de la tasa de Cuba. El Presidente Clinton comentaba: "corremos el riesgo de dividirnos en dos países: uno, de los privilegios primer mundistas y otro, de privaciones tercermundistas".

El más reciente conflicto entre el Ejecutivo y el Legislativo en el Gobierno Norteamericano por la reducción del déficit fiscal, puede terminar con el recorte de 270 000 millones en los próximos 7 años al programa *Medicare* que pro-

ve de asistencia sanitaria a los pobres y jubilados de ese país, sin embargo, los médicos serán menos afectados en la reducción de gastos.

## CONTENIDO DE LA IDEOLOGÍA EN LA MEDICINA

Uno de los elementos utilizados por los organismos internacionales y por los gobiernos de cada país para trazar las políticas de salud son los **indicadores ídem**.

Tradicionalmente se han utilizado los de mortalidad y los de morbilidad, también la esperanza de vida y en los últimos 5 años apareció el **índice de desarrollo humano** que, a pesar de ser imperfecto puede enmascarar realidades que no expresan las cifras, constituye un avance en relación a los indicadores establecidos anteriormente por cuanto concibe el desarrollo en función del bienestar humano, expresión de la tendencia observada en las reuniones y organismos internacionales a tener cada vez más en cuenta los problemas cruciales para el individuo de la década de los 90, entre los cuales se encuentra la salud, en unos casos, la mayoría, por el creciente empuje del movimiento que se produce en los pueblos por la conquista de sus derechos y en otros por la comprensión del problema que tienen determinados estadistas y científicos del mundo.

Se ha criticado por parte de algunos especialistas, incluso los de la OMS, el medir el nivel de salud por los indicadores de la morbilidad y la mortalidad ya que tener menos enfermos y más recursos médicos-sanitarios, no indica, necesariamente que sea una sociedad más sana.

El estudio sobre la mortalidad de los últimos trienios en Cuba, presentado a la OPS en la década de los 80, muestra el cambio ocurrido en el cuadro de salud en los últimos 20 años, a tenor de los cambios políticos y económicos ocurridos en este período, reflejados en las transformaciones nutricionales y culturales, lo que unido a una red de servicios accesibles a toda la población constituyen una prueba irrefutable de que sin las transformaciones económico-sociales estructurales que mejoren el nivel, la calidad y el estilo de vida, no hay posibilidad de una real mejoría en el estado de salud de la población.

El estado de salud de la población es una categoría de la higiene social que expresa de forma sintética para un momento histórico concreto el nivel alcanzado en la relación del hombre con la naturaleza y entre los propios hombres, respecto a su salud en el plano físico, mental y social.

El estado de salud tiene carácter multifactorial, por lo que resulta imprescindible agrupar la información en particular en problemas de distinta índole a los que se le denomina componentes del estado de salud de la población, que a su vez se expresan en indicadores numéricos.

Estos problemas son los siguientes:

1. Estado y dinámica de los procesos demográficos. Migraciones, fecundidad y mortalidad, crecimiento de la población y otros indicadores de su número y movimiento.

2. Nivel y carácter de la morbilidad e invalidez de la población.
3. Crecimiento y desarrollo físico, funcional y psicológico de la población.

La importancia de los indicadores, se explica por los especialistas al respecto, radica en que sus conocimientos permite organizar adecuadamente los servicios de salud.

La mortalidad al igual que la natalidad constituyen 2 indicadores fundamentales para conocer la dinámica de la población.

La morbilidad, definida como el conjunto de enfermedades, traumatismos y secuelas, incapacidades y otras alteraciones de la salud diagnosticadas o detectadas en la población durante el intervalo determinado.

Al igual que la mortalidad, el conocimiento de la morbilidad es un factor fundamental en cualquier momento del desarrollo de un sistema de salud. La morbilidad tiene 3 factores: los problemas orgánicos, psíquicos y sociales.

Lo ideal sería poder medir la salud directamente y no a través de índices negativos, pero aún así estos indicadores constituyen una valiosa fuente de información para la determinación de las políticas de salud y la administración de los recursos.

¿Qué inconvenientes tiene la medición de estos índices?

Por un lado el análisis de estos indicadores no ofrecen, en el caso de la mortalidad, la causa básica de la defunción, en tanto desconocen otras condiciones que muy pocas veces se registran, como ocurre generalmente con las enfermedades infectocontagiosas. ¿Qué hay detrás del dato de una mortalidad de 150 por cada 1 000 nacidos vivos?, ¿solamente se debe a la incidencia de enfermedades diarreicas agudas, al sarampión o a la fiebre tifoidea?, ¿se resuelve el problema con la aplicación de una vacuna?, y, ¿cómo viven esos niños?, ¿tienen agua corriente, servicio sanitario?, ¿se alimentan bien?

El problema de la nutrición, que es 1 de los más acuciantes en el mundo, y específicamente en América Latina, donde la distribución de los recursos acusa una gran desigualdad, se señala en este trabajo.

Es conocido el dramático llamamiento del Jefe de la Revolución Cubana ante la VII Cumbre de los No Alineados, efectuada en Nueva Delhi cuando señalaba el problema del hambre en el mundo; sin embargo, ésta no figura en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Pero hay más, en los países capitalistas se ofrecen cifras globales de morbilidad y mortalidad, no obstante, las diferencias entre las clases sociales puede apreciarse si observamos por separado los índices de la población autóctona y la de las minorías étnicas; según informe de la OMS la tasa de muerte por tuberculosis es 5 veces mayor en esas minorías que en los blancos; la mortalidad, total 42,4 % mayor.

En un estudio realizado en EE.UU. en la década de los 70 ya se planteaba por sus autores:

"...Después de la adolescencia, la mortalidad está más relacionada con la organización capitalista que con la organización médica. Una conclusión general es

que en un gran componente de la patología física y muerte del adulto no deben ser considerados actos de Dios ni de nuestros genes, sino una medida de la tragedia causada por nuestra actual organización económica y social."

En la obtención de los datos, ya sean los de morbilidad o mortalidad es preciso definir el aspecto subjetivo de estos indicadores que se expresan en varios aspectos: ¿qué se investiga?, ¿hasta qué profundidad buscan información?, ¿cómo lograr la armonía entre la necesidad de obtención de datos y los recursos existentes para desarrollar la salud?

Estos datos sin las investigaciones de salud son incompletos, así como los datos demográficos, el medio, etc.; pero lo más importante, lo determinante, son las políticas de salud que han llevado en los últimos 50 años a que las propias agencias especializadas hayan variado el lenguaje y la valoración que sobre los indicadores existían.

La muerte misma no puede ser evitada, sin embargo, se le puede postergar. La importancia para la salud pública de este hecho ha motivado, desde antaño el desarrollo de medidas para el análisis de las estadísticas de mortalidad, tradicionalmente una de las principales herramientas de los planificadores y los administradores de salud pública para evaluar el estado de salud, definir prioridades y asignar recursos y para la vigilancia de problemas de salud específicos.

Las estadísticas de mortalidad reflejan una historia muy incompleta de la enfermedad y del sufrimiento, y menos aún de los factores determinantes de la mala salud individuales y sociales, se están dedicando mayores esfuerzos al desarrollo de indicadores basados en las estadísticas de mortalidad, reconociendo de ese modo que la información potencial sobre el estado de salud que se extrae de los datos de mortalidad dista mucho de estar agotada. Las tasas de mortalidad específicas por sexo, edad, causa, lugar de residencia y otras características sociales y económicas de la persona fallecida continúan siendo la piedra angular de esta información, las tasas de mortalidad brutas y ajustadas (estandarizadas) por edad, sin embargo, comparten la principal deficiencia de estar dominadas por la mortalidad en edad avanzada que es cuando ocurren.

Se hace necesario tomar medidas para que, al mismo tiempo que se evalúe el impacto de la mortalidad en su totalidad, se reflejen mejor los cambios en aquellos problemas que cobran vidas a una edad temprana y destaquen los grupos de edad en que este impacto es mayor, ya que en muchos casos no resulta así; además de que en ocasiones la presentación de los resultados se centra en los indicadores y no en la situación de los países elegidos.

Cuando se analicen los indicadores de las tasas de mortalidad una aplicación importante sería su uso para destacar las diferencias y desigualdades dentro de un país.

Las estadísticas de la mortalidad en su forma usual se refieren únicamente a la causa básica de defunción y, por tanto, tienden a subestimar ciertas condiciones que rara vez se registran como tal, como es el caso, entre otros, de la malnutrición. Es por ello que hay que diferenciar cuándo la mortalidad se produce a causa de enfermedades prevenibles por inmunización o por enfermedades infecciosas intestinales, lo que transmite un mensaje más global acerca de las condiciones generales de vida y de salud prevalecientes.

No debemos olvidar que una mortalidad baja no es sinónimo de buena salud. Las miras de la salud pública no están o no deberían estar, limitadas a prolongar la vida; deben aspirar a hacerla mejor.

En un artículo titulado "Mortalidad según criterios de evitabilidad. Cuba", realizado con el apoyo del Programa de Subvenciones para Investigación de la OPS/OMS y presentado en la reunión regional sobre Guías y Procedimientos para el análisis de la mortalidad realizado en Washington D.C. del 22 al 26 de febrero de 1988, se analiza la mortalidad según el criterio de evitabilidad de la muerte. Este criterio se define de acuerdo con el conocimiento científico actual y los progresos médicos alcanzados.

Está demostrado que el control de los factores de riesgo, el cambio de hábitos nocivos para la salud y otras medidas preventivas son capaces de disminuir o evitar enfermedades crónicas o degenerativas y prolongar la vida socialmente activa del ser humano.

Nuestro análisis parte de dividir las muertes en evitables o no evitables y la formación de 4 grupos con las muertes evitables según las medidas que se apliquen para evitarlas.

Pocos indicadores globales podrían sintetizar mejor que estas cifras lo que significan las transformaciones sociales y dentro de ellas, la atención a la salud de la población.

Si tomamos en cuenta varios de estos indicadores es posible observar la influencia de la ideología en ellos, por ejemplo: la cobertura de la Atención Primaria de Salud (APS) y su comportamiento. (Informe de vigilancia de las estrategias de la OPS/OMS sobre el año 1994).

"Por cobertura de APS [de acuerdo al Informe] se entiende como tal el porcentaje de la población o de hogares que dispone al mismo tiempo de agua potable y saneamiento básico, atención prenatal del parto, de crecimiento y desarrollo, planificación familiar, cobertura de inmunización completa antes del primer año de vida contra las enfermedades inmunoprevenibles, acceso a servicios, tratamiento y medicamentos esenciales para enfermedades comunes y traumatismos."

El informe reconoce expresamente lo siguiente: "Con cobertura casi completa (95 %) están sólo 8 países, Bahamas, Barbados, Canadá, Costa Rica, Cuba, Estados Unidos de América, Trinidad Tobago y Uruguay". El resto, 23 países, no pueden exhibir tan alto tanto por ciento de cobertura.

En otras palabras, ¿Qué significan estos datos?

Bahamas, Barbados, Costa Rica, Trinidad Tobago y Uruguay, cuando más, llegan al 95 % y en conjunto, agrupan una población ascendente a 8 454 000 habitantes, mientras que Cuba cuenta con 11 000 000 de habitantes. En nuestro caso hay 100 % de cobertura de salud y en el caso del conjunto de estos países habría (de acuerdo a los datos) medio millón de personas sin ninguna cobertura (0 %), tantos como la población total en conjunto de Bahamas y Barbados. El resto de los países (23 en total) abarcan una población en conjunto ascendente a 392 757 400 personas y entre estos países se destacan Bolivia, Guatemala, Honduras y Perú, cuyos niveles de cobertura son inferiores al

50 %, o sea, con 23 842 000 personas tanto en su conjunto como si casi la población de Canadá estuviera sin ningún tipo de atención primaria de salud.

Cuando sabemos lo que esto significa además con respecto a hábitad, desarrollo, empleo laboral y otros, entonces la correlación de datos nos ofrece una panorámica más trágica de la calidad de vida en nuestra América ya a comienzos del siglo XXI.

Como ya se ha señalado anteriormente las políticas neoliberales repercuten en los indicadores de salud.

Un reflejo preciso de esta situación se observa a través de lo que se expresa a continuación:

- En Nicaragua el gasto de salud disminuyó del 4,8 % del PIB en 1982 al 2,7 % en 1991. Igualmente entre 1990 y 1991 disminuyó la producción de servicios médicos (consultas médicas, odontológicas, egresos, controles, exámenes).
- En el Ecuador la falta de recursos implicó serios problemas en el plan de vacunación, deterioro de los servicios de saneamiento, aumento de la rabia urbana y suspensión del apoyo para el Programa de lucha contra la malaria.
- En República Dominicana se confrontan problemas para el suministro de las sales de rehidratación oral (SRO), de medicamentos para las enfermedades respiratorias agudas y de vacunas para perros.

Varios países han vivido serias crisis hospitalarias por los cortes presupuestarios, tales son los casos de Perú, Panamá, Argentina y Colombia.

En 1994 había un total de 1 364 000 médicos en las Américas, de ellos 684 000 en América Latina y el Caribe con 35 países abarcando esta área geográfica. De este total 53 000 médicos corresponden a Cuba, un 90 % del total de médicos en América Latina pertenecen a nuestro país de 11 000 000 de habitantes y el resto dividido entre 34 países tendrían que corresponder supuestamente a 469 000 000 de habitantes.

La proporción entre médicos y técnicos de salud, también es un indicador que nos muestra que aún la cifra anterior encierra un indicador falso en cuanto a nivel de acceso, pues el ejercicio de medicina privada no garantiza su disponibilidad para todos los que necesitan de su concurso.

Así, América Latina y el Caribe declaraba 340 000 enfermeros en total, de ellos 69 000 cubanos por lo cual la promoción médico-enfermeros en el resto de los 35 países en conjunto es de poco más de dos médicos por un enfermero.

Mientras que en Cuba todas las personas tienen garantizado el acceso a los servicios de salud, aún hoy día 104 000 000 de personas en América Latina y el Caribe no tienen garantía de ningún acceso a personal médico, o sea, 1 de cada 4 personas de nuestra América está ante esta difícil situación. Cuestión que demuestra lo que pueden hacer las políticas de salud para disminuir el número de muertes que se pueden evitar según la clasificación presentada por nuestro país.

Otro aspecto que requiere análisis es la relación médico-paciente.

La interacción entre médico-paciente aún es el núcleo de la medicina. Ambos son sujetos historicosociales, en el primer caso, su formación está sujeta a exigencias sociales y del sector de salud.



Como relación interpersonal -expresión singular de las relaciones sociales- la relación médico-paciente responde a las condiciones y características objetivas y subjetivas de cada país, a sus tradiciones en general y a la ética médica en particular.

En la relación con el médico, la fundamental puerta de entrada al Sistema de Salud y el más poderoso factor de la imagen que sobre este Sistema se cree, la insatisfacción de la población en su relación con él y el personal de salud en general implica insatisfacción con los servicios de salud y es sinónimo de fracaso de estos servicios.

La ética médica se ocupa de fijar los principios de conducta profesional en la medicina y comporta obligaciones del médico para con el paciente, así como con respecto a los demás médicos. Entendido como médicos, en forma general, todos los profesionales de la salud.

En cada momento los códigos que regulan esta relación médico-paciente cambian, no son eternos, ya que responden a los intereses de clases y a la formación socioeconómica vigente, dependen del modo de producción y pertenecen a la superestructura donde prevalecen los principios de la clase dominante.

Es así que podemos destacar que el legado más importante de la Historia Antigua es el “Juramento Hipocrático”, formulación que data de unos 400 años a.n.e. y que mantienen principios vigentes actualmente. No fue el primero de los códigos de conducta para los médicos y desde entonces muchos más se han establecido, pero tiene el gran valor de ser el más conocido y el que sentó cátedra para las generaciones posteriores. En su contenido se definen principios generales relacionados con la profesión como son: la fidelidad, la solidaridad y la honradez, aunque también manifiesta rasgos que reflejan las características de la época y del régimen socioeconómico vigente en dicho período histórico, así el elitismo de clase y al autoritarismo profesional.

Es importante destacar que cada persona es igual a las demás (pertenecen a la misma especie) pero es a la vez diferente. Únanse la variabilidad genética, variabilidad social, el carácter, la inteligencia, la constitución física, los diferentes modos de actuar de un mismo agente casual, el estado de la inmunidad natural en un momento dado, así como la respuesta física y psíquica a la enfermedad -además de otros factores no bien conocidos aún- y se comprenderá que al enfrentar a un enfermo lo hacemos ante una situación nueva, peculiar, nunca vista antes.

El enfermo y su afección deben ser comprendidos al final de una manera científica y humana. Y aunque a veces se contraponen lo científico a lo humano en el quehacer clínico, ambos enfoques o modos de actuar deben superponerse hasta casi ser equivalentes pues la relación con el paciente tiene un basamento científico tan fuerte como su observación objetiva y es, además, imprescindible para esta observación.

La práctica médica actual está fuertemente influenciada por la Revolución Científico-Técnica ocurrida después de la II Guerra Mundial. Son 4 los logros básicos de la ciencia en relación con la medicina:

1. Enorme y acelerado crecimiento de los conocimientos médicos.
2. Introducción de numerosos y potentes fármacos en el tratamiento de las enfermedades y otras condiciones o trastornos.

3. Introducción de numerosas, valiosas y complejas técnicas de laboratorio, imagenológicas y otras.
4. Desarrollo de la informática, las estadísticas y la introducción del uso de las computadoras.

Estos avances, obviamente han traído un marcado reforzamiento -para algunos casi una victoria- reduccionista en la práctica médica, actuando sensiblemente en contra del enfoque holístico, integral o social. Este enfoque puramente biológico al decir de *Hoffman*, se parece a la medicina veterinaria porque estudia al *Homo* pero excluye al *sapiens*.

Si predomina el enfoque biólogo y de la práctica médica curativa individual y hospitalaria se estimula a estudiar especialidades que fragmentan cada vez más el cuerpo humano sin que se alcance la visión integral del organismo. Se desintegra al organismo y se buscan por separado las alteraciones anatómicas y fisiológicas que aparecen en los distintos sistemas, aparatos y órganos. Ese médico está preparado para enfrentar a un sujeto histórico, separado de su realidad social; se fragmenta también de esta manera la responsabilidad ante el paciente.

Otros desarrollos técnicos han tenido también impacto en la práctica clínica, como son la epidemiología y la farmacología clínica y el crecimiento de la medicina extrahospitalaria y de una manera también importante determinados logros en los aspectos preventivos y sociales.

No hay dudas de que en aquellos países en que se han logrado estos avances han tenido lugar cambios en la morbilidad y en la mortalidad, y un aumento importante en la esperanza de vida. Pero aquí han coincidido con los avances médicos, cambios socioeconómicos favorables, por lo que muchos de los logros atribuidos a la medicina no son tales.

En la relación médico-paciente hay otra cuestión importante de analizar. El médico se cree todopoderoso dado el conocimiento que tiene y esto refuerza la autoridad ante el paciente, el cual debe subordinarse a él, al igual que asume un papel hegemónico respecto al resto de los trabajadores de la salud (enfermeras, laboratoristas, estomatólogos).

Es fundamental por tanto, que adquiera conciencia -en su formación- de ser un individuo con una práctica históricamente determinada, al igual que sus pacientes, de lo contrario su trabajo no logrará su objetivo ya que la deshumanización, la indiferencia, el individualismo son manifestaciones del sistema de valores que prevalecen en la sociedad capitalista.

Esta relación desde siempre, pero sobre todo desde que la medicina pasó a ser una actividad docta, licenciada y finalmente profesionalizada se rigió por una actitud paternalista.

Al temer el abuso y el intenso rechazo a toda actividad impositiva ha fomentado un modelo alternativo: el contractual técnico (donde médico y paciente se consideran igualmente competentes para pactar una relación que especifica los servicios, beneficios, costos y riesgos en que cada parte incurre: autonomía del paciente).

Un modelo más desarrollado es el dialógico que se ciñe a los cánones éticos de la comunicación.

La experiencia médica ratifica que la calidad y eficiencia del encuentro clínico se acrecienta mientras más interpersonal sea la relación médico-paciente.

Queremos reproducir a continuación un significativo texto de principios del siglo XIX (*Alibert*, 1803) que alude a estos principios de la escuela hipocrática y que se enseñaba a los estudiantes de la Facultad de Medicina de Salamanca:

"Esté penetrado de respeto hacia el carácter sagrado de la desdicha y muéstrese compasivo y generoso. Para conocer a un desdichado, por lo general más se necesita un buen corazón que un buen ingenio. Aplique un bálsamo consolador a las llagas del alma, que tan lentamente cicatrizan. Procure a lo menos, enjugar las lágrimas cuando no pueda estancarlas."

Por último se habla de Reformas de Salud en América Latina; luego de los embates neoliberales que han polarizado la riqueza y la pobreza, ¿cuáles serían las bases de esa Reforma? El Banco Mundial en su informe "Invertir en Salud", expresa:

1. Vamos a privatizar todo servicio de salud no básico.
2. Descentralización de los servicios de salud.
3. Localización de los problemas. Es decir, buscar los sectores de población más necesitados para ofrecer una canasta básica de atención que daría el estado.

Últimamente se habla del concepto equidad; la OPS plantea la necesidad de transformar la salud con equidad, pero: ¿Puede haber justicia sanitaria sin justicia social?

## CONCLUSIONES

La ideologización del pensamiento y la práctica médicas constituyen un fenómeno de carácter histórico concreto, por cuanto el sistema de relaciones sociales y los factores de índole espiritual, expresados en un determinado sistema de valores condicionan las características del pensamiento y la práctica médicas, lo que se manifiesta en las concepciones sobre el proceso salud-enfermedad, en su problema metodológico central, la relación entre lo biológico y lo social, las políticas de salud, la utilización de los indicadores de salud, la relación médico-paciente, la formación de recursos humanos, las políticas científicas, etc.

La medicina social tiene un importantísimo papel en la comprensión de que los graves problemas que afronta el mundo en el terreno de la salud pueden resolverse con la acción conjunta de las instituciones y profesionales de salud y el trabajo de la comunidad para tratar de cambiar los viejos paradigmas por

otros donde se enfoque el problema sanitario desde una perspectiva integradora, tomando como base la esencia social del hombre.

La influencia de los aspectos estructurales de la conciencia social en su interacción con la práctica social en la promoción y prevención así como en la curación y rehabilitación de la salud se explican en el hecho de que los diferentes sujetos de salud están ideológicamente orientados, lo cual no resulta evidente en el análisis de estos problemas, tal como ocurre en los indicadores de salud, los cuales emplean un lenguaje abstracto, conceptual, para reflejar el estado de salud en cifras, tras lo cual ocultan las verdaderas causas de las enfermedades y los verdaderos objetivos de la actividad. Estas cifras globales esconden desigualdades e injusticias sociales, de ahí que resulte tan importante garantizar la justicia social para garantizar realmente la justicia en salud.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Boletín Epidemiológico OPS vol. 10 N° 2/1989.  
Breilh J. Deterioro de la vida y la salud - OPS.  
Castro RF. La historia me absolverá. Edit. por la Comisión de Orientación Revolucionaria, La Habana, 1973.  
López PC. El índice de Desarrollo Humano. Revista Ateneo. J.C. García, Vol 2, No. 1, Ene-Mar/94.  
Marx C, Engels F. La ideología Alemana, Selección de textos del MINFAR en 3 tomos, T-2. Pp. 152-155.  
Narey B y Aldereguía J. Medicina Social y Salud Pública en Cuba. Edit. Pueblo y Educación.  
Narey B, Aldereguía J. La Medicina Social y la Salud Pública en Cuba, Edit. Pueblo y Educación.  
Pérez CM. La Bioética. Edit. por ISCM-H.  
Pérez CM. Ideología e Ideologización, mat. editado ISCM-H.  
Periódico Tribuna Médica - Nov. 6-12/ 1995 Barcelona.  
Rodríguez RL. La entidad nosológica, ¿Un paradigma? Problemas filosóficos de la medicina. ISCM-H. tomo 3.  
Rodríguez RL. Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud. Filosofía y Medicina. Edit. Ciencias Sociales. La Habana 1987.  
Rodríguez RL. La práctica clínica actual y el legado humanitario hipocrático. ¿dónde fallamos? (conferencia).  
Rodríguez UZ. Filosofía, ciencia y valor. Edit. Ciencias Sociales, La Habana, 1982.  
Rodríguez UZ. Filosofía, ciencia y valor. Edit. Ciencias Sociales, La Habana 1982, Cap. 1.  
Rojas O Fco y García MN. Informe sobre la mortalidad en Cuba en tres décadas. Biblioteca Nacional de Ciencias Médicas.  
Rojas O Fco. Revista Ateneo JC García. Vol 1 Oct-Dic. de 1993  
Rojas SR. Crisis, Salud, Enfermedad y Práctica Médica. Edit. Grialbo, México.  
Ruiz A. Carlos Marx y la ideología, Marx y la contemporaneidad, en 3 tomos, T-2, E. C. Sociales. La Habana 1987: 200.

# Los conceptos dolor, sufrimiento y felicidad

*Lic. Aimeé Menéndez Laria y Lic. E. Pomares Bory*

## INTRODUCCIÓN

El hombre vive y actúa movido por el interés de satisfacer sus necesidades, desde las más simples y elementales que garantizan su existencia, hasta las más complejas de carácter espiritual. Pero unido a la satisfacción de sus necesidades y con el objetivo de orientar y organizar su vida el hombre plantea problemas en la medida en que interactúa con el resto de la sociedad y así surgen interrogantes sobre cómo vivir, cuál es el sentido de la vida e incluso, sobre si vale la pena o no vivir. Todas estas cuestiones están determinadas por la limitación histórica de nuestras vidas, el afán humano de encontrar la felicidad o el padecimiento de dolores y sufrimientos asociados a problemas de salud o a aspectos relacionados con la esfera afectiva y emotiva.

Aquéllos que en nuestros días meditan seriamente sobre problemas que tienen lugar en la vida humana no pueden darle la espalda a la necesidad de humanizar su existencia. Este asunto es interpretado de diferentes maneras por las distintas concepciones del mundo y adquieren una especial significación, sobre todo para aquellos profesionales que de una u otra forma velan por el bienestar del hombre.

Los aspectos relacionados con la vida, su surgimiento y fin, el goce de la felicidad o el padecimiento de dolores y sufrimientos, constituyen un contenido esencial dentro de la ética de la salud, por la significación que para los profesionales de esa rama tienen esos temas.

El mundo contemporáneo no se caracteriza solamente por el incremento del número de tecnologías que permiten intervenir en casos que en otros tiempos, carecían de esperanzas de sobrevivir. Actualmente a los cambios tecnológicos debemos añadir nuevas actitudes sociales y culturales que hacen énfasis en el individuo como protagonista de la vida.

La intervención de los profesionales de la esfera de la salud en el tratamiento de un paciente no puede quedar reducida únicamente a una recopilación de datos científicos de carácter biológico; se ha convertido en una exigencia de la época enfrentarse al individuo con una profunda comprensión de su esencia social y desde una posición realmente humanista de sus problemas.

El dolor, el sufrimiento y la felicidad siempre han estado presentes en la vida de los hombres por lo que deben colocarse en el centro de las concepciones teóricas del profesional y al lado de sus conocimientos científicos y técnicos.

El ejercicio de las profesiones de la salud tradicionalmente ha estado regido por los principios sagrados de hacer el bien y no hacer el mal, pero la vida moderna, con el impetuoso progreso científicotécnico que la caracteriza, introduce nuevas inquietudes que hacen dudar en ocasiones de los propósitos benefactores de la medicina, y exige por lo tanto la precisión de los conceptos señalados anteriormente.

## EL DOLOR. UNA VIVENCIA HUMANA

Son escasos los temas que pueden ofrecer al hombre un interés mayor que éste. Diversas escuelas filosóficas de todos los tiempos han elaborado su concepción del mundo tomando como elemento central el lugar del dolor en la vida del hombre, mostrándose al respecto más o menos pesimistas.

*Aristóteles* decía que el dolor es lo que se aleja de la condición natural de forma violenta y por tanto es ajeno a la necesidad y a los intereses del ser vivo. *F. Nietzsche* afirmaba que la vida es esencialmente dolor.<sup>1</sup>

A pesar de los múltiples intentos por definirlo de una manera precisa nos encontramos ante criterios muy diversos, que como denominador común presentan un marcado carácter unilateral.

No caben dudas de que estamos ante un concepto esencial en la práctica del profesional de la salud. Hay que considerar que el dolor es un elemento que habitualmente acompaña a las enfermedades y que llega a determinar las vivencias que de ella se tengan, por eso nuestra sociedad le concede tanta importancia al combate del dolor. Pero tanto las enfermedades como otros aspectos de la vida generan otros dolores de carácter no físico y este aspecto es el que habitualmente se olvida en los textos que con cierta frecuencia consultan nuestros especialistas.<sup>2,3</sup> Citemos algunas de estas definiciones:

"... ( el dolor ) es una experiencia emocional y sensorial desagradable asociada con daño tisular potencial o real o descrita en esos términos..."<sup>4</sup>

"... Casi todas las alteraciones del cuerpo causan dolor (...) el dolor es un mecanismo protector del cuerpo, se produce siempre que un tejido es lesionado y obliga al individuo a reaccionar en forma refleja para suprimir el estímulo doloroso ..."<sup>5</sup>

"... El dolor es una sensación causada por la actividad de estímulos de naturaleza nociva (...) el dolor es en la mayoría de los casos un mecanismo protector que avisa al individuo que los tejidos del organismo están siendo dañados o están a punto de serlo..."<sup>6</sup>

Estas definiciones adolecen de enfocar el dolor desde el punto de vista biologicista, toman en cuenta al hombre sólo como un organismo biológico y

no como ser social. Para lograr un análisis profundo del problema debemos partir de la consideración de otros aspectos, estamos en presencia de un problema complejo con múltiples aristas que adoptan toda una gama de cualidades que tipifican al dolor como una vivencia humana negativa.

El hombre sufre además de los dolores propios de las enfermedades, otros inherentes a su condición humana y que surgen por diversas causas: desde la pérdida de un ser querido o la traición hasta el fracaso, la marginación social o el sufrimiento ajeno, entre otros.<sup>7,8</sup> Queda claro que existen diferencias entre el dolor de naturaleza física y aquél que se relaciona con la vida afectiva y emotiva del hombre y al que algunos autores llaman *pena*.<sup>9</sup>

Tomando en consideración todo lo anteriormente expuesto podemos concluir con la idea de que el dolor es una alteración que afecta negativamente al hombre y que puede estar asociada a una lesión o a una experiencia emocional desfavorable.

## REFLEXIONES ACERCA DEL CONCEPTO SUFRIMIENTO

Existe una fuerte tendencia a considerar como sinónimos los conceptos de dolor y sufrimiento. En caso de establecer diferencias entre uno y otro, es muy común la idea de que el dolor es de naturaleza física y el sufrimiento de naturaleza psicológica.<sup>10</sup>

Entre ambos conceptos existen diferencias en tanto su especificidad como vivencias humanas, y por lo tanto se hace necesario precisar dichos elementos distintivos.

El dolor (de naturaleza física o no) es un concepto central dentro de las inquietudes de cualquier humanista por las consecuencias que puede acarrear para el hombre: el sufrimiento. Pero no podemos dejar de reconocer que tanto el dolor como el sufrimiento pueden existir en el hombre independientemente uno del otro.

¿Qué es el sufrimiento?; ¿Cuál es su lugar en nuestras vidas?

El sufrimiento constituye una reacción psicológica provocada por un hecho doloroso (físico o no) y de duración variable en dependencia del significado que para el sujeto tiene el hecho que lo provoca. Para que exista el sufrimiento no tiene necesariamente que estar presente el hecho doloroso, puede bastar el recuerdo de éste para que se haga realidad el sufrimiento.

En el caso de que el dolor sea físico, el sufrimiento puede ser aliviado, mitigado por analgésicos, pero si el dolor está relacionado con la vida afectiva y emotiva del sujeto su tratamiento se complica; los analgésicos no desarrollarían el efecto que se necesita y habría que utilizar otros recursos, que por su relación directa con la esfera psicológica son mucho más complejas.<sup>10,11</sup>

Se impone preguntarnos entonces, cómo evitar o disminuir los sufrimientos humanos. Esta interrogante nos la hemos hecho en algún momento de nuestras vidas, sobre todo cuando en nuestras manos está el bienestar de otros individuos.

Indudablemente, para evitar el sufrimiento o al menos atenuarlo en alguna medida, debemos actuar sobre su causa (el dolor). Pero existen ocasiones en que los hechos dolorosos son inalterables y sobre los cuales no puede actuarse directamente (por ejemplo la muerte de un ser querido ); por lo tanto, aquí se impone actuar sobre la percepción que sobre el problema tiene el individuo que sufre. Esta actuación debe ser dirigida a estimular una actitud que le permita asumir valientemente el hecho y enfrentarlo con una visión positiva de lucha, que le permita sobreponerse al sufrimiento.

No obstante, en la realidad conocemos personas que no reaccionan de esta forma y no son pocos los casos en los que, para evitar el sufrimiento, el individuo se evade de la realidad y busca salidas ideales a sus problemas, que en ocasiones lo hace asumir una actitud de resignación y hasta de estoicismo, que lo lleva a concluir que los hombres nacen para sufrir. Esta posición es característica de algunas religiones y es significativo el hecho de que si bien estimula una postura pasiva y contemplativa, también se observa cierto entrenamiento en los fieles para resumir y soportar los sufrimientos. Somos de la opinión de que el sufrimiento no es un mal necesario, ni el fruto de una maldición o castigo divino, sino un hecho más, un aspecto propio del desarrollo de la vida humana, por el que debemos transitar siempre que nos encontremos ante situaciones y problemas para cuya solución no tenemos aún la reacción propia y se impone crearla. En ese momento, en que tenemos que crear la respuesta adecuada al hecho doloroso, es el que el hombre debe demostrar poderío, su fuerza, su valor y grandeza para enfrentar la realidad con optimismo y así ganarle la batalla al sufrimiento.

## LA FELICIDAD. QUIMERA O REALIDAD

¿Qué fenómeno raro es éste cuya búsqueda nos lleva casi toda la vida?; ¿cuál es el criterio supremo de felicidad como meta genuinamente humana?

Nuestro José Martí decía: "... La felicidad existe sobre la tierra y se la conquista con el ejercicio prudente de la razón, el conocimiento de la armonía del Universo y la práctica constante de la generosidad ...".<sup>12</sup>

Sin embargo, *Inmanuel Kant* afirmaba que la felicidad resulta el ideal de un estado o condición inalcanzable, concepto en un mundo sobrenatural y por intervención de un principio omnipotente.<sup>13</sup>

Estamos en presencia de un tema muy complejo y contradictorio en el que encontramos las más disímiles opiniones.

La más común de sus acepciones es la que la concibe como un estado de ánimo en la posesión de un bien y, en otro orden de cosas, la mayoría de las personas coinciden en ciertos criterios a la hora de definir si son o no felices. Por ejemplo: tener las necesidades materiales resueltas, satisfacción de las necesidades espirituales, correspondencia en el amor, realización profesional y personal, tener una familia sólida, no ser discriminado por causa alguna, y otros.



Hasta aquí todos los aspectos en los cuales nos basamos para definir el concepto felicidad son externos al individuo, le son dados. Por lo general, tendemos a buscar la felicidad fuera de nosotros y así equivocamos el camino.

Hay quienes afirman que ser feliz es alcanzar un estado de "gracia", de placer absoluto por encima de todos los problemas que puedan rodear al ser humano. Y no faltan quienes defienden la idea de que la felicidad tiene un condicionamiento genético, dándole carácter innato y fatalista al problema. Dicen los seguidores del *Ayurveda* que la felicidad es una cualidad inherente a la mente humana, pero que está cubierta por capas de conciencia adormecida. Las personas que han sido tocadas directamente por la dicha sienten que de pronto han sido expuestas a la vida como en realidad es. Es el despertar del propio ser.<sup>14</sup>

A nuestro entender la felicidad está en saber enfrentar con valor aquellos acontecimientos que son propios de la condición humana y que nos hacen reflexionar sobre nuestra existencia: enfermedades, muerte, problemas económicos. Ahora bien, qué es lo que hace posible que los hombres se dividan en 2 grandes campos ante hechos como los mencionados, el grupo de los que son infelices y sufren sin remedio y el de los que a toda costa buscan la felicidad.

Es cierto que el término felicidad tiene un componente social, no puede olvidarse que se trata de un concepto determinado social, cultural e históricamente. Pero tampoco podemos pasar por alto el sentido individual que tiene. La felicidad debemos buscarla nosotros, dentro de nosotros mismos y para ello hay que estar preparados, educados. En ocasiones la posibilidad de una vida feliz esta cerca y no conseguimos verla por falta de perspectiva. La felicidad depende de nuestro sistema de valores, de nuestro sentido de la vida y en especial del desarrollo de nuestra espiritualidad.

No podemos perder de vista que la vida es el sumo bien de que disponemos y por lo tanto necesitamos prolongarla, vivir a plenitud, disfrutando de ella con la mejor calidad posible. Por todo esto la felicidad debe concebirse en la valoración positiva de la vida y a ello contribuye en grado elevado la salud. Esto hace que entre este concepto y el de felicidad exista una estrecha relación, que debe ser del dominio del profesional de la salud en su práctica diaria.

El bienestar físico, psíquico y social exige de nosotros gran responsabilidad individual y para alcanzarlo el hombre debe ser capaz de darle un sentido positivo a su existencia.

Hoy en día las ciencias han demostrado que muchos problemas de salud (úlceras, HTA, cefaleas, enfermedades cerebro y cardiovasculares, etc.) son el resultado de nuestras tensiones, lo que se traduce como el resultado de nuestra infelicidad. En la actualidad se ha llegado a conocer que en las personas sometidas a un *stress* continuado se produce una depresión en su sistema inmunológico, dejando así las puertas abiertas a las enfermedades. Algunos partidarios de la medicina natural con base en la filosofía de los Vedas plantean que la dicha o la felicidad se puede percibir como una sensación, pero también produce cambios medibles: alteraciones del ritmo cardíaco, de la tensión arterial, de la secreción de hormonas o cualquier otro elemento del organismo.<sup>15-17</sup>

Considerando estos aspectos, el profesional de la salud debe orientar a los individuos en sentido preventivo. Pero, una vez instalada la enfermedad en el hombre, no necesariamente éste debe sufrir irremisiblemente; puede el médico o enfermero ayudarlo a vivir lo más felizmente que su condición le permita.

El hombre debe aprender a vivir con su enfermedad y para lograrlo hace cumplir 2 requisitos:

1. Alcanzar un conocimiento lo más profundo posible de su enfermedad y tratamiento.
2. Desarrollar su espiritualidad.

En ambos casos la actuación profesional es decisiva, sobre todo en el primero. Le corresponde al especialista instruir al paciente en el conocimiento de su enfermedad y en la orientación de la conducta a seguir, para proporcionar la posibilidad de vivir con una mejor calidad; garantizada, primero, por el mantenimiento de su tratamiento, que será el que hará posible salirle al paso a cualquier complicación y adoptar a tiempo las medidas necesarias para resolverla, así como el adecuado uso de medicamentos que permitan el alivio de dolores en caso de que éstos existan.

En la medida en que conozca su enfermedad, el sujeto aprenderá a vivir en su medio social de acuerdo con ella, proporcionándole una existencia más sana, y si a esto se suma que cuenta con una espiritualidad desarrollada, tendrá horizontes más amplios para encaminar su vida e incluso para aceptar la muerte como el proceso natural que realmente es, negando así la idea de que toda enfermedad es necesariamente una apología al sufrimiento.

## CONCLUSIONES

A las puertas de un nuevo milenio son bien grandes los desafíos del hombre. El siglo xx ha sido testigo de notables avances tecnológicos en todos los campos y especialmente en el terreno de la salud, pero también ha presenciado inmensos peligros que atentan contra la vida humana y atareado con todo esto el hombre se ha olvidado de sí mismo. Para su rescate debe retomar aspectos a los que les restó importancia en otros tiempos y así poder reorganizar su actividad.

En este sentido vale reconocer que para los profesionales de la salud su práctica carece de sentido si no tienen claramente definidos conceptos básicos como los de dolor, sufrimiento y felicidad. Para comprenderlos en toda su dimensión hay que partir de 2 ideas fundamentales:

1. Estos conceptos no son innatos en el hombre, se forman de acuerdo con las condiciones sociohistóricas de su medio y determinados culturalmente.
2. Cualquier intento por explicarlos desde un punto de vista biologicista adolece de superficialidad y limita la comprensión de la verdadera esencia humana.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abbagnano N. Historia de la filosofía. Ed. C. Sociales, 1971.
2. Colectivo de autores. Sociedad y Salud. Dirección Nac. de docencia médica.
3. Núñez de Villavicencia, et al. Psicología médica. Ed. Pueblo y Educación, 1987. Tomo I, p. 58.
4. International Association for the study of pain. Sub-Comitte of Taxonomy, 1979.
5. Guyton, AC. Tratado de Fisiología Médica. Ed. Revolucionaria. Tomo II, p. 590.
6. Du Gas, S. Tratado de enfermería práctica. Ed. Revolucionaria. p. 488.
7. Porras Gallo, MI. Del hospital o el sentido del propio dolor. Rev. June, 24-38. Sep/93. Vol. XLV. p.61-68.
8. Arquiola, E. Los otros dolores. Rev. June (citada). p. 55-58.
9. Mira, E. Problemas psicológicos actuales. Cía Editorial Continental, S.A. México, 1958: 24-25.
10. García C, Sanz Carrillo y Lasa Labaca: La enfermedad y el sentido del sufrimiento. Cdnos. de Bioética. Vol, VII No.25 1ro/1996: 50-57.
11. Mira, E. Problemas psicológicos actuales. Cía. Editorial Continental, S.A. México. 1958: 27-39.
12. Martí, J. Maestros ambulantes. páginas escogidas. Ed. C. Sociales. Tomo II, p. 260.
13. Abbagnano, N. Diccionario de Filosofía. Ed. Revolucionaria.
14. Chopra, D. La curación cuántica. Biblioteca de la salud. Ed. Grijalbo, México. Pp. 251-252.
15. Álvarez GMA. Respuesta de los linfocitos T activos al stress emocional. Rev Cubana de Investigaciones Biomédicas.
16. De Vito, L. The Immune System vs stress. USA Today, July/94.
17. Chopra, D. La curación cuántica. Ed. citada, p. 140, 173 y 267.

## Fundamentos filosóficos de la ética médica

*Lic. Evelio Pérez Fardales y Lic. Jesús A. Martínez Gómez*

La moral no siempre existió, ni incluso surgió junto con la sociedad. Hubo una época histórica, antes de que los hombres fueran civilizados, en que éstos no eran ni morales ni inmorales sino amorales. En esta etapa del desarrollo social, cuando se sentaban las bases de la sociedad gentilicia, la actividad de los hombres se regulaba por la fuerza de las costumbres y tradiciones. Notemos que por tradición entendemos la costumbre que se trasmite de generación en generación, de padres a hijos, etc., mientras que por costumbre debe tomarse el hábito adquirido por la repetición de un acto, la práctica que ha adquirido fuerza de ley o que se hace con frecuencia.<sup>1</sup> En este período el individuo era idéntico al grupo social al cual pertenecía y esto estaba condicionado por el carácter limitado del sistema de las relaciones sociales.

Dado el bajo nivel de desarrollo de la división social del trabajo, las relaciones sociales existentes no iban mucho más allá de las propias relaciones naturales (bióticas) heredadas del mundo animal y de las simples relaciones de consanguinidad (familiares) típicas de la sociedad gentilicia. De este modo cada individuo se apropiaba todo el sistema de estas relaciones, diferenciándose por rasgos biológicos pero no por su esencia social.<sup>2</sup>

Pero el desarrollo de la división social del trabajo y como consecuencia la ampliación del sistema de relaciones sociales trajo consigo que llegada una etapa, ya no era posible este tipo de apropiación. Es decir, ya un sólo individuo no le es dado la posibilidad de incorporar a su esencia todo el conjunto de estas relaciones. Surge la personalidad, la individualidad social. Es el período de descomposición de la sociedad gentilicia.

Ya aquí no son suficientes las fuerzas de las costumbres y las tradiciones para regular la conducta de los hombres. Al ocupar lugares distintos en la división social del trabajo, el interés individual no coincide plenamente con el del grupo. En este contexto es que surge la moral, como mecanismo de regulación de las relaciones entre los hombres en el marco de la sociedad. Es decir, la moral vino a impedir que las contradicciones entre el individuo y la sociedad acabaran por desintegrar la comunidad o grupo social.

A este fenómeno los distintos pueblos lo denominaron de distintas formas, encontrándonos que en las culturas griega y romana se usaron las palabras *ethos*

y *mos* respectivamente. *Ethos* significó inicialmente lugar donde se habita, modo de ser, carácter y *mos* hábito, costumbre, comportamiento, carácter. De hecho significaban lo mismo (el mismo fenómeno), por lo que las diferencias aquí son más bien lingüísticas, culturales, etc. y no sociológicas.

Aunque la moral vino al mundo bajo la forma de la costumbre o tradición -y así lo entendieron los griegos y romanos- como una continuación de éstas, no debe reducirse a ninguna de ellas, es decir a las costumbres y tradiciones de la sociedad gentilicia. La moral es mucho más que eso, y es esencialmente distinta. Al ser idéntico al grupo, el hombre primitivo era irreflexivo para con la costumbre, no se diferencia de los demás por su actitud ante ésta. En cambio, la moral presupone una actitud diferenciada de los hombres con respecto a la costumbre, la cual, en la moral, llega a revestir por tal razón la forma de norma.

La moral existe como norma, que no es más que la costumbre hecha consciente. La costumbre es inconsciente y surge de manera espontánea la norma moral surge también espontáneamente pero es consciente. Esto se explica por una actitud de los hombres ante la costumbre y tradición.

La actitud de los hombres con respecto a las costumbres y tradiciones, que ya son de hecho normas morales, es lo que entendemos por moralidad.<sup>3</sup> En este sentido, es bueno destacar que las distintas éticas no han hecho más que destacar uno u otro aspecto de la moralidad individual o humana. Así, por ejemplo, las éticas deontológicas estudian la correspondencia de la moralidad con las normas y principios morales, las éticas teleológicas valoran la moralidad con respecto a los fines de la actuación humana, los consecuencialistas lo hacen con respecto a los resultados o consecuencias, etc.

Con su moralidad en el hacer o el decir, o sea, en su actividad, el hombre hace y modifica espontáneamente la norma moral. El hecho estriba en que en el hacer consciente de los distintos hombres chocan y se entrecruzan las distintas voluntades, arribándose como resultante a algo distinto de lo que cada uno por separado quería, resultante que es objetiva y que se impone como norma.

El conjunto de las normas morales, sus violaciones y excepciones conforma una normativa social, que se desarrolla espontáneamente de forma regular, y sujeta a la ley de la división social del trabajo. El desarrollo de la división social del trabajo es el móvil de la dinámica de la normativa social, que se expresa en el plano de las relaciones sociales como el mecanismo en que el hombre debe hacer corresponder su voluntad individual con la voluntad social o, lo que es lo mismo, con la resultante del choque de las distintas voluntades individuales. Los hombres se necesitan los unos a los otros, por razones de la división social del trabajo, y por eso no pueden vivir a espaldas de lo que quieren los demás, es decir sin tomar en cuenta la opinión pública. Ésta no es más que la forma en que la voluntad social hace llegar sus exigencias al individuo.

El problema central de toda ética es determinar la relación existente entre normativa y moralidad, y en esto hay 2 aspectos a tratar ¿Qué es lo primario; la normativa o la moralidad?, y ¿es posible la identidad entre éstas? Y no puede ser de otra forma, porque la relación individuo-sociedad a la cual se dirige la

regulación moral reviste la forma concreta de relación entre moralidad (individuo) y normativa (sociedad). Los distintos sistemas éticos no han hecho más que fundamentar una u otra respuesta a estas 2 grandes interrogantes.

Con respecto al segundo aspecto, habría que precisar si existe o no identidad, y de existir cómo se establece o se logra. El hecho estriba en que la normativa social le es dada al individuo idealmente; y lo que las cosas son para el individuo coincide con lo que éste piensa de esas cosas. Por tanto, ser y pensar coinciden aquí, en el hombre individual. La pregunta es la siguiente ¿Fuera del individuo, coincide el ideal moral del hombre individual con la normativa social?. Para responder a esta pregunta debemos remontarnos a la causa que en última instancia determinó el surgimiento de la moral: la división social del trabajo.

Dada la división social del trabajo los hombres ocupan lugares distintos en la sociedad y al desarrollarse en una dirección se limitan en el resto de las demás. Esto hace que la normativa social no se agote en la moralidad del hombre individual, sino que cada cual en su dimensión asimila sólo una parte de aquella, la que se corresponde con sus condiciones materiales de vida. La identidad, por tanto, aquí no puede ser absoluta, sino relativa. Los distintos sistemas éticos al resolver el problema de la identidad han terminado casi siempre elevando al plano de lo absoluto una moralidad que como regla es muy relativa. Las prédicas morales siempre han partido del supuesto de que la vida individual coincide con la social, pero pierden de vista el hecho de que el individuo no agota el género. Este ha sido el error fundamental del dogmatismo moral, el cual lo ha llevado a concebir las normas morales como valores pétreos, inmutables y eternos con relación a la moralidad siempre cambiante de los hombres.

La identidad absoluta entre la normativa y la moralidad sólo es posible a escala social, como síntesis orgánica de la moralidad de los distintos grupos sociales, y en la sucesión de generaciones humanas. Pero aquí ya la moralidad no sería individual, sino social, y por tanto idéntica a la normativa de la sociedad. Una queda disuelta en la otra, con lo que desaparecen todas sus diferencias relativas. Los sistemas éticos que reducen a lo relativo el elemento de lo absoluto en la moralidad de hecho acaban dando una respuesta negativa al problema de la identidad. Estos sistemas al elevar al absoluto el elemento de lo relativo, no reconocen defacto la existencia de una normativa social, con lo cual hacen imposible toda identidad real. Este es el error fundamental del relativismo ético.

¿Qué decir del primer aspecto? *Kant* absolutiza la moralidad al derivar de ésta la normativa, sin ver que es la normativa la que determina en última instancia la moralidad. Con su imperativo categórico *Kant* reconoce el carácter subjetivo y consciente de la moralidad, pero desconoce la naturaleza objetiva, regular, espontánea y material de la normativa.

El hecho consiste en que el hombre al venir al mundo se le impone, como un resultado ya preestablecido, una normativa social, que es, por tanto, a *priori* con respecto al hombre individual y al acto individual y concreto, y es a *posteriori* sólo en la medida en que el hombre con su moralidad y la de los

demás hace y modifica las normas existentes. Por eso, cuando hablamos de primacía sólo la reconocemos en última instancia, según la determinación social de la moral individual. El hombre no nace siendo un ser moral, deviene en ser moral sólo en una etapa de su desarrollo individual, de su ontogenia. Tampoco por su filogenia el hombre nace siendo un ser moral. El hombre surge primero, y sólo mucho tiempo después es que aparece el fenómeno de la moral, como una determinación historicoconcreta y no abstracta del conjunto de las relaciones sociales a través de la relación entre normativa y moralidad. La sociedad no es un fenómeno derivado del hombre, sino que es el hombre un fenómeno social, y la moralidad es siempre, por tanto, una forma de asimilación espiritual de las condiciones materiales de vida existentes de estos hombres, al no tener los ideales morales una historia auténtica, sino que su historia hay que buscarla en el entronque de la división social del trabajo con estas condiciones materiales de vida. Para *Hegel* los ideales morales y, en general, las ideas tienen inmanencia y se derivan unas de las otras en un proceso autoevolutivo, sin ver que si estos ideales entroncan los unos en los otros es porque las condiciones materiales de vida de los hombres, de las cuales ellos se derivan, entroncan también entre sí como un proceso sociohistórico.

La ética no debe pretender, por tanto, sólo a una prédica moral; por una parte, porque toda prédica es siempre la moral de un individuo, grupo o clase social, y ésta no agota la moral de toda la sociedad; por la otra, porque toda prédica lo que hace es petrificar, osificar la moral de un momento histórico del desarrollo social y ésta no será válida para otro tiempo histórico. La moral, como vimos es objetiva, regular, espontánea y material, por lo cual es imposible por principio regular la moralidad de los hombres por medio de la palabra si ésta no se corresponde con el proceso real de su vida material. Podemos encausar al hombre por un buen camino, pero sólo si objetivamente dicho hombre está interesado en él, es decir, sólo si este camino se corresponde con sus intereses. Una ética que aspire a la cientificidad sólo debe pretender estudiar con el rigor de la ciencia el fenómeno de la moral.

Para *Marx* este hecho queda claro cuando plantea que:

"Los comunistas no hacen valer ni el egoísmo en contra del espíritu de sacrificio, ni el espíritu de sacrificio, en contra del egoísmo(...), sino que ponen de manifiesto su fuente material, con lo que desaparece la contraposición misma. Los comunistas no se dedican, a predicar ninguna clase de moral.(...) No plantean a los hombres el postulado moral de jamaos los unos a los otros, no seais egoístas!, etc., saben muy bien, por el contrario, que el egoísmo, ni más ni menos que la agnecación, es, en determinadas condiciones, una forma necesaria de imponerse los individuos.'

'¿Cómo explicarse [señala Marx] que los intereses personales se desarrollen siempre, a despecho de las personas, hasta convertirse en intereses de clase, en intereses comunes, que adquieren su propia sustantividad frente a las personas individuales... , y, así sustantivados, cobran la forma de intereses generales, enfrentándose como tales a los individuos reales...?'"<sup>4</sup>

Lo que sucede es que *Marx* deriva de los intereses sociales que los hombres comparten su moralidad, y éstos a su vez de la vida material de la sociedad.

Con *Kant* y la filosofía clásica alemana termina la forma tradicional de hacer ética, consistente en la creación de sistemas deontológicos encaminados a una prédica moral, donde lo más importante no era explicar la moral en sí misma (lo que haría una filosofía interesada en la explicación científica de la moral), sino en modificar la moralidad de los hombres a tenor de una determinada normativa social (de clase, grupo, etc.). Pero debemos señalar que no sólo *Marx* rompe con *Kant* y la filosofía clásica alemana, sino que en términos generales toda la filosofía posterior también lo hace. Ello explica por qué a partir del siglo XIX han ido predominando cada vez más en la ética las concepciones teleológicas (consecuencialistas, finalistas, etc.), de lo cual da muestras la amplia difusión del utilitarismo, pragmatismo, existencialismo, etc., en la cultura occidental.

La realidad social de nuestro siglo es otra. La fórmula deontológica se agotó con la modernidad, sin que con ella se pudieran cubrir todas las expectativas que aparecen junto con la aparición de su proyecto social. Los problemas sociales que hoy vive el planeta se han globalizado, y distan mucho de poder ser explicados dentro de los estrechos marcos de una sólo filosofía moral. En este contexto la propuesta teórica de *Carlos Marx* no debe ser pasada por alto, porque, por una parte, se perdería con ello la representatividad de amplias capas de sectores sociales al abordar el estudio y solución de problemas que afectan de una u otra forma la convivencia y, junto con ella, la moralidad de todo el mundo. Por otra, sería casi imposible determinar el valor concreto de cada filosofía moral si renunciamos al enfoque clasista de la ética propuesto por *Carlos Marx*. Si se obvian éstos 2 hechos no se podrá enfocar con la debida objetividad el estudio de la moral contemporánea, porque a cada paso la moralidad de sectores sociales determinados será confundida con la moralidad de toda la sociedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diccionario Manuel Sopena. Editorial Ramón Sopena, S.A. Provenza, Barcelona. 1995, T. III, p. 2117; T. I, p. 672.
2. Marx C. Tesis sobre Feuerbach. O. E. en III T. Editorial Progreso, Moscú. 1973, T. II, p. 9.
3. Diccionario Manuel Sopena. Editorial Ramón Sopena, S. A. Provenza, Barcelona, 1995, T. II, p. 1521.
4. Marx C. La ideología Alemana. Editora Política, La Habana. 1979: 271-273.



## Ética médica y bioética. Perspectiva filosófica

*Dr. Marcelino E. Pérez Cárdenas, Lic. Jorge L. Flores Rodríguez,  
Lic. Carlos Singh Castillo y Lic. Gisela Paredes Rodríguez*

En 1971, *Van Rensselaer Potter*, oncólogo y profesor de la Universidad de Wisconsin, introdujo por vez primera el término bioética en su obra *Bioética: un puente al futuro*.<sup>1</sup> Sobre las razones que motivaron la obra decía que una ciencia de la supervivencia debe ser más que la ciencia sola, por lo que proponía el término bioética en orden a enfatizar los 2 más importantes ingredientes, en procura de la nueva sabiduría tan desesperadamente necesaria: los conocimientos biológicos y los valores humanos.

Antes, en 1969, el filósofo *Daniel Callahan* y el psiquiatra *Willard Gaylin* habían fundado el Instituto de Ética y Ciencias de la Vida, conocido más tarde con el nombre de Hastings Center. Y, en el propio 1971, *Andre Hellegers* fundó el Instituto Kennedy de Ética. Ambas instituciones, desde su creación, orientaron sus estudios bioéticos hacia temas de medicina y salud.

Como vemos, *Potter*, al fundar la bioética, la concibió como "ciencia de la supervivencia", es decir, como una disciplina que debía tender un puente entre las ciencias naturales y las ciencias humanísticas, con el fin de enfrentar la solución de los problemas ecológicos del mundo actual, mediante la conformación de una nueva mentalidad ética de las relaciones entre el hombre y la naturaleza.

Sin embargo, simultáneamente con la propuesta de *Potter*, el Hastings Center, el Instituto Kennedy de Ética y la mayoría de los biotecnólogos norteamericanos comenzaron a centrar sus investigaciones en los problemas éticos que se planteaban en la esfera de la asistencia y las investigaciones médicas con la aplicación de las nuevas tecnologías y el predominio de nuevas concepciones y patrones morales en las relaciones entre los médicos y los pacientes, sin prestar atención a las problemáticas ecológicas.

De este modo, la bioética, en sus orígenes, quedó dividida en 2 tendencias paralelas, independientes y no integradas: la bioética ecológica y la bioética médica.

Con la división originaria de la bioética comenzó, a la vez, la llamada "medicalización" de la bioética, es decir el proceso de desarrollo, consolidación y sistematización de la bioética médica en detrimento de la bioética ecológica.

Ante los derroteros tomados por la disciplina que fundara, *Potter*, en 1988, publicó su obra *Global Bioethics*,<sup>2</sup> en la cual proponía la necesidad de desarrollar una bioética global que integrara en sí a la bioética ecológica y a la bioética médica. En ella manifestaba que había llegado el momento de reconocer que no

podemos ocuparnos de las opciones médicas sin considerar la ciencia ecológica y los vastos problemas de la sociedad sobre una escala global. Sin embargo, el panorama de hoy es el mismo: la bioética continúa dividida y medicalizada. ¿Será científicamente viable la propuesta de *Potter*? Analicémoslo.

## BIOÉTICA. DEFINICIÓN Y OBJETO

La situación antes descrita se refleja en la multiplicidad de definiciones que, de la bioética y su objeto, pueden encontrarse en la literatura especializada. Algunas de ellas (la minoría) se estructuran atendiendo a la orientación ecológica de la bioética; otras lo hacen en torno a los problemas morales que se generan en la atención de salud, las cuales hacen énfasis, frecuentemente, en aquéllos originados por el impacto de las tecnologías de avanzada en la esfera y, por último, encontramos un tercer grupo de definiciones en que se intentan fundir ambas tendencias, donde es común, no obstante, que las cuestiones éticas de la salud ocupen un lugar preponderante.

A los 2 últimos grupos pertenecen la gran mayoría de las definiciones. Y es natural que así sea, si se tiene en cuenta la influencia del proceso de medicalización de la bioética antes descrito.

Por otra parte, una concepción integral, holística de la salud, exige la adopción de un enfoque ecológico de sus problemas, lo cual justifica también la postura orientada a la fusión de ambas tendencias en la definición de la bioética.

La diversidad de posiciones en relación con la definición de la bioética y su objeto se encuentra vinculada, además, con las diferencias de concepción acerca de su estatus como forma de saber que se aprecian en la literatura especializada. En ella, la bioética es tratada como ciencia, disciplina, ética aplicada, ética clínica, discurso interdisciplinario, movimiento cultural, etc.

La concesión a ella del estatus de ciencia o disciplina es expresión, más que de un deseo o de una predicción, del reflejo de la realidad. La vaguedad que la caracteriza aún en todos los órdenes, no le permite satisfacer los requisitos exigidos a determinado saber, para calificar como ciencia o disciplina particular.

El referente "científico" de la bioética lo constituye la ética con sus diversas teorías, tendencias, escuelas, posturas ideológicas, etc., desde las cuales han sido abordados los distintos problemas que han concitado su atención.

La clínica ha constituido su ámbito de aplicación por excelencia, aunque no el único. Lamentablemente, en ética clínica se encuentra bastante extendido el método decisionista, casuístico, de corte pragmático, donde importa sobre todo tomar una decisión adecuada al caso, a partir de la experiencia clínica precedente, condensada en pautas de conducta profesional y sin que interese fundamentar la decisión tomada en principio ético alguno. La absolutización del valor de la experiencia clínica en la toma de decisiones, conduce a la conformación de una moral médica, pero no de una ética clínica auténtica.

Como se ha planteado acertadamente, "no basta pues establecer cómo se debe actuar, o sea, formular normas de acción (moral). Interesa más bien mostrar

por qué se debe actuar de esa manera, es decir, determinar los principios de acción moral (ética)".<sup>3</sup>

Una bioética concebida como ética clínica del tipo de la que hemos analizado, perdería todo referente científico y carecería de valor, allende los estrechos marcos de cada institución hospitalaria.

Resumiendo, la bioética trasciende los marcos de la clínica, al ser muy variados y amplios sus campos de acción. Al incursionar en éste o en cualquier otro campo, debe hacerlo valiéndose de los instrumentos de análisis que pone a su disposición la ética, es decir, debe actuar como ética aplicada.

Ello no implica desechar los métodos de la Clínica o de cualquier otra disciplina, sino incorporarlos dentro de una perspectiva auténticamente ética, única vía posible de garantizar su científicidad.

De esta forma, la bioética se ha ido nutriendo de los aportes de diversas disciplinas (filosóficas, sociales, biológicas, médicas, jurídicas, etc.) constituyéndose en un discurso interdisciplinario muy peculiar, pero cuyo eje integrador lo es aún el discurso ético.

La bioética no es, por tanto, la ética de determinada profesión, ni en general constituye una ética profesional (deontología) aunque incluya en sí la ética de determinadas profesiones. Ella es, en esencia, ética aplicada a un cada vez más vasto campo de problemas: aquéllos generados por el desarrollo social y en particular científico-tecnológico que de algún modo afectan la vida en el planeta y, consecuentemente, la vida y el bienestar del hombre. Su marco de reflexión lo constituye pues, el de las cuestiones globales de la contemporaneidad.

La respuesta a estos problemas ha exigido la conformación de un nuevo paradigma científico orientado a la superación de la pretendida neutralidad de las ciencias, en especial de aquéllas que tienen por objeto dichos problemas, mediante la penetración de la cultura humanística en la científicotécnica.

De este modo, la bioética se proyecta como ética de la ciencia (en particular de las ciencias biológicas y médicas) en la que ha tomado cuerpo la idea de que los valores eticohumanísticos son y siempre fueron componentes sustanciales del quehacer científico, aunque no se tuviera conciencia de ello o se rechazara conscientemente. El paradigma bioético responde, pues, a una necesidad objetiva del desarrollo social y de la propia ciencia. De su extensión y consolidación dependerá, en medida considerable, la supervivencia y futuro de la humanidad.

Esto último se ha ido alcanzando progresivamente durante los últimos años. La bioética ha logrado rebasar los marcos científicos y profesionales, impactando el ámbito de la política y el derecho y ha logrado también incentivar la participación en el debate público de los distintos grupos sociales y sociedades que coexisten en la convulsa contemporaneidad. Por ello, ella constituye un movimiento cultural cuya amplitud tiende a acrecentarse aceleradamente.

En resumen, y sin pretender una definición acabada, la bioética puede ser considerada como un nuevo paradigma cultural en proceso de conformación, de carácter humanista y proyección global, orientado hacia el redimensionamiento ético de la actividad y correspondientes relaciones sociales que

afectan la vida en el planeta y, consecuentemente la vida y el bienestar del hombre.

Esta consideración inicial exige mayores especificaciones, las cuales serán realizadas más adelante, sobre la base de los nuevos elementos de juicio que nos aportará el examen de los factores que condicionaron el surgimiento de la bioética.

## PREMISAS PARA EL SURGIMIENTO DE LA BIOÉTICA

El surgimiento de la bioética fue el resultado de la confluencia de toda una serie de condiciones que se fueron gestando desde el advenimiento del mundo moderno, las cuales prepararían el camino para la aparición del paradigma bioético como respuesta a toda una serie de hechos y procesos que tuvieron lugar en el período comprendido entre la II Guerra Mundial y los primeros años de la década de los 70.

Las premisas y causas de surgimiento de la bioética pueden ser convencionalmente agrupadas para su estudio, del siguiente modo: económicas y políticas; científico-tecnológicas; sociales; jurídicas; médico-deontológicas; ético-filosóficas.

### **Premisas económicas y políticas**

La Modernidad, como ya vimos, significaría en lo económico el surgimiento, despliegue y consolidación del régimen capitalista de producción y de la burguesía como clase dominante. Es la época del capitalismo en su fase premonopolista caracterizada por el liberalismo económico, el cual se reflejaría en todas las esferas de la vida social, incluida la moral y, al mismo tiempo, encontraría su justificación en las doctrinas económicas y éticas del momento: las de *Adam Smith*, *David Ricardo*, *Robert Malthus*, entre otras, inspiradas en la teoría liberal burguesa ortodoxa de John Locke que sentaría las bases de la concepción moderna de los derechos humanos como derechos individuales.

El liberalismo económico postula la racionalidad del mercado, de la oferta y la demanda, como única racionalidad posible. El Estado no debe intervenir en la economía ni establecer mecanismo alguno que limite la libertad del individuo. Sólo debe proteger los derechos políticos y civiles de éste (ante todo el derecho a la propiedad y también a la libertad, la salud, etc.).

De acuerdo a esta concepción, proteger significa impedir que alguien atente contra cualquiera de estos derechos individuales, pero en modo alguno, propiciar las condiciones que garanticen su cumplimiento efectivo. Así, por ejemplo, cada ciudadano es considerado como el mejor guardián de su propia salud. Corresponde al Estado impedir que alguien atente contra la salud de otro, pero éste no está, ni moral, ni legalmente obligado a cuidar de ella.

El individualismo salvaje contenido en estas ideas se plasmaría en la cruel explotación a que sería sometida la clase obrera de la época y en la casi total

desatención a sus problemas de salud, generados, en gran parte, por la influencia de las infrahumanas condiciones en que se desarrollaba el proceso de producción capitalista. La obra de *Federico Engels, La situación de la clase obrera en Inglaterra* reflejaría vívidamente dichos problemas y constituiría una argumentada denuncia de sus causas. Por razones solo de beneficencia y no de justicia, se brindaría una precaria asistencia sanitaria a aquéllos que carecían de recursos para procurársela por sí mismos.

El Estado burgués, nacido de las revoluciones liberales burguesas, consolidaría en lo político la dominación económica del capital y respondería plenamente, también en el plano externo, a sus necesidades de expansión. La conquista y sojuzgamiento de otros territorios y pueblos y la discriminación por razones étnicas y raciales serían sus consecuencias más significativas.

El marxismo, surgido en la década de los 40 del siglo pasado, encontraría en la propiedad privada sobre los medios fundamentales de producción, la causa más profunda de todos estos males. De ahí su consideración acerca del carácter inmoral de ésta. Por razones de justicia social, establecería la obligación del Estado de nuevo tipo de satisfacer las necesidades de salud de la población de modo gratuito.

Las luchas obreras de la época impondrían los primeros límites a la inhumana política liberal. La ola revolucionaria de 1848 en Europa lograría, al menos, el reconocimiento de algunos derechos por parte del Estado burgués. A partir de estos acontecimientos comenzaría a estructurarse una variante atenuada de liberalismo burgués -la socialdemócrata-, que, reconociendo la primacía de los derechos individuales (incluido el derecho a la propiedad privada) defendidos por el liberalismo clásico, intentaría complementarlos con el reconocimiento y protección por parte del estado de los derechos económicos, sociales y culturales (derecho al trabajo, la vivienda, la asistencia sanitaria, la educación, etc.).

La variante socialdemócrata se difundiría sobre todo en Europa, donde obtuvo logros muy ligados a las luchas obreras, las cuales encontrarían, más tarde, fuente de inspiración en las conquistas sociales alcanzadas por la Revolución de Octubre, entre ellas, la del acceso universal y gratuito a la asistencia sanitaria. Así, tendría lugar la progresiva extensión de los seguros médicos en Europa, cuya financiación se obtendría de aportes de los empresarios privados, los propios trabajadores y el Estado.

Este liberalismo atenuado intentaría conciliar las posiciones divergentes del liberalismo clásico y del marxismo y constituirse en una alternativa a ambos. De acuerdo con su concepción, el problema de la justicia encuentra su solución en la esfera de la distribución (redistribuyendo, distribuyendo de modo distinto, para beneficiar a aquéllos más necesitados), en tanto el marxismo considera que a éste sólo se puede encontrar solución definitiva al accionar sobre sus causas más profundas, las cuales se encuentran en la esfera de la producción, en particular, en las formas de propiedad sobre los medios fundamentales de producción que influyen de modo determinante en la esfera de la distribución, lo que hace que ésta sea más o menos justa.

A fines del siglo XIX y principios del XX se produciría el tránsito del capitalismo a su fase monopolista (imperialismo) donde se desplegaría como capitalismo monopolista de Estado a partir de la culminación de la II Guerra Mundial. Ello significaría la intervención cada vez más amplia del Estado en la economía y, consecuentemente, en las demás esferas de la vida social, con el objetivo de garantizar condiciones adecuadas al capital para la obtención de ganancias y evitar así que la economía capitalista sucumbiera como resultado de las profundas y repetidas crisis económicas que la afectaban. El Estado cobraría un poder inusitado.

*Keynes*, economista británico, sería el artífice del nuevo modelo económico caracterizado por la atenuación del liberalismo. La intervención del Estado en la vida económica y en las demás esferas de la vida social se explicaría por la necesidad de incrementar el consumo de bienes y servicios, lo cual permitiría la activación y florecimiento de la economía capitalista. Se generaría en la sociedad una moral de consumo y una ética que lo justificaría, con independencia de qué y con qué fines se consumiera. Así, se legitimaría por igual el consumo de armas para la guerra y el de servicios de salud.

La atenuación del liberalismo en el keynesianismo se produce sobre bases distintas a la que tiene lugar en la doctrina socialdemócrata. Si para el liberalismo clásico el Estado no debe asumir en justicia obligaciones con relación al bienestar social, para el pensamiento socialreformista, al contrario, resulta una cuestión de justicia que las asuma, mientras que para el keynesianismo deben ser asumidas, pero por un problema de utilidad pública (utilitarismo), es decir para garantizar las condiciones que permitan la reproducción del sistema.

Así, en el mundo anglosajón, a partir de la década de los 30 y con énfasis desde la II Guerra Mundial, tendrían lugar una serie de mejoras sociales, por ejemplo, la creación del Sistema Nacional de Salud en Inglaterra (1948), la extensión del sistema de seguros sociales y de enfermedad en Estados Unidos (aunque nunca se logró ir más allá del *Medicare* y el *Medicaid* en 1964 que no abarcan a toda la población) y otras.

Los ideólogos del sistema bautizaron a esta economía, "economía de bienestar", y al Estado correspondiente, "Estado de bienestar". En realidad se trataría, sencillamente, del capitalismo monopolista en su variante de Estado y de la sociedad de consumo que éste promovería y sobre la cual se erigiría.

La democracia burguesa que había transitado un camino sumamente escabroso, alcanzaría sólo un carácter más formal que real. El pluralismo, corolario lógico del liberalismo y la doctrina de los derechos humanos lograrían de modo muy limitado y selectivo plasmarse en la práctica social. Se daría inicio a la época de la guerra fría y con ella a la persecución por ideas políticas opuestas al sistema.

La salud se convertiría en un bien de consumo de alta demanda. La medicina se orientaría hacia el objetivo de propiciar "pleno bienestar" siguiendo las pautas trazadas por la Organización Mundial de la Salud en su ya clásica definición de salud. El pleno bienestar sería asociado con el consumo de servicios de salud. Los problemas de política sanitaria alcanzarían relevante connotación. El mercantilismo se expandiría a todos los campos de actividad en la esfera. La relación médico-paciente sería determinada por nexos de compraventa.

La **medicina del bienestar** influiría a su vez en las más importantes esferas de la vida social. La vida humana se medicalizaría. Sería apreciado sólo aquello que produjera bienestar; este se constituiría en sumo criterio ético, en ello se medicaliza también la ética.

A fines de la década de los 60 y principios del 70 se comenzarían a producir importantes transformaciones en la sociedad norteamericana. La etapa de bonanza económica sin límites de la posguerra, prolongada por las guerras de Corea e Indochina se encontraba llegando a su fin. Había avanzado el proceso de transnacionalización de la economía capitalista que recibiría en la década de los 70 un impulso cualitativo, expresándose como proceso de globalización económica sobre bases neoliberales.

Tendría lugar, en otras palabras, "...el fin del período extraordinario del capitalismo de postguerra y el radical cambio de las relaciones de producción mediante la sustitución del Estado benefactor keynesiano por el capitalismo reaccionario de Estado -mal llamado "neoliberalismo"- dos variables de gran importancia en el proceso de globalización del capital".<sup>4</sup>

La crisis económica de 1973 marcaría el final del keynesianismo y el comienzo de la revitalización y globalización de las tesis más reaccionarias del liberalismo clásico. Ésta sería la fórmula a que se apelaría, en las nuevas condiciones, para garantizar la reproducción del capital transnacional y con él, de todo el sistema de relaciones sociales capitalistas en su conjunto.

Comenzaría a ser cuestionada la política sanitaria vigente que había elevado el gasto sanitario en medida creciente durante los últimos años. El criterio utilitarista extremo costo-beneficio, que exige invertir en aquellos sectores donde se obtenga una mejor correlación de estos indicadores, sería aplicado para determinar las posibles asignaciones presupuestarias al sector de la salud y para la distribución de los recursos dentro de éste.

A partir de aquí, no toda demanda de asistencia sanitaria sería considerada como justa en principio. Basándose en la doctrina socialreformista de la equidad y en sus desarrollos posteriores, se llegaría a la conclusión de que debería garantizarse a los ciudadanos sólo un "mínimo decente" de asistencia sanitaria. Bajo la influencia de estas concepciones el utilitarismo arribaría a una posición más flexible y similar: la del reconocimiento del deber de garantizar "cierto nivel" de asistencia sanitaria.

Teóricos y políticos neoliberales se encargarían de fundamentar y aplicar, respectivamente, políticas más restrictivas al aprovechar la ambigüedad de estas propuestas. Todo intento de extender los seguros sociales de salud fracasaría, y quedaron grandes sectores de la población -precisamente los más necesitados-, desprotegidos. El nuevo modelo sanitario instaurado, basado en el criterio de "utilidad pública" (costo-beneficio) los dejaría sin amparo.

En resumen, el surgimiento de la bioética tendría lugar en una convulsa, compleja y contradictoria coyuntura económica y política, lo cual habría de marcar profundamente su discurso, tornándolo contradictorio y heterogéneo desde el punto de vista de sus referentes ideológicos.

La revelación de éstos exige, como primer paso, la valoración de las premisas científico-tecnológicas, que junto a las económicas y políticas condicionarían la aparición de movimientos sociales orientados hacia la promoción del paradigma bioético.

### **Premisas científico-tecnológicas**

El desarrollo de la Revolución Científico-Técnica y la aplicación indiscriminada de sus resultados desembocarían en el holocausto de Hiroshima y Nagasaki, generando serios cuestionamientos en relación con la concepción de la neutralidad de las ciencias, dominante hasta esos momentos.

La revolución en las ciencias biológicas, iniciada en la década de los 50, llevaría al descubrimiento de la estructura del ADN y su propiedad de autoduplicarse, se lograría descifrar el código genético y comenzaría a ser utilizada la técnica del ADN recombinante para surgir así la ingeniería genética molecular. Aparecen entre los científicos preocupaciones éticas en relación con los riesgos potenciales que entrañaría para la humanidad la posibilidad de manipulación de las funciones vitales.

A la par, irían en aumento los cuestionamientos de carácter ético en relación con las bondades del desarrollo científico-tecnológico:

- Como consecuencia de la aplicación de sus resultados al desarrollo de la desenfrenada economía capitalista se produciría un progresivo deterioro de las condiciones naturales de vida, que a la postre desembocarían en una crisis ecológica a escala global, que pondría en peligro la existencia misma de la humanidad.
- Su impacto en la medicina se manifestaría en la creación de las terapias intensivas a fines de la década de los 50, el desarrollo de los trasplantes de órganos a partir del 60, la aparición de nuevas tecnologías reproductivas, de diagnóstico y otros avances que determinarían la creciente especialización, fragmentación y despersonalización de la atención médica, generándose nuevos y actualizándose viejos problemas éticos para los cuales la deontología médica no tendría una respuesta elaborada.

El hospital del siglo xx había dejado de ser una institución mal dotada y dedicada a la atención de los pobres, para convertirse en el escenario de los referidos desarrollos tecnológicos y como consecuencia, en centro de la atención médica más calificada al cual acudiría todo aquél que procurase atención de calidad y tuviese recursos económicos para acceder a ella.

El médico dejaría paulatinamente de estar a la cabecera del enfermo, en casa de éste, o de trabajar como médico general en la suya propia, para ejercer la función de especialista en la cada vez más tecnificada institución de salud. Las escuelas de medicina desde las primeras décadas del siglo habían comenzado a reformar sus planes de estudio con el fin de responder a las nuevas exigencias planteadas al profesional.



El carácter mercantil y especializado de la medicina hospitalaria se traduciría en la desvalorización de los profesionales ante los ojos del paciente, al renunciar éstos al cuidado personalizado y a la responsabilidad pública individualizable por los resultados de sus acciones de salud. El poder de las instituciones de salud y del cuerpo médico que se había hecho enorme, comenzaría a resquebrajarse.

A ello contribuiría la revelación de una serie de hechos que entrañaban conductas poco éticas en la realización de experimentos médicos con seres humanos en Estados Unidos.

La atmósfera de protección de la integridad de los sujetos de experimentación, que se había ido conformando en el período de posguerra como resultado de la unánime reacción de la opinión pública internacional ante las monstruosidades cometidas contra las personas internadas en los campos de concentración nazis, las cuales habían sido utilizadas como sujetos de experimentación en nombre de la ciencia médica durante la contienda bélica, se vería profundamente conmocionada ante la evidencia de que hechos similares habían tenido también lugar en los Estados Unidos.

Así, entre 1966 y 1972, la opinión pública norteamericana conocería que pacientes del "Jewish Chronic Disease Hospital" de New York habían sido inyectados con células cancerosas de hígado y que a internos de la "Willowbrook State School for the Retarded" se les había producido una infección intencional con hepatitis, todo ello sin su consentimiento y con fines experimentales. Quizás el caso más impactante, por la masiva violación de las más elementales normas éticas que entraña, sería el del estudio de la sífilis, llevado a cabo décadas atrás en Tuskegee, Alabama.

El estudio de la sífilis sería emprendido por el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos y algunas fundaciones, para lo cual emplearon como sujetos a 600 hombres afroamericanos, más de cuatrocinetos de los cuales padecían la enfermedad. Estos fueron persuadidos a participar en el experimento bajo la promesa de tratamiento médico, comida y entierro gratis. Pero la violación más significativa de las más elementales normas éticas tendría lugar cuando se decidió no suministrarles la penicilina, después de su aparición en la década de los 40, bajo el pretexto de que al tratar a los sujetos con dicho antibiótico, se podría haber controlado la enfermedad, lo cual habría hecho imposible valorar los efectos a largo plazo de ésta.

En resumen, el desarrollo científico-tecnológico generaría temor en la población y grandes preocupaciones de carácter ético en los medios intelectuales: comenzaría a dudarse seriamente de la validez de la máxima moderna de que "debe hacerse lo que se puede hacer". La bioética tendría ante sí el reto de proponer soluciones alternativas.

## **Premisas sociales**

La crisis de la economía y la política de inspiración keynesiana y las consecuencias negativas del desarrollo científico-tecnológico tendrían su expresión, tanto en la vida espiritual, como social de la época.

La "ideología del bienestar" había penetrado profundamente en la psicología del pueblo norteamericano, dando lugar a una "psicología consumista del bienestar" orientada hacia la consecución del "sueño americano", ideal que las masas consideraban realizable.

Pero, como ya analizamos, el hombre en esta ideología no era concebido como fin, sino como medio de consecución de los grandes objetivos del sistema: garantizar las condiciones de reproducción de éste a través del incremento del consumo.

El pueblo norteamericano, que había elevado su nivel educacional en los años de posguerra, comenzaría a percatarse, durante las décadas de los 60 y 70, del abismo existente entre el discurso ideológico y la realidad: la guerra, en particular la que se llevaba a cabo contra Viet-Nam, era alentada y financiada por el Estado con el dinero de los contribuyentes, pese a su alto costo material y sobre todo humano (muerte, incapacidad, dolor, sufrimiento), todo lo cual hacía dudar del carácter benefactor de éste; la desenfrenada economía del "bienestar" deterioraría el ambiente, generando una crisis ecológica de impredecibles consecuencias para el bienestar humano y que compromete incluso la propia existencia de la humanidad; el "Estado benefactor" no corregiría las injusticias propias del sistema, entre ellas, la desigualdad social y la discriminación por motivos raciales, étnicos y de sexo ya que ello no figuraba entre sus objetivos estratégicos; la cada vez más deshumanizada "medicina del bienestar", mercantilizada hasta la médula, no llegaría a todos los sectores de la población y dejaría de responder a las expectativas de bienestar de los consumidores, generando temor entre ellos.

Estos serían los factores fundamentales que desencadenarían una profunda crisis de valores en la sociedad norteamericana de la época expresada, entre otras cosas, en una generalizada desconfianza hacia las autoridades e instituciones sociales, incluidas las de salud, que conduciría al rechazo de los valores hasta ahora compartidos por toda la sociedad y a un repliegue hacia la defensa de valores más estrechos, propios de comunidades específicas o puramente individuales.

Como consecuencia, se desarrollarían toda una serie de movimientos en pro de los derechos civiles, en contra de la discriminación racial y de la continuación de la guerra contra Viet Nam, profeministas, ecologistas y de consumidores, incluido el de consumidores de servicios de salud. Este último, tendría como resultado fundamental la aprobación por la Asociación Americana de Hospitales de la primera Carta de Derechos del Paciente en 1973, cuyo proceso de gestación se había iniciado desde 1969; la cual es considerada uno de los documentos fundacionales más relevantes de la bioética.

En resumen, el paradigma bioético comenzaría a gestarse en el seno de los movimientos sociales de la época, en especial del ecologista y del de consumidores de servicios de salud, como reacción sociopsicológica a la crisis del modelo económico, político e ideológico del "bienestar", agravada por las consecuencias negativas que para el hombre y la humanidad traería consigo el desarrollo de la Revolución Científico-Técnica en sus marcos.

La referida crisis habría de reflejarse también en los medios intelectuales, tanto directa, como indirectamente a través de la influencia de los movimientos sociales de la época. Analicemos a continuación, como segundo y último paso hacia el esclarecimiento de los referentes ideológicos de la bioética, los presupuestos metodológicos y conceptuales que permitirían imprimirle carácter sistematizado e ideológico al paradigma bioético en formación.

### **Premisas jurídicas**

La evolución de las decisiones de los tribunales norteamericanos que juzgarían casos clínicos (durante el siglo XIX y hasta inicios de la década de los 70 del presente siglo), de los fundamentos en que se apoyarían éstas y el método empleado para arribar a ellas, influirían notablemente en el proceso de conformación del paradigma bioético, tanto respecto a las concepciones y principios, como al método que se aplicaría para su desarrollo en el mundo anglosajón y que ulteriormente alcanzarían difusión mundial.

La revisión de casos judiciales, historias clínicas y otros documentos del mundo anglosajón, referida por varios autores, muestra que los médicos (exceptuando a los cirujanos) gozaron, como norma, de impunidad jurídica hasta el siglo XVIII.

Durante el siglo XIX (hasta 1890), los tribunales juzgarían casos relacionados con problemas de información y consentimiento concentrados, fundamentalmente, en la cirugía. Las cortes defenderían el derecho del paciente a la información y la elección sólo cuando éstas pudieran significar una ayuda terapéutica para el paciente y este derecho había sido violado por los médicos. Primaría la consideración jurídica de que la capacidad de decisión del paciente debe valorarse como un medio a tener en cuenta en la terapéutica, como parte de una buena asistencia médica. No hacerlo sería considerado negligencia.

En general primaría la idea de que la información y la toma de decisiones por los pacientes podrían ser perjudiciales para éstos. Las cortes se guiarían en esta materia por el criterio médico.

A partir de 1890 y hasta 1945 serían otros los criterios jurídicos en que se basarían las decisiones de los tribunales norteamericanos. Aparecería la figura jurídica de la agresión: acción médica sobre el cuerpo del paciente sin previo consentimiento de éste, aún en el caso de que ésta sea técnicamente correcta y resulte beneficiosa.

Las cortes norteamericanas defenderían la autonomía del paciente, su derecho a elegir cómo desea ser atendido por el médico y a establecer límites y prohibiciones específicas en relación con la intervención de éste en su cuerpo. Se exigiría el consentimiento del paciente con independencia de su significación terapéutica. No obtenerlo o violarlo sería considerado delito de agresión.

Entre 1945 y 1972 la defensa de la autonomía del paciente por parte de los tribunales norteamericanos se complementaría con nuevas exigencias jurídicas hasta alcanzar su clímax.

En 1957 tendría lugar el famoso "caso Salgo" donde se emplearía por vez primera el término "consentimiento informado", de suma importancia en bioética, como más adelante veremos. La sentencia del tribunal encargado de juzgar este caso establecería un requisito adicional a la obtención del consentimiento del paciente: el deber del médico de informarlo adecuadamente, de brindarle una información de calidad para que éste tome su decisión.

A partir de 1960 quedaría establecido que la obtención del consentimiento informado es responsabilidad del médico y no obtenerla entrañaría negligencia.

Entre el 69 y el 72 subiría de tono la defensa de la autonomía del paciente, hasta alcanzar un límite jurídicamente infranqueable y polémico en extremo. "Hasta entonces se consideraba que la información a suministrar debía quedar al criterio del médico (es el llamado "criterio de la práctica profesional"). Ahora, por el contrario, se afirma que el canon no es el médico sino el enfermo, y que por tanto debe proporcionarse a éste tanta información como sea necesaria para que realice una opción razonable, una vez informado de todas las alternativas posibles".<sup>5</sup>

De este modo, el tradicional "criterio de la práctica profesional" o "criterio médico" en relación con la información a suministrar al paciente sería sustituido por el "criterio de la persona razonable" para efectuar una "elección inteligente". La absolutización en estas decisiones judiciales del principio de autonomía del paciente tendría enorme repercusión en la bioética médica, y marcó profundamente su discurso desde sus orígenes y hasta la actualidad.

Consecuentemente, la bioética médica norteamericana adquiriría un fuerte matiz legalista determinado además, por la adopción del método judicial para la solución de casos, basado más en la experiencia judicial precedente y en las costumbres, que en la aplicación de la ley al caso concreto, previo esclarecimiento de las circunstancias concurrentes en él.

En resumen, la jurisprudencia norteamericana contribuiría notablemente, tanto conceptual, como metodológicamente al surgimiento y desarrollo de la vertiente médica de la bioética en Estados Unidos. La doctrina del consentimiento informado se iría moldeando en las cortes norteamericanas sobre la base de la creciente protección -hasta su absolutización-, de la autonomía del paciente como respuesta al acrecentado poder de médicos e instituciones de salud. Los tribunales aportarían también el método para la solución de dilemas éticos en la práctica clínica, cargado del pragmatismo que caracteriza a la cultura norteamericana en su conjunto.

Legalismo, individualismo y pragmatismo constituirían el legado principal de la jurisprudencia norteamericana a la naciente escuela anglosajona de bioética.

### **Premisas médico-deontológicas**

Expresamos antes la idea de que el espíritu de la época moderna se reflejaría, sólo en determinada medida, en la deontología médica, en particular, en los códigos deontológicos y declaraciones internacionales sobre ética médica que

se producirían con posterioridad a la II Guerra Mundial, inspirados en el Código de Nüremberg (anexo 1).

En efecto, en dicho código, donde aparecen formulados los principios básicos que deben tenerse en cuenta a fin de satisfacer las exigencias morales, éticas y legales en la investigación con seres humanos, resultaría de gran relevancia el establecimiento en él del "consentimiento voluntario" del sujeto humano de experimentación como un requisito de carácter absolutamente esencial para emprenderla.

Como parte del proceso de internacionalización de la medicina se constituiría en 1948 la Asociación Médica Mundial, la cual adoptaría la "Declaración de Ginebra" y promulgaría el "Código Internacional de Ética Médica" (anexos 2 y 3), concisos documentos desprovistos de las superfluas exigencias de etiqueta médica que caracterizaron a los documentos deontológicos precedentes y más acordes a las expectativas de la época de posguerra, los cuales serían revisados y enmendados con posterioridad en más de una ocasión.

En 1964, y dando continuidad al proceso iniciado en Nüremberg, se profundizarían las exigencias para la realización de experimentos en seres humanos, incluidas las referidas a la obtención del consentimiento de éstos (Declaración de Helsinki). Sus preceptos serían desarrollados en la Declaración de Tokio, más conocida como "Helsinki II" (anexo 4) y revisados y enmendados en sucesivas asambleas de la Asociación Médica Mundial. Se adoptarían además, toda una serie de declaraciones sobre problemas morales específicos de carácter emergente derivados del impacto de la Revolución Científico-Técnica en la esfera de la salud.

Estos desarrollos, a diferencia de los que tuvieron lugar en la jurisprudencia norteamericana, estarían orientados más hacia la protección de las personas (beneficencia), que hacia la protección de su autonomía. La actualización del modelo beneficentista y en particular el planteamiento desde esta perspectiva, de exigencias concretas y radicales en relación con el consentimiento de los sujetos humanos de experimentación biomédica, influiría notablemente en los derroteros de la bioética en general e incluso de la anglosajona en particular.

A su vez, la bioética influiría en el desarrollo de la deontología médica a nivel, tanto de determinadas naciones, como internacional. Muestra de ello lo constituyen algunas formulaciones contenidas en aquellos documentos deontológicos que fueron producidos o enmendados con posterioridad al surgimiento y difusión de la bioética, las cuales rebasan con creces los marcos tradicionales de la deontología médica.

En este contexto se inscribe la aprobación por la 34 Asamblea Médica Mundial en 1981, de la "Declaración de Lisboa. Derechos del paciente" (anexo 5). En ella se recoge sucintamente el derecho del paciente a, después de ser "adecuadamente informado sobre el tratamiento", "aceptarlo o rechazarlo" y a "morir con dignidad".

Se aprecia aquí la influencia del paradigma bioético y en particular, de la Carta de Derechos del Paciente adoptada por la Asociación Americana de Hospitales en 1973.

En resumen, la deontología médica no debe ser considerada, como en oportunidades se hace, un ente pasivo o incluso retardatario del cambio de paradigmas en ética médica. Ella fue capaz de reflejar, en determinada medida, las exigencias de la época, lo que contribuyó también a fomentar la atmósfera propicia para la aparición de la bioética, a la vez que no se mostraría indiferente ante las nuevas propuestas promovidas por ésta.

### **Premisas eticofilosóficas**

La intelección de los procesos económicos, políticos, científico-tecnológicos y sociales que condicionarían la aparición del paradigma bioético se realizaría desde las posiciones de la filosofía y la ética liberal burguesas.

Con este fin, serían tomadas como punto de partida concepciones eticofilosóficas de carácter liberal burgués atenuado y orientación humanista. Entre ellas, ocuparían un lugar preferencial las doctrinas éticas de *Enmanuel Kant* (1724-1804), de carácter deontológico, y de *John Stuart Mill* (1806-1873), de orientación utilitarista, ambas propulsoras del principio de autonomía.

La teoría kantiana de la moral puede resumirse en el postulado de carácter deontológico "es bueno hacer lo que se debe", es decir, debe hacerse lo que se ajuste a las normas establecidas cuya validez no depende de las consecuencias de su aplicación. Lo único bueno, de acuerdo a esta concepción, es la voluntad autónoma fundada en la razón y en la libertad, regida por una normativa interna, no supeditada a determinante externo alguno. En otras palabras, es la voluntad de obrar por deber, por conciencia del deber, no por cumplir formalmente con el deber estipulado en la norma.

Actuar por deber significa actuar acorde a una máxima universalizable, es decir, una máxima en que aceptaríamos se basara también la acción de los demás, la cual recibiría la denominación de *imperativo categórico*.

Para la ética kantiana es bueno hacer lo que consideramos bueno que todos los demás también hiciesen. En ella, esta regla no admite excepciones. Debe obrarse siempre por deber, independientemente de los intereses e inclinaciones del sujeto, de las condiciones y circunstancias en que se produce la acción y de las consecuencias que se deriven de ella.

Por ello, como escribiera *Federico Engels* refiriéndose a la teoría moral de *Feuerbach* y a todas sus predecesoras (incluida la kantiana), ella "sirve para todos los tiempos, todos los pueblos y todas las circunstancias; razón por la cual no es aplicable nunca ni en parte alguna resultando tan impotente frente a la realidad como el imperativo categórico de Kant".<sup>6</sup>

*Stuart Mill*, por su parte, desde posiciones utilitaristas (teleológicas o consecuencialistas) opuestas al deontologismo kantiano, lograría fundamentar también el principio de autonomía moral. A la máxima deontológica "es bueno hacer lo que se debe", se contrapondría la utilitarista "se debe hacer lo que es bueno".

La obligación moral de hacer algo ahora se determinará en función de las consecuencias previsibles de la acción, de acuerdo a la correlación de perjuicios

y beneficios (utilidad) que ésta pueda reportar y no en virtud de su intencionalidad, de su ajuste a una norma concientizada y universalizable. Esta variante del utilitarismo recibiría la denominación de **utilitarismo de acto**, si se atiende al hecho de que centra su atención en las consecuencias de las acciones humanas.

Para el utilitarismo lo bueno es lo útil, pero no sólo para el sujeto (egoísmo ético), sino también para los demás (altruismo ético). De este modo, la ética utilitarista adopta una posición intermedia entre estas 2 posiciones opuestas.

Según *Stuart Mill*, la única limitación a la libertad de acción del individuo, a la soberanía de éste sobre su cuerpo y su espíritu que puede justificarse, es la que se imponga en función de evitar perjuicios a otros. Esta tesis se complementaría con otra máxima: buscar "el mayor bien para el mayor número de personas", de carácter tan no histórico y abstracto como el imperativo categórico kantiano.

Por ello, a la ética utilitarista le es atribuible el mismo defecto que a la kantiana: fundarse en una concepción abstracta del hombre, lo cual le confiere a sus postulados éticos un carácter también abstracto, no histórico. No es posible fundar una ética que pueda orientar lo que el hombre deba hacer en todas las épocas y en todas las sociedades. Una ética con tales aspiraciones está condenada al formalismo y al universalismo abstracto.

Además, su concepción sobre la libertad estaría permeada por el individualismo típico del liberalismo extremo, el cual se vería atenuado por su convicción acerca del carácter inevitable del advenimiento del socialismo que haría del individualismo algo impracticable y no útil. Arribaría pues, basándose en razones estrictamente utilitarias, a la conclusión de que el estado debería intervenir en la economía y en otras esferas de la vida social.

No obstante sus limitaciones, tanto la ética kantiana, como la utilitarista de *Stuart Mill*, realizarían significativos aportes al desarrollo de esta disciplina: fundamentación de una ética antropocéntrica, donde el hombre es concebido como fin y nunca como medio, como ente libre y creador de su moralidad, la cual adquiere sentido sólo en relación con los demás hombres, etc.

El desarrollo ulterior de las concepciones ético-filosóficas de *Kant* y *Mill* discurriría por cauces sumamente contradictorios. Por un lado, éstas serían tomadas como fundamento de teorías reaccionarias promotoras del individualismo, el autonomismo radical y en general, el liberalismo extremo; por otro, servirían de base a doctrinas caracterizadas por un humanismo menos abstracto y un liberalismo más atenuado.

Con la introducción de la problemática de los valores en el estudio de la moral, se intentaría superar el formalismo y el carácter abstracto de dichas concepciones eticofilosóficas y muy en particular, de la kantiana. El neokantismo y la ética fenomenológica prepararían el camino para la aparición, en 1930, de un importante libro que estaría llamado a influir notablemente en el proceso de surgimiento de la bioética. Nos referimos a la obra *The Right and the Good* de *W. David Ross*, representante de la filosofía analítica del lenguaje ético.

*Ross*, partiendo de *Aristóteles*, se propondría superar el formalismo kantiano y el consecuencialismo utilitarista (del cual sería un crítico im-

placable); esto lo convierte en un clásico de la moderna metodología del conflicto de deberes y valores.

Su concepción se sustenta en el presupuesto de que la corrección de la acción no depende de que produzca las mejores consecuencias. A su juicio, existen un conjunto de deberes básicos: fidelidad, reparación, gratitud, justicia, beneficencia, autoperfeccionamiento y no maleficencia, los cuales son objetivos, absolutos, evidentes y fruto de la intuición (intuicionismo ético). A ellos los denomina "deberes *prima facie*" o "deberes condicionales", los cuales son deberes "en principio" o "a primera vista", es decir, deberes que deben cumplirse siempre que no entren en conflicto con algún otro deber de esta clase.

Cuando estos deberes no entran en conflicto ante un caso concreto, la condicionalidad de éstos desaparece y se convierten en "deberes reales y efectivos". Pero si se produce conflicto, estos deberes se hacen sólo probables, y se hacen también sólo probable la corrección del acto en cuestión.

Deberá entonces decidirse, atendiendo al deber mayor en dicha circunstancia, que será el que maximice las consecuencias buenas, es decir, ofrezca una mejor correlación de las consecuencias buenas y malas.

Como puede suponerse, esto último tornaría atractivo el deontologismo renovado de *Ross* para el utilitarismo.

El valor metodológico de estas propuestas de *Ross* se complementaría en el plano conceptual con la formulación en 1971, por *John Rawls*, de la doctrina de la equidad de inspiración kantiana, cuya significación para el tratamiento de los temas de justicia sanitaria en la contemporaneidad ya fue mostrada. Su carácter liberal moderado, de corte socialreformista, marcaría la tendencia dominante entre los desarrollos de la teoría kantiana que tendrían lugar durante los albores de la bioética.

Sin embargo, partiendo de *Kant* y *Ross*, se llegaría también a la formulación de las doctrinas más reaccionarias en bioética. Así, tempranamente (1974), *Robert Nozick* inauguraría la línea neoliberal en bioética, la cual recibiría un notable impulso con la publicación, en 1986, de la obra de *Tristram Engelhardt*, *Los fundamentos de la Bioética*.

En esta obra se presenta como inevitable el advenimiento de la fría y atomizada sociedad global, cuyo carácter postmoderno se expresaría en la imposibilidad de fundamentación racional de un sistema de valores compartidos por todos sus miembros.

Para *Engelhardt*, "la postmodernidad pone de manifiesto la imposibilidad de obtener mediante argumentos lógicos una interpretación normativa dotada de contenido de la moralidad y de la bioética que pueda proporcionar autoridad moral a la política pública en general y a la sanitaria en particular".<sup>7</sup>

Partiendo de tales consideraciones, el autor justifica el derecho moral básico de toda persona a vender sus órganos para trasplantes, al mismo tiempo que niega la existencia de derecho moral fundamental humano alguno, a recibir asistencia sanitaria, ni tan siquiera un "mínimo decoroso".<sup>8</sup>

Las concepciones neoliberales -minoritarias en bioética-, han sido y son objeto de fuertes críticas motivadas por el espíritu irracionalista y antihumanista



que las anima, contrario por principio al ideal bioético de construcción, sobre bases racionales, de un nuevo paradigma ético-humanista.

En el desarrollo del utilitarismo, por su parte, tendrían también lugar tendencias reaccionarias y progresistas. Desde fines del siglo XIX y primeras décadas del XX surgiría y se difundiría en Estados Unidos el pragmatismo, el cual habría de influir significativamente en todos los ámbitos de la cultura norteamericana. En su ética se identifica lo bueno con aquello que conduce al éxito personal en la actividad práctica (egoísmo ético). Por tanto, los valores, principios y normas carecen aquí de contenido objetivo, donde lo bueno es algo totalmente relativo al depender de cada situación en que se encuentre el individuo.

El pragmatismo se constituiría en la variante más reaccionaria del utilitarismo, caracterizada por el egoísmo, el subjetivismo y el irracionalismo extremos. Su influencia en el surgimiento de la bioética, como ya antes señalamos, sería, fundamentalmente, no de carácter doctrinario, sino metodológico.

Una tendencia más progresista en el desarrollo del utilitarismo se estructuraría a partir de las doctrinas éticas de inspiración keynesiana (que ya analizamos) y de los aportes del propio utilitarismo bioético, donde tendría lugar un proceso de moderación progresiva de su liberalismo y de acercamiento a las posiciones del deontologismo renovado.

En efecto, bajo la influencia de las concepciones de Ross, el utilitarismo comenzaría a aceptar el valor de la norma, en forma de principios y reglas éticas, para la determinación del carácter moral de los actos. El **utilitarismo de acto** se complementarían con el **utilitarismo de norma o regla**, cuya máxima fundamental es la de actuar según la norma o regla cuya aplicación produzca las mejores consecuencias.

El pujante movimiento intelectual y académico de las humanidades médicas y la filosofía de la salud que tendría lugar en los Estados Unidos durante las décadas de los 50 y 60 del presente siglo contribuiría a la fusión de estas 2 tendencias en un nuevo discurso más coherente. Su mérito principal sería el de aplicar al campo de la salud y en particular a la formación de sus profesionales, el legado ético recibido.

De este modo, se produciría la convergencia del deontologismo y el consecuencialismo renovados, la cual tendría su expresión tanto en los aspectos de orden metodológico, como conceptual.

Muestra de ello lo fue, el trabajo de la "Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y de la Conducta", establecida por el Congreso estadounidense con el fin de dar respuesta oficial a la situación que se había generado a fines de los 60 y principios de la década de los 70 en relación con esta actividad y que antes expusimos detalladamente. La Comisión desarrolló sus labores entre 1974 y 1978 y sus conclusiones finales serían publicadas en este último año, bajo el nombre de *Belmont Report*.

Este documento sería un resultado concreto de la aplicación combinada del utilitarismo y el deontologismo renovados.

Aplicando el método inductivo, propio de las ciencias experimentales, al estudio de casos concretos de investigación en humanos, se llegarían a

establecer 3 principios o juicios prescriptivos generales -respeto por las personas, beneficencia y justicia- con la finalidad de proporcionar un marco analítico que sirviera de guía en la resolución de los problemas éticos planteados en la investigación, que sirviera como justificación básica para las prescripciones y evaluaciones éticas particulares en este campo.

Estos principios no constituyen principios deontológicos puros. Ellos son, más bien, formas organizadoras de la reflexión ética para la solución de dilemas prácticos. Tienen más valor metodológico, que teórico, y más valor analítico, que normativo, sobre todo si se tiene en cuenta que entre ellos no existe ordenamiento jerárquico alguno en que se refleje el complejo entramado de las relaciones morales en este campo, lo cual limita sus posibilidades para prescribir de modo efectivo.

Como puede observarse, el utilitarismo de regla bioético permite aceptar principios, normas o reglas, aunque no de carácter puramente deontológico, absoluto, sino relativo, los cuales sólo pueden ser jerarquizados según las consecuencias que se deriven de su aplicación (utilitarismo de acto).

No obstante, el análisis del contenido de los 3 principios enunciados en el *Belmont Report* permite establecer la presencia en ellos de momentos normativos suficientemente definidos que, sin embargo, no alcanzan a superar el carácter abstracto que los caracteriza.

Así, el principio de respeto por las personas se concreta en los deberes de tratar a los individuos como entes autónomos y de proteger a las personas con autonomía disminuida (las preferencias valorativas y elecciones de las personas serán respetadas y sus acciones no serán obstaculizadas a menos que de éstas puedan derivarse perjuicios a terceros). De este principio se derivaría una importante aplicación práctica: el requisito del **consentimiento informado**.

El principio de beneficencia se expresaría en el deber de extremar posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos (promover el bienestar de las personas). En su aplicación práctica, este principio obligaba a evaluar la proporción riesgo/beneficio. Del principio de justicia se derivaría el deber de tratar equitativamente a las personas (equidad). Por dicho deber se orientaría la práctica de selección de sujetos de investigación.

Como hemos analizado, los principios establecidos en el *Belmont Report* se circunscribían a problemas éticos relacionados con la investigación en seres humanos. Correspondería a *Tom L. Beauchamp* y *James F. Childress* el mérito de su extensión a la práctica clínica.

En 1979 aparecería su libro *Principios de Ética Biomédica* en el cual se desarrollaría la concepción principalista del *Belmont Report* como método para la solución de los dilemas éticos que se generan en el ejercicio práctico de la medicina. El "principio de respeto por las personas" sería enunciado de modo distinto, como "principio de respeto por la autonomía" y se establecería, como hicieron antes otros autores, la distinción entre el "principio de beneficencia" y el de "no maleficencia".<sup>9</sup>

Este libro representaría el punto culminante de la convergencia del deontologismo y el utilitarismo renovados. Como expresan sus autores (uno

deontologista y otro utilitarista), "nosotros encontramos que algunas formas (no todas) de utilitarismo de regla y de deontologismo de regla conducen a principios reglas y acciones recomendables virtualmente idénticos. Es posible desde ambos puntos de vista -utilitarista y deontológico-, defender los mismos principios (como el respeto por la autonomía y la justicia) y reglas (como veracidad y confidencialidad) y asignar a ellos aproximadamente el mismo peso en casos de conflicto".<sup>10</sup>

Sin embargo, el hecho de que la práctica clínica se hubiese tornado cada vez más conflictiva, implicaría que la solución de casos concretos condujera regularmente a una situación de confrontación entre los principios, la cual se resolvería remitiéndose a la evaluación de las consecuencias de los actos, al asumir este criterio como el único válido para la jerarquización de los principios en pugna.

Así, el utilitarismo se impondría sobre el deontologismo, relativizándose en extremo el acto de elección y justificación moral, lo cual dejaría una puerta abierta a la adopción de, prácticamente, cualquier variante de conducta profesional al quedar subordinada esta última a las peculiaridades del caso, de la situación en cuestión.

En la citada obra, el paradigma bioético en su vertiente médica adquiriría su forma sistematizada primera y más difundida de expresión: el principalismo, cuyo contenido y tendencias de desarrollo serán objeto de análisis en trabajos posteriores. Con él había nacido la Bioética médica, o más exactamente, su primera escuela -la anglosajona-, llamada a influir significativamente en todo su desarrollo ulterior.

En su etapa fundacional dicha escuela se caracterizaría por el predominio del utilitarismo (con su carga de relativismo ético), desde cuyas posiciones se privilegiaría la autonomía del individuo y, consecuentemente, el estudio de los problemas que a éste afectan (microproblemas). El pragmatismo y el legalismo típicos de la cultura norteamericana matizarían el discurso bioético en sus orígenes, imprimiéndole como orientación principal la defensa de los derechos individuales del paciente (individualismo).

La consolidación de tal perspectiva tendría lugar entre 1981 y 1983, período en que realizaría sus labores la Comisión Presidencial para el Estudio de los Problemas Éticos en Medicina y en la Investigación Biomédica y de la Conducta. En su informe final, dicha comisión expresaría su total desinterés por jerarquizar y desarrollar en el plano teórico los principios enunciados en el *Belmont Report*, limitándose a señalar que éstos constituyen parte básica de la tradición cultural y filosófica occidental, es decir, son principios elementales de moral civil aceptables por todos. La vocación globalizadora de la bioética médica anglosajona se haría con ello patente.

Señalaremos, por último, que el proceso de surgimiento y consolidación del paradigma bioético se vería influenciado también, por las experiencias derivadas de su aplicación práctica.

Si bien al principio la Bioética médica fue acogida con recelo por las direcciones de las instituciones hospitalarias, al considerar que su aplicación traería

conigo más problemas que los que resolvería, pronto éstas se percatarían de que la excelencia ética que ella aportaría a sus instituciones permitiría satisfacer las exigencias de los consumidores y ofertar un servicio de calidad superior que generaría ganancias suplementarias.

Los intereses económicos, en particular el interés de las instituciones de salud en la elevación de sus ganancias (pragmatismo mercantil) y el de las esferas de poder político en reducir los costos de la salud pública, son 2 factores que no pueden dejar de tenerse en cuenta en el análisis del proceso de surgimiento y consolidación de la Bioética en Estados Unidos. Su influencia se dejaría sentir en las preferencias temáticas y orientación de los estudios durante este período.

El caso de Karen Ann Quinlan, joven que se mantuvo en estado vegetativo persistente durante 10 años (1975-1985) generaría agudas polémicas e innumerables cuestionamientos éticos incluyendo el de la licitud de destinar recursos ilimitados a su atención en tal estado. La Corte de Justicia, para tomar una decisión definitiva sobre el caso, solicitaría la formación de un Comité de Ética que se pronunciara sobre el retiro o no de los medios de soporte artificial que la mantenían con vida. Nacerían así los Comités de Ética Hospitalaria, cuyo antecedente inmediato lo constituiría el comité formado en Seattle (EE.UU.) para decidir cuáles pacientes renales crónicos podían acceder a la diálisis renal en condiciones de limitación de los recursos destinados para su realización.

A inicios de la década de los 80, los Principios de Ética Médica de la Asociación Médica Americana serían renovados desde la nueva perspectiva que brindaba el paradigma bioético. Se extendería y consolidaría la práctica de crear comisiones de ética para el análisis de problemas específicos. La Bioética o Ética biomédica comenzaría a formar parte de los currículos de las escuelas de Medicina. Las publicaciones y eventos científicos sobre el tema se multiplicarían. La Bioética médica norteamericana se había consolidado e iniciaba su acelerada difusión a nivel internacional.

## PROCESO DE SURGIMIENTO DE LA BIOÉTICA

Concluido el análisis de los diferentes factores que intervinieron en el proceso de surgimiento de la bioética, nos encontramos en condiciones de analizar, a modo de síntesis, el problema de los referentes ideológicos de ésta en su etapa de fundación.

Aunque el carácter ideológico de la bioética no debiera suscitar duda alguna, resulta frecuente su negación.<sup>11</sup> La determinación de las causas y motivaciones que han incidido en la adopción de tal postura, así como la demostración de su inconsistencia, ya han sido objeto de atención en nuestra literatura.<sup>12</sup>

Entre los autores cubanos es habitual el reconocimiento del carácter ideológico de la bioética. Sin embargo, pueden apreciarse divergencias significativas en cuanto a la atribución de determinada orientación ideológica a ésta.

Así, por un lado, la bioética es considerada como un movimiento de signo positivo, no obstante su aparición en un contexto económico, social y cultural

central signado por el liberalismo;<sup>13</sup> mientras por otro, se afirma que ésta se encuentra al servicio de los intereses de los grupos dominantes en Estados Unidos, le son inherentes claras intenciones de tipo comercial y es portadora de programas nocivos para el desarrollo de la medicina y la salud pública en los países subdesarrollados,<sup>14</sup> es decir, se caracteriza por su proyección ideológica ultrarreaccionaria.

Como antes demostramos, el surgimiento de la bioética tendría lugar en una convulsa, compleja y contradictoria coyuntura económica y política, lo cual habría de marcar profundamente su discurso, tornándolo contradictorio y heterogéneo desde el punto de vista de sus referentes ideológicos. La principal dificultad de las referidas caracterizaciones ideológicas de la bioética estriba, precisamente, en no haber tenido en cuenta este hecho, lo cual las torna unilaterales y explica lo extremo de algunas de las aseveraciones en ellas contenidas.

La determinación de los referentes ideológicos de la bioética en su etapa fundacional implica el esclarecimiento de cuáles fueron los sujetos y cuáles los intereses que jugaron un papel activo en el proceso de surgimiento y consolidación de ésta. A nuestro juicio, como fundamentales, deben ser considerados los siguientes:

### **Bioética ecológica**

Sería impulsada por un movimiento de carácter progresista y sistematizada por intelectuales de avanzada, inscribiéndose entre lo mejor de las producciones del humanismo burgués. Su preocupación por los destinos de la humanidad, por los problemas globales que la afectan, en particular por el problema ecológico, se concreta en una propuesta de carácter reformista avanzado que, como ya analizamos, se plantea la solución de dichos problemas en términos de transformaciones éticas radicales en la conciencia científica, de sustitución del paradigma ético en ella dominante. No obstante el carácter limitado de tal propuesta, ésta apunta certeramente hacia una de las más importantes vías que debe ser recorrida en aras de alcanzar dicho objetivo, con lo cual rebasaría con creces los marcos del reformismo burgués tradicional.

El paradigma ideológico neoliberal, individualista, pragmático y supuestamente desideologizado promovido por los grupos de poder y predominante en la sociedad norteamericana se constituiría en obstáculo insalvable para la promoción de investigaciones sobre temas globales y para la extensión de paradigmas éticos ecologistas. Este factor, junto al de la medicalización de la vida humana y de la propia ética antes analizado, condicionarían el estancamiento de la bioética ecológica y el avance de la bioética médica. Así, la bioética se medicalizaría.

### **Bioética médica**

Sería impulsada por un movimiento conformado por personas provenientes de grupos sociales con acceso a los servicios de salud. Su objetivo, por

tanto, no era el del mejoramiento del estado de salud de la población en general mediante el logro de niveles superiores de acceso de ésta a éstos (justicia macro-distributiva), sino uno mucho más limitado: el de proteger al consumidor de las prácticas deshumanizadas que se apreciaban en la prestación de dichos servicios, y aspirar a garantizar de este modo su bienestar.

Este movimiento no se manifestaría en contra de la mercantilización desmesurada de los servicios de salud, ni señalaría a ésta como causa inmediata de la referida deshumanización. Más bien, por el contrario, partía de la aceptación de tales relaciones mercantiles y sólo buscaría, desde la posición del consumidor, modificar las condiciones de su inserción en ellas, intentando hacer valer la fórmula liberal burguesa, nunca antes aceptada en medicina, de que el que paga manda (psicología consumista del bienestar). No obstante su carácter reformista estrecho (sólo dirigido a producir reformas en la práctica mercantil hospitalaria), constituiría una propuesta humanista, quizás la única que tendría posibilidades de prosperar en dicho contexto: introducir el criterio del individuo-paciente-consumidor en el proceso de toma de decisiones clínicas a modo de escudo protector contra las prácticas hospitalarias deshumanizadas e instrumento de presión para la moralización del ambiente de los hospitales, el cual había sufrido, por las causas ya analizadas, un significativo deterioro.

Las instituciones de salud, comenzando por la Asociación Americana de Hospitales, acogerían favorablemente el movimiento, aunque algunas de ellas mostrarán al principio cierto recelo. Este, finalmente, sería asimilado e incluso estimulado con criterio mercantil por los poderosos intereses económicos que se mueven en la esfera de la salud, al vislumbrar en él potencialidades (que en nada tienen que ver con los propósitos que lo animaron) para generar ganancias suplementarias mediante su contribución a la oferta de servicios hospitalarios de excelencia mucho mejor cotizados en el mercado de la salud.

Las instancias de poder -primero el judicial, después el legislativo y más tarde el ejecutivo-, no tendrían dificultad alguna para, sin dejar de responder a los intereses de los grupos dominantes de la sociedad, atender a los reclamos de la opinión pública y del movimiento de consumidores de servicios de salud. La atmósfera de reformas que se había generado sería incluso aprovechada para favorecer dichos intereses.

El poder judicial, al juzgar casos clínicos, mostraría, desde muy temprano, predilección por decisiones de corte liberal-burgués cada vez más extremo (que irían mucho más allá de los objetivos que se propondría el movimiento) caracterizadas por su pragmatismo e individualismo crecientes. Dichas decisiones, no sólo armonizarían con la orientación neoliberal de la sociedad norteamericana de la época, sino que además contribuirían a consolidarla.

El poder legislativo, por su parte, ante la presión de la opinión pública, de los electores, se vería obligado a tomar medidas tendientes a la protección de los sujetos humanos de investigación.

Por último, el poder ejecutivo ratificaría las posiciones adoptadas por el legislativo y se manifestaría además, al aprovechar las polémicas en torno a la aplicación del principio de justicia a la distribución de recursos en la esfera de

la salud, por la reducción de las asignaciones presupuestarias a ésta, y considera necesario el garantizar sólo un ambiguo "cierto nivel" de asistencia sanitaria a cada ciudadano, lo cual nunca sería cumplido plenamente, para imponer, a la postre en la práctica, las políticas neoliberales en salud.

El interés por procurar el bienestar humano, fundamento moral primero de la profesión, se encontraba mediatizado por los intereses que se habían generado en el cuerpo médico norteamericano como consecuencia de su inserción en un sistema de relaciones profundamente mercantilizado.

Ello facilitaría a la Asociación Médica Americana la renovación de sus principios éticos, de modo tal que se hiciera factible la satisfacción de los intereses del consumidor, mediatizados, como ya se encontraban, por los intereses de las instituciones de salud y de los poderes públicos.

Como resultado, el principio de autonomía y su aplicación, el consentimiento informado, estarían llamados a adquirir en la práctica el estatus de reguladores fundamentales de la conducta profesional. La protección del paciente cedería terreno ante la protección de su autonomía. La proyección beneficentista del profesional de la salud que se pretendía revalorizar, corría el peligro de resentirse aún más con la absolutización del citado principio y su aplicación.

Los intereses profesionales, ahora fuertemente imbricados con los intereses antes enumerados, tenderían a teñirse de pragmatismo, pudiendo primar incluso sobre los intereses del paciente. Así, por ejemplo, el consentimiento informado podría ser empleado como escudo protector, no sólo del paciente, sino de los profesionales de la salud ante posibles demandas judiciales.

El carácter mercantil de las relaciones que el movimiento de consumidores de salud trataba de corregir, representaría a la postre la más seria amenaza para que sus aspiraciones humanistas pudiesen plasmarse plenamente en la práctica.

Los intelectuales que asumirían la tarea de sistematizar la bioética médica expresarían la heterogeneidad de intereses de los distintos grupos sociales y de poder vinculados con su desarrollo. Así, tendrían cabida producciones de franca tendencia neoliberal que responderían a los grupos sociales y de poder más reaccionarios de la sociedad norteamericana, junto a otras de un liberalismo moderado, entre las cuales se destacan las de corte socialreformista por sus posiciones más cercanas a las del humanismo auténtico, aunque limitadas, al fin y al cabo, por su proyección burguesa.

Las producciones de carácter liberal moderado constituyen mayoría y conforman el cuerpo doctrinario fundamental de la bioética médica. Ellas son el resultado de la labor de un grupo de intelectuales honestos, comprometidos con las aspiraciones de las clases medias y de distintos grupos minoritarios de la sociedad, preocupados por la deshumanización de los servicios de la salud, interesados en el rescate de los más preciados valores humanistas de las profesiones de la salud e incluso en promover reformas que hagan más justa y equitativa la gestión de salud dentro de las limitadas posibilidades que brinda una sociedad dominada por tendencias neoliberales. Con ello, el movimiento intelectual en torno a la bioética médica trascendería con creces los estrechos marcos del movimiento de consumidores de servicios de salud, para asumir una proyección cada vez más universal.

De este modo, no obstante las limitaciones que caracterizarían a la bioética médica en su etapa de fundación, ésta sería portadora de un grupo de valores de significación universal que, a modo de conclusión, pueden ser sintetizados de la forma siguiente:

1. Renovaría el interés por el estudio de los problemas éticos en general, y en particular de aquéllos que se generan en la esfera de la salud, promoviendo enfoques tendientes a su solución práctica.
2. Llamaría la atención sobre la necesidad de humanización, democratización y moralización de la asistencia, las investigaciones médicas y las políticas de salud.
3. Promovería la introducción de los enfoques axiológicos en el proceso de toma de decisiones en las distintas vertientes de actividad en el campo de la salud.
4. Abriría un nuevo camino en el proceso de socialización de la medicina y en general de la actividad en la esfera de la salud al promover la incorporación de la perspectiva del paciente, los grupos sociales y la sociedad en sus dimensiones cultural y ética al proceso de toma de decisiones, para contribuir con ello a la extensión y fortalecimiento de las posiciones del paradigma médico-social y, por consiguiente, a la superación del paradigma biologicista de inspiración positivista.

En resumen, el surgimiento de la bioética médica significaría el inicio de la revolución burguesa en el campo de las relaciones morales en la esfera de la salud orientada a la eliminación del desfase histórico existente entre éstas, que aún conservaban el carácter jerárquico, despótico, autoritario y de dependencia personal propio de las relaciones sociales en las sociedades precapitalistas, y el resto de las relaciones sociales del sistema capitalista que ya, desde mucho antes, habían alcanzado su forma madura de expresión.

El carácter tardío de dicha revolución, iniciada en condiciones en que el capitalismo se aprestaba a comenzar un proceso de globalización económica sobre bases neoliberales, mientras aún mantenían su vitalidad los proyectos de desarrollo social fundados en un liberalismo burgués moderado y el socialismo constituía una realidad; se vislumbraba como una alternativa de progreso social y brindaba una perspectiva humanista y de justicia social más avanzada, condicionaría ésta resultara, por un lado, lastrada por la reacción neoliberal y, por otro, impulsada a trascender sus estrechos horizontes bajo la influencia de fuerzas progresistas, genuinamente interesadas en propiciar el bienestar del hombre y la humanidad, gracias a lo cual adquiriría progresivamente significación universal y avanzaría cada vez más lejos por los caminos del auténtico humanismo.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Potter, VR. Bioethics: bridge to the future, Prentice-Hall, New Jersey, 1971.
2. Potter, VR. Global Bioethics, Michigan State University Press, Michigan, 1988.
3. Petrao, NM do C. Fundamentación antropológica de la Bioética: expresión de un nuevo humanismo contemporáneo, Cuadernos del Programa Regional de Bioética No. 2, 1997: 14.
4. Dieterich, SH. Globalización, Educación y Democracia en América Latina. En: La Sociedad Global. Educación, Mercado y Democracia, Casa Editorial Abril, La Habana, 1997: 61.
5. Gracia, D. Fundamentos de Bioética, Eudema, S.A., Madrid, 1989: 170.
6. Engels, F. Ludwig Feuerbach y el fin de la filosofía clásica alemana, Ed. Política, La Habana, 1964: 38.
7. Engelhardt, HT. Los fundamentos de la Bioética, Ed. Paidós Básica, Barcelona, 1995: 96.
8. p. cit7: Pp. 98 y 401.
9. Beauchamp, TL, Childress, JF. Principles of Biomedical Ethics, Oxford University Press, New York, 1989: 67 y 121.
10. p. cit 9.: p. 44.
11. Kottow, L. Introducción a la Bioética, Ed. Universitaria, Santiago de Chile, 1995: 55.
12. Pérez, ME, Pérez, A. Fundamentar la Bioética desde una perspectiva nuestra. En: Bioética desde una perspectiva cubana, Centro "Félix Varela", La Habana, 1997: 33-34.
13. Acosta, JR, González, MC. El escenario posmoderno de la Bioética. En: Bioética desde una perspectiva cubana, Centro "Félix Varela", La Habana, 1997: 17.
14. Llorens, FJA. El juicio ético en la práctica médica (editorial), Revista Cubana de Medicina, Vol. 36, No. 1, Enero-Marzo. 1997: 7.

# **Pensamiento médico y ética clínica contemporánea**

*Dra. Irene Barrios Osuna*

## **INTRODUCCIÓN**

La formación de diversas concepciones sobre la enfermedad en la clínica ha estado estrechamente vinculada al reconocimiento de variadas dimensiones de la persona y a la utilización de distintos métodos en el estudio del proceso salud-enfermedad.

Este panorama conceptual tiene una significativa incidencia en el tratamiento de los dilemas éticos en el mundo de la asistencia médica, debido a la repercusión que tiene en la reflexión sobre los temas morales la concepción que se tenga sobre el ser humano enfermo.

¿Es ético el tratamiento médico de la persona, exclusivamente desde las perspectivas que brinda las ciencias biomédicas? ¿Qué relación existe entre la expresión clínica del método científico y el análisis de los dilemas éticos? Una fundamentación del pensamiento ético en la práctica médica no debe soslayar el universo de reflexiones que acompañan al médico en el proceso diagnóstico y terapéutico y la utilización que el mismo hace de diversos métodos para interpretar el proceso salud-enfermedad.

## **LAS DIMENSIONES HUMANAS EN LA CLÍNICA**

El tratamiento al hombre enfermo desde perspectivas metabiológicas ha sido un tema estudiado en la práctica clínica y la docencia médica en los últimos tiempos.

La clínica, desde una visión biológica, ha obtenido y continúa obteniendo indudables éxitos en la curación a personas con problemas de salud; sin embargo, esta realidad no impidió la aparición de un reclamo a integrar a esta perspectiva biológica aspectos psicológicos y sociales con el desarrollo de ramas de la medicina que demostraron su éxito a partir de fundamentos diferentes a los tradicionales. Así, el psicoanálisis, en el área de las enfermedades mentales, y la epidemiología, en el control de los problemas de salud en las poblaciones, aparecieron como nuevas perspectivas diagnósticas y terapéuticas en la esfera de la medicina.

Tanto el psicoanálisis como la epidemiología no constituyen exactamente un desarrollo de una visión biopsicosocial integral del hombre dentro de la clínica, sino que forman espacios nuevos que, en la necesaria etapa expansiva de la medicina, descubren y ejecutan formas diferentes de interpretar y tratar el proceso salud-enfermedad, y establecen espacios propios en la asistencia médica, en el caso del psicoanálisis y en la salud pública, en el caso de la epidemiología.

La aparición de ambas ramas no erradicó del pensamiento médico el predominio de las ciencias naturales, en especial de la biología, lo que se traduce en el auge y desarrollo de la biomedicina en la época actual. Sin embargo, el aumento de las enfermedades no transmisibles y accidentes en el cuadro de mortalidad de diversos países ha agudizado la necesidad de analizar la relación individuo-sociedad y la relación de lo biológico y lo social, como 2 perspectivas metodológicas que permiten estudiar la estructura que presenta el desarrollo de la medicina y la salud pública en nuestros días.

Los límites del análisis de lo individual, abstraído de lo social, en las profesiones de la salud nos conduce a la necesaria reflexión de lo que podríamos llamar "matices de lo social" en el proceso salud-enfermedad: la visión individualizada de lo social, el análisis del proceso salud-enfermedad en los grupos y la planificación social en la organización de salud.

También la presencia del factor cultural como elemento relacionado con la naturaleza humana y con la propia sociedad, es otra perspectiva importante en la "manifestación individualizada de lo social" en el hombre enfermo.

La relación de lo biológico y lo social en el área de las ciencias médicas trata la incidencia de las ciencias biológicas y sociales en los estudios médicos con el consecuente desarrollo de la biomedicina, la bioestadística, la estadística médica, la sociología médica y otras expresiones de las ciencias naturales y sociales convertidas en disciplinas específicas del mundo de la salud. En el área clínica se insiste en los límites del tratamiento de las enfermedades sólo desde una perspectiva biológica, y se trata de incluir la "manifestación individualizada de lo social" en el análisis del ser humano enfermo, o sea, la clínica se ocupa del hombre enfermo individual y de su biología pero, deben incorporar en su estudio de la dimensión psíquica y social del hombre compulsada por la incidencia que estos factores presentan en los procesos de morbilidad y mortalidad. La dicotomía de lo individual y lo social ha establecido en la práctica de la salud 2 áreas, una dominada por la clínica y el tratamiento de las enfermedades en las personas, y la epidemiología, que dirige el tratamiento de las enfermedades en las colectividades. El desarrollo de la concepción multicausal de la enfermedad, desarrollada por *H.R. Leavell* y *E.G. Clark* en la década de los años 50 y posteriormente por *B. Mac Mahon* en los años 60, intentó superar esta dicotomía al incluir en el razonamiento clínico un vínculo entre los trastornos biológicos del individuo y los elementos ambientales, culturales, conductuales y sociales, establece el concepto de factores de riesgo para abordar estas esferas.

Muy vinculado a la concepción que el pensamiento médico tenga sobre el hombre y sus dimensiones estará la concepción que se elabore en la medicina sobre la enfermedad.

Un panorama de esta relación entre las concepciones sobre las dimensiones del hombre y los criterios sobre la enfermedad ofrece el razonamiento siguiente.

Dimensiones humanas criterios médicos sobre la enfermedad:

1. Biológica. La enfermedad es un fenómeno orgánico, una modificación estructural y funcional de los órganos del paciente.
2. Psíquica. La enfermedad no es una realidad sólo ligada a la anatomía y fisiología, sino también está vinculada a las lesiones del lenguaje y de la psiquis humana.
3. Social. Lo social y el comportamiento son analizados como elementos etiológicos de la enfermedad y estudiados desde las perspectivas que brindan las ciencias sociales y de la conducta.
4. Cultural. La enfermedad es analizada a partir de la manera en que se representa en una comunidad, a partir de las formas específicas de enfermar en cada comunidad.
5. Espiritual. La enfermedad puede provocar una alteración en el sentido de la vida de la persona, violentar su seguridad y su jerarquía de valores al introducir una interrogante existencial en la vida humana.
6. Ética. La enfermedad desencadena una serie de acciones diagnósticas y terapéuticas que son analizadas a partir de los parámetros del bien, el mal, lo justo, lo injusto y los conflictos de valores.

Este estudio generalizador de las dimensiones esenciales del hombre consideradas en el estudio del proceso salud-enfermedad, no responde a una intención taxonómica, sino que pretende servir de punto de partida para la reflexión en torno a las diferentes posturas cognoscitivas que justifican la variedad de métodos que se emplean en el pensamiento médico, y se dedica especial atención a la manifestación de los mismos en el área de la práctica clínica.

**No se utilizan los mismos recursos cognitivos para la búsqueda de una lesión anatómica, de una lesión estructural del órgano, de una disfunción orgánica, de agentes microbiológicos o toxicológicos causantes de enfermedades, que para establecer la presencia de lesiones psíquicas o formas específicas de representarse la enfermedad que poseen determinadas culturas.**

**Tampoco se opera igual al interpretar las consecuencias éticas de la conducta médica o los problemas existenciales de la persona enferma.**

Esta reflexión nos introduce en la problemática actual sobre las perspectivas cognoscitivas de la medicina y su desarrollo.

Acertadamente señala *Hans Martin Sass*:

"La intervención médica no se puede basar únicamente en datos científicos, por la compleja naturaleza de la explicación médica, por la incertidumbre inherente al diagnóstico y al pronóstico, y porque el ethos de la medicina es tratar al paciente como un todo y no los síntomas o enfermedades aislados."

Así, desde la perspectiva individual inherente a la clínica, se deben establecer diferentes métodos para el conocimiento e interpretación del hombre enfermo que contribuyan al tratamiento sistémico de la persona. La concepción del ser humano de una manera integral, como ser biopsicosocial, proclamada desde hace tiempo por lo más avanzado del pensamiento médico, reconoce momentos de necesario aislamiento, donde se aplican métodos propios de cada una de estas áreas; sin embargo, la etapa integradora que debe proseguir a esta primera fase no siempre se ha conseguido y en el proceso de evolución del pensamiento y la práctica médica se han cometido excesos biologizantes, psicologizantes o sociologizantes para interpretar las enfermedades, como también se ha desarrollado la biomedicina, la psiquiatría y la psicología clínica y la medicina social.

Otro aspecto del asunto es la reconsideración de las dimensiones expuestas y ampliar la conocida tríada al incluir la cultura, la ética y la espiritualidad como dimensiones importantes para el área clínica. La cultura constituye el contexto necesario para comprender la enfermedad, ya que ésta se manifiesta y se atiende en una determinada organización familiar, socioeconómica e ideológica, o sea, se presenta en una cultura específica.

La ética en la clínica introduce el análisis a partir de las concepciones que sobre el bien y el mal, lo justo e injusto y la ponderación de los valores tengan el paciente y el resto de los sujetos que se relacionan en el proceso asistencial. Otro aspecto destacable es la posición que asuman estas personas ante los dilemas que se presentan en los procesos diagnósticos y terapéuticos, sobre todo a la luz del desarrollo de la alta tecnología en las ciencias biomédicas y en la administración de la salud moderna.

Además, la dimensión espiritual del hombre pone de relieve el lugar de este aspecto en el acto integral de enfermar, ya sea desde la perspectiva religiosa de la concepción de lo espiritual, como desde otros puntos de vista como el moral o el existencial, el racional o el estético.

El reconocimiento de la existencia de diferentes tipos de conocimiento en los estudios médicos, uno científico natural, que se ocupa del estudio de las leyes, y otro humano, que se ocupa del análisis individual de la subjetividad de las personas, permite reafirmar la posibilidad de complementación de diferentes formas de referirse al proceso salud-enfermedad desde perspectivas metabiológicas.

## ENFOQUES COGNOSCITIVOS EN LA CLÍNICA

Los anteriores argumentos nos llevan al estudio de los métodos con que se trata la realidad clínica, al hacer énfasis en la esfera del análisis del método clínico y sus posibilidades heurísticas para la aprehensión de los diferentes componentes de la estructura humana en condiciones de enfermedad. De manera general en la literatura se han establecido los puntos de concomitancia entre el método clínico y el método científico, se considera el método clínico una manifestación peculiar del método de la ciencias en la esfera de la práctica médica. Así, los profesores *Ilizástigui Dupuy* y *Rodríguez Rivera* refieren que "el método

clínico no es más que el método científico aplicado al trabajo con los pacientes", y exponen un paralelo entre el proceso lógico más generalizador establecido por el método científico y su manifestación concreta en la esfera de la clínica:

#### Método Clínico

1. Formular el problema (alteración de la salud de una persona).
2. Información básica (interrogatorio, examen físico, historia clínica).
3. Formular hipótesis (diagnóstico presuntivo o provisional).
4. Comprobar o negar la hipótesis (exámenes complementarios y evolución del paciente).
5. Exposición de resultados (diagnóstico de certeza, no diagnóstico, constatación con la hipótesis nuevos problemas) original.
6. Instituir terapéutica si procede o reiniciar el proceso.
7. Exposición y evaluación de los resultados finales.

La pregunta a formularse sería la siguiente: ¿Es suficiente el método científico y su expresión en el método clínico para el tratamiento de todas las manifestaciones de enfermedad presentes en el hombre? Parece ser este método suficiente cuando se trata de captar las manifestaciones más o menos mensurables, cuantificables, de las dimensiones del ser humano enfermo en su biología, psicología y relaciones sociales, pero escapan de su posibilidad otras dimensiones de la persona enferma. Los propios autores señalan que en la aplicación del método científico a la profesión médica éste debe sufrir adecuaciones ya que, aunque es importante para tratar y conocer la realidad pertinente al mundo de las enfermedades humanas, esta realidad no siempre adquiere una forma tan metódica (más afín a la ciencia), por lo que es necesario recurrir al diagnóstico intuitivo y al juicio sintético integral (propios del mundo del arte y las humanidades) los que permiten un análisis sistémico de su objeto de estudio. "El clínico -precisan- no debe despreciar en el abordaje de la realidad clínica irrepetible la imaginación y el cultivo del arte como medio de educar también el pensamiento creativo".

Así, constituye un área de necesaria reflexión la referente a las perspectivas cognoscitivas, epistemológicas, que se deben desarrollar en los estudios del proceso salud-enfermedad y sobre la cual ya existe un llamado de atención en la literatura especializada.

Evocando esta necesidad, refieren los doctores *Ilizástigui y Rodríguez Rivera*, que "la persona -ser complejo- es algo más que lesiones histológicas y moleculares" y precisan algunos aspectos vinculados con la subjetividad que están inmersos en la práctica clínica que presuponen la relación del método clínico con otros métodos no vinculados esencialmente con los de las ciencias naturales: el significado que para cada paciente tienen determinados hechos, como por ejemplo la sensación subjetiva de mareo, la motivación subjetiva que lleva al paciente a buscar la ayuda del médico, el cual a veces no consulta por el síntoma, sino por lo que piensa acerca del síntoma que lo aqueja, la interpreta-

ción del clínico de la sintomatología y la semiología que ofrece el paciente y la interpretación de radiólogos y patólogos sobre las imágenes, tejidos y húmeros.

Estas referencias presuponen formas distintas de aprehensión de la realidad que incluyen la subjetividad, ya como objeto de estudio o como parte inseparable de los medios de medición o indagación utilizados por el médico investigador.

Hay puntos de concordancia entre la preocupación del clínico ante la inclusión en su práctica de lo que significa la enfermedad para el paciente y la preocupación de los médicos antropólogos para determinar las representaciones de la enfermedad y las formas de enfermar específicas de determinadas comunidades. La atención del clínico no debe estar sólo dirigida a evitar que la subjetividad empañe el proceso de detección diagnóstica, sino que debe dirigir también su acción a analizar esta subjetividad como un elemento importante para explicar el proceso de enfermar de una persona vinculada a su mundo sociocultural. Por otra parte, el proceso diagnóstico en la práctica clínica incluye la interpretación del relato del paciente, en el cual coexisten aspectos objetivos y subjetivos de su estado de salud, analizables desde las perspectivas metodológicas de la hermenéutica.

"El diagnóstico médico sigue las reglas de la hermenéutica y lleva a investigar y valorar el relato que hace cada paciente de su bienestar objetivo y subjetivo. Así como la vida es un cuento que se puede narrar, también lo son los cambios, las mejoras y el deterioro de la vida. Pero al contrario de la hermenéutica en el campo de las humanidades, la medicina no sólo interpreta sino que obra según los resultados de los procedimientos hermenéuticos, entrelazando de forma dialéctica la interpretación con la interacción, la cuantificación con la manipulación y la teoría con la práctica."

La relación entre el objeto y el método en la práctica médica señala la importancia de los presupuestos teoricometodológicos para el trato de la ética en la clínica, la cual también deviene en un método independiente en esta esfera del accionar médico. El conocimiento de los aspectos objetivos y subjetivos de la enfermedad expresados a través de las diversas dimensiones humanas y métodos considerados por la práctica clínica, permite delinear con mayor precisión las problemáticas pertenecientes a la ética que se manifiestan en el proceso asistencial.

## LA ÉTICA CLÍNICA

En nuestra época la ética ha ampliado insistentemente su esfera de reflexión al área de la axiología, lo cual se expresa en la ética clínica en el tratamiento de las temáticas morales a partir de los dilemas éticos. Los dilemas éticos se refieren a conflictos entre valoraciones que ocurren en diferentes relaciones de los agentes que interactúan en el mundo asistencial: relación médico-paciente, relación médico-familiares, relaciones entre los profesionales de la salud, etc.

Estos dilemas están vinculados a la determinación de los valores, a la determinación de los juicios de valor o de valoración y a la conciencia de lo moral, aspectos que están siendo trabajados en los últimos tiempos por la ética clínica dentro del espíritu del análisis axiológico que en el mundo médico ha difundido la disciplina llamada bioética.

Existen varias terminologías que desde el punto de vista lógico, axiológico y psicológico tratan el estudio de estos dilemas: las contradicciones lógicas que se enfrentan en los dilemas éticos y las contradicciones psicológicas.

Los argumentos que se enfrentan entre valoraciones diferentes no tienen por qué tender exclusivamente al establecimiento de uno de ellos como falso, al legitimar un hecho o un determinado valor como sustrato de lo verdadero y al darle la primacía en la fundamentación de la acción a tomar en el proceso asistencial. Lo que ocurre frecuentemente es que el carácter científico de la medicina contemporánea legitima como válido aquel conocimiento susceptible de medición y verificación, que es cuantificable y a partir del cual se genera la acción práctica. Todo lo que no responda a este esquema no es científico. En medicina se pueden generar saberes por otras vías que difieren del paradigma científico (recordar la concepción de la medicina no sólo como ciencia, sino también como arte) y analizar el proceso salud-enfermedad de una manera distinta, lo que permite establecer una integración de variados métodos en dependencia de lo que se quiera conocer y por qué se quiere conocer. Hay una tendencia a verificar lo que existe independientemente de la conciencia y la voluntad del investigador y otra a comprender lo que existe al relacionarse con aquél que está conociendo. En el médico lo primero se manifiesta en la lógica que sigue su proceso diagnóstico influido por los logros de la biomedicina, donde las ciencias naturales exponen los métodos para tratar la repetición y la cuantificación de elementos y establecer parámetros de verificación y de normalidad; lo segundo se pone de relieve en la destreza técnica y la comunicación con el paciente, en la tendencia a ver lo distinto y propio de cada persona, y privilegiar el análisis cualitativo de la misma, el cual integra no sólo los elementos de la biología del individuo, sino también otros aspectos que inciden en su enfermedad y en la manera de enfrentarla y curarla: el sistema de valores personales, su forma de concebir el mundo y su propia vida. Así las contradicciones lógicas analizadas dentro de los ámbitos de la ciencia (ya sea para evitar errores en el lenguaje o para reflejar adecuadamente procesos en desarrollo) son un tema distinto al de las contradicciones entre lógicas distintas que producen conocimientos diferentes sobre la realidad y que en un momento determinado pueden "enfrentarse" y obstaculizar la toma de decisiones en el accionar asistencial de un médico o de otro profesional de la salud, y se presenta como un dilema ético.

Cuando un médico sigue los parámetros de acción que le dicta la ciencia clínica, puede encontrarse con negativas ante la utilización de medios diagnósticos o maniobras terapéuticas, motivadas por formas de ver la vida de los pacientes que responden a valores y valoraciones, que en este caso, se "oponen" a la lógica de la ciencia y la tecnología que guía al galeno.



Ciencia constituida, hechos científicos, leyes, se enfrentan a la opinión personal de un paciente que decide de forma distinta al médico al enfrentar su problema de salud desde otra perspectiva.

Esta realidad ha influido en la idea de integrar los dilemas éticos a la historia clínica por problemas, establecida la posibilidad de hacer coexistir en la reflexión del médico no sólo los problemas biológicos, sino también los económicos, humanos y éticos. Sin embargo, no basta con la descripción de los problemas si no se toma en cuenta la interpretación que de los mismos pueda hacer el galeno y el personal asistencial, pacientes y otras personas involucradas en el proceso salud-enfermedad, lo cual introduce el tema de la necesidad de la fundamentación de la ética en el plano de la asistencia médica. Los métodos de la ética clínica al insertarse en la historia clínica pueden adoptar la estructura típica de la metodología científica, y absolutizar en la ética la manera que tienen las ciencias de tratar la realidad. Sobre este aspecto señala *James F. Drane*: "Al igual que la ciencia, la ética médica debe sopesar, evaluar, analizar y estudiar las relaciones entre los datos empíricos. A diferencia de muchas escuelas de la ética filosófica, la filosofía aplicada en forma de ética médica se basa en situaciones concretas de la realidad en que los seres humanos viven y mueren. En consecuencia, los que ejercen la ética clínica deben, al igual que los científicos, recopilar hechos y analizarlos sistemáticamente. El profesional de la ética clínica competente es consciente de las premisas y presuposiciones básicas que intervienen, incluso en la etapa inicial de recopilación de datos. La objetividad es una de las metas de la ética médica, pero se trata de una objetividad bien fundada, que tiene en cuenta las dimensiones subjetivas aún en la observación y la descripción, y no una objetividad ingenua."

Específicamente en la proyección del análisis ético en la historia clínica por problemas, comenta *D. Gracia* que esta historia "está diseñada para analizar y resolver problemas biológicos más que los humanos o los éticos". Sigue "anclada" en una concepción bastante "biológica", que posterga los factores "biográficos" de la enfermedad, y que por tanto continúa considerando ésta más como "alteración" orgánica que como "conflicto".

La necesaria aplicación de la historia clínica a los datos éticos debe presuponer la existencia de una preparación en el área cognitiva y emocional que permita analizar el dilema ético, no sólo con la incorporación de los aspectos que la metodología del conocimiento científico pueda aportar, sino también al dominar los recursos reflexivos y psicológicos imprescindibles para la interpretación de los dilemas morales en las condiciones de una persona enferma, los cuales se deben brindar en los estudios humanistas de las ciencias médicas.

La ética médica también es la unidad de sentimiento y razón, de ahí la importancia de las contradicciones psicológicas presentes en los dilemas éticos. Si concebimos que "Las contradicciones son situaciones tales que comprometen al sujeto con una respuesta, la cual puede colocarlo ante una situación social cualitativamente diferente, donde entren en juego nuevos recursos que den lugar a un cambio estable en su configuración subjetiva", estamos ante una circunstancia donde, en el caso de los profesionales de la salud y su enfrenta-

miento a situaciones dilemáticas, los recursos cognitivos aprehendidos en su formación profesional con un fuerte énfasis en el razonamiento científico no bastan para una toma de decisiones, lo cual afecta su desempeño como profesional y puede provocar 2 líneas de acción:

1. Lo estimula al desarrollo de su potencial humano al incorporar otros métodos de examen de la realidad que lo ayuden a resolver los dilemas éticos a que se enfrenta.
2. Asume posiciones defensivas que dañan su personalidad y su propia salud al estar involucrado en situaciones de tensión, desagradables, que trata de no enfrentar y evadir.

Las contradicciones psicológicas presentes en los dilemas éticos de la medicina pueden ser concientizadas o no y constituyen para el profesional un elemento de desarrollo o de daño, puede incluso convertirse en una fuente de conflicto para el mismo.

## CONCLUSIONES

El análisis de los dilemas éticos desde diferentes perspectivas permite comprender la influencia que tiene la formación profesional en el desempeño del médico ante situaciones que exigen una estrategia más integral. Leyes, valores, valoraciones y sentimientos deben fundirse en el juicio moral que se emite en el mundo asistencial, como aspectos de un mismo proceso que expresan diversas dimensiones humanas manifestadas en un individuo concreto, el sistema de valores presente en los sujetos que interactúan en el proceso salud-enfermedad y la esfera afectivaemocional propia de la biografía de estos sujetos.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Barrios Osuna I y Col. Mesa Redonda "Filosofía en Salud". Boletín Ateneo "Juan César García". Representación OPS/OMS en Cuba. Sección de Medicina Social de la Sociedad Cubana de Salud Pública. Vol 3, No 3-4, julio-diciembre, Ciudad de La Habana, 1995.
2. García JC. Pensamiento social en salud en América Latina. Organización Panamericana de la Salud Interamericana Mc Graw-Hill 1994.
3. Drane JF. Métodos de la Ética Clínica. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana. 108 (5-6), 1990.
4. Fabelo JR. El factor valorativo en el conocimiento científico, en ¿Es ciencia la filosofía? de Felipe Sánchez, Editora Política, Cuba, 1988.
5. Gracia D. Procedimientos de decisión en Ética Clínica. Eudema Universidad. Textos de Apoyo.
6. González Rey F. Comunicación, personalidad y desarrollo. Editorial Pueblo y Educación, La Habana, 1995.
7. González Rey F. Problemas epistemológicos de la Psicología. Editorial Academia. La Habana, 1996.
8. Hans-Martin Sass. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación, en Bioética. Temas y perspectivas. OPS Publicación Científica 527.

9. Hart, A. Materialismo Histórico y vida espiritual. Revista Cuba Socialista. 3ra. época, número 3 de 1996.
10. Ilizástigui Dupuy F, Rodríguez Rivera L. El Método Clínico. En: Compilación de temas para la asignatura Filosofía y Salud. Segunda Parte. Ministerio de Salud Pública, Cuba, 1994.
11. Ilizástigui Dupuy F. Medicina y Psicología. En: Salud, Medicina y Educación Médica. Editorial Ciencias Médicas, Cuba, 1985.
12. Litovska S, Navigante A. ¿Por qué se discrimina la espiritualidad en los pacientes?. Quirón. 1994. Vol 25, No. 3, septiembre. Argentina.
13. Mainetti JA. La transformación de la medicina. Editorial Quirón, La Plata, 1992.
14. Maliandi R. Ética: conceptos y problemas. Editorial Biblos, Argentina, 1991.
15. Orozco Gómez G. La investigación en comunicación desde la perspectiva cualitativa. Ediciones de Periodismo y Comunicación, Argentina, 1996.
16. Sotolongo PL. Epistemología: ciencias sociales y del hombre y salud. Boletín Ateneo "Juan César García". Representación OPS-OMS. Cuba, Vol 2, No. 3 y 4, 1995.
17. Quevedo E. El proceso salud-enfermedad: hacia una clínica y una epidemiología no positivistas, Quirón 1991, Vol 23, No 2. Argentina.
18. Thieffrey JH. Necesidades espirituales del enfermo terminal. Labor Hospitalaria. España, diciembre, 1992.

# La valoración como elemento constituyente en la solución de los problemas de salud

*América M. Pérez Sánchez (Ph. D.)*

## INTRODUCCIÓN

El convulso período que abarca el último siglo de la existencia de la humanidad, se ha caracterizado por una época en que han caducado y entrado en crisis muchos de los valores (morales, estéticos, religiosos, políticos, etc.) que se consideraban eternos e inamovibles en épocas anteriores. Esto, ha estado condicionado por la presencia de problemas reales y cotidianos con que ha tenido que enfrentarse la sociedad y que ha generado el surgimiento de nuevos valores y la conformación de sistemas de valores opuestos que se contraponen, incluso, en el plano internacional.

Todo cambio de programa político, código moral, sistema jurídico, política cultural o estrategia económica, lleva aparejado consigo determinada apreciación de los valores que lo justifican y le otorgan validez. De todo esto se deduce la necesidad de una comprensión valorativa, que ayude a la interpretación de las causales de todos estos cambios y que sólo es posible en los marcos de la Axiología.<sup>1</sup>

El desarrollo de las ideas axiológicas en América Latina se encuentra vinculado al proceso de rechazo a la corriente filosófica del positivismo, el cual tuvo una gran significación teórica y social en nuestro continente al enfrentarse a la escolástica y representar un acercamiento a la ciencia (sobre todo las ciencias naturales) y un rechazo al dogmatismo.

Ya en las primeras décadas del presente siglo comienza a rechazarse el positivismo, al atender a las fuerzas retrógradas que esta doctrina ostentaba, y a las limitaciones teóricas que cada vez más ponía en evidencia.

El desconocimiento del carácter social del hombre, su consideración como ser natural, puramente biológico y el marcado empirismo de esta corriente denota la necesidad del cambio y el rechazo a la misma.

De esta forma, la preocupación por establecer un pensamiento axiológico se manifiesta en América Latina desde las primeras décadas del siglo xx a través de 2 vertientes: el Sociologismo francés representado por *Durkheim* y *Bouglé* y la Fenomenología, representada por *Max Scheler* y *Nicolai Hartmann*, que

tuvieron en América Latina a su más ferviente seguidor en *Antonio Caso*, filósofo mexicano.

La influencia del positivismo en el estudio del campo de la salud también ha reflejado, su esencia contradictoria. Esta corriente interpreta los fenómenos sociales sobre la base de la negación de las leyes objetivas del desarrollo social, reduce las ciencias sociales a la descripción solamente de determinados hechos, por lo que trae consigo un reduccionismo del hombre a un ser puramente biológico, sin tomar en cuenta las condiciones sociales presentes en el proceso salud-enfermedad.

Atendiendo a los postulados de esta doctrina, la práctica médica se orienta a superar las alteraciones de la salud del individuo, es decir la enfermedad. El punto de partida de cualquier análisis es solamente, el análisis de la enfermedad. Se olvida así, al hombre como ser social y el marcado carácter humano que debe prevalecer en la atención médica.

De este modo, de igual forma que en el pensamiento teórico en general, la propia dinámica del desarrollo social generó la aparición del pensamiento axiológico, no es menos cierto, que en el campo de la salud ocurre otro tanto, y en la medida que se desarrolla el pensamiento médico, se hace cada vez más latente la necesidad de una interpretación axiológica de las cuestiones abordadas en el mismo y de la respuesta a los problemas generados en la relación médico-paciente.

## CONSIDERACIONES GENERALES EN TORNO AL PROBLEMA

En el desarrollo filogenético de las formas psíquicas del reflejo, al igual que la conciencia, y como uno de sus componentes, surge la valoración. La relación selectiva con el mundo circundante es un rasgo de toda la materia viva, en el hombre ésta adquiere una dimensión diferente, una dimensión humana que se basa en la valoración consciente de la realidad.

La conducta de los animales se encuentra predeterminada genéticamente o es el producto de reflejos condicionados formados bajo la coincidencia en tiempo o en espacio de 2 o más estímulos, uno de los cuales necesariamente posee una significación biológica vital directa para él, en ellos está ausente la concientización de la relación entre sus necesidades y los objetos y fenómenos de la realidad, lo cual constituye una condición necesaria de toda valoración.

Una condición indispensable en la formación de la valoración es la presencia de la conciencia y autoconciencia, la comprensión del lugar ocupado por el sujeto en el mundo de las cosas y de su relación con este mundo.

*A.N. Leontiev* señala que: "en la sensibilidad de los animales no se diferencian las propiedades externas de los objetos de su capacidad de satisfacer unas u otras necesidades."<sup>2</sup> El reflejo valorativo de la realidad surge con el advenimiento de la conciencia en el proceso del trabajo social. El trabajo, la actividad práctica de los hombres dirigida a la producción de los bienes materiales, consti-

tuye el factor fundamental bajo cuya influencia surge no sólo la conciencia en su integridad, sino también la valoración como uno de sus componentes.<sup>3</sup>

"El surgimiento tanto del trabajo como de la conciencia (incluido su componente valorativo) es el resultado de un largo y complejo proceso de intercondicionamiento, en el cual el papel rector pertenece al trabajo como forma cualitativamente nueva de interrelación con la naturaleza, basada ya no sólo y no tanto en la adaptación al medio, como en su transformación en correspondencia con los fines y necesidades del hombre."<sup>4</sup>

El hombre, en la medida que realiza sus fines, valora su actividad y sus resultados, y establece una correlación entre estos últimos y los fines anteriormente propuestos.

La presencia de determinadas necesidades constituye la base de la relación práctica del hombre con el mundo que le rodea y el motor propulsor de su actividad. La posibilidad de elegir entre infinitas variantes de acción, dentro de esta misma relación, constituye una expresión de su capacidad valorativa y de su libertad individual.

*A.M. Korchunov* señala que: "La valoración es un componente inseparable de la conciencia formado bajo la influencia de la práctica. La práctica en su desarrollo no sólo engendra el ser funcional de las cosas, su significación, su valor, sino que forma también la capacidad subjetiva, con ayuda de la cual se define el valor de las propiedades naturales y de los factores sociales."<sup>5</sup>

Ante la gran dimensión social del hombre y como consecuencia de las disímiles relaciones humanas en que éste participa surgen determinadas preguntas como: ¿Cuál es el sentido de la vida? ¿Cuál es el sentido de la vida del profesional de la salud? ¿Qué significado tiene decir que el hombre es libre en sus propias decisiones? ¿Puede el hombre disponer libremente de sí mismo, escoger un comportamiento en determinadas circunstancias? Pongamos el ejemplo del diagnóstico de la muerte encefálica ¿A través de que vía se llega a un consenso en relación con el momento de retirar los aparatos a ese paciente?

La real y adecuada respuesta a todas estas interrogantes que se enmarcan en situaciones diferentes que devienen de la complejización de la actividad humana, sólo es posible en los marcos de la valoración, ante la presencia de un pensamiento axiológico que sea capaz de responder a la problemática del hombre sin alejarlo del contexto social en que se desarrolla y de su propia esencia.

Cada ciencia, en su desarrollo, genera un cúmulo de problemas a resolver que implican un proceso valorativo de análisis y una posición diferente ante la solución de cada uno de ellos. Podemos deducir de ello que los problemas generados al hombre por las llamadas ciencias técnicas, nunca serán iguales a los generados por las ciencias humanísticas. No obstante a esto, la solución de los problemas vinculados a las ciencias tecnológicas sí se deshumaniza y se basa solamente en dar una respuesta técnica, a nuestro entender, nunca será una adecuada respuesta y ella en sí misma generará nuevos problemas, que de mantenerse con este mismo corte nunca serán solucionables del todo.

*Juan César García* en su libro: *Pensamiento social en Salud en América Latina*, define a la medicina, como: "La ciencia y arte de precaver y curar enfermedades del cuerpo humano. En su significado más amplio, medicina es un

campo, región o parte de la sociedad constituida por prácticas y saberes que se diferencian de otros que se dan en esa misma sociedad. La forma más simple para diferenciar estas prácticas sería la de señalar su objetivo más obvio: la prevención y curación de la enfermedad y la preservación de la salud."<sup>6</sup>

Ante tal definición surge la interrogante: ¿Es posible que esta ciencia desarrolle su objeto de estudio fuera de los marcos de la valoración?

En la interrelación "médico-paciente" (profesional de la salud-individuo-paciente) entran a jugar parte un conjunto de factores como son: el contacto directo con la subjetividad de la persona enferma por parte del médico, el sistema de valores conformado por ese individuo-paciente, su mundo valorativo que se encuentra presente desde el mismo momento en que el mismo se pone en contacto con el médico y éste le pregunta ¿Qué se siente? Hemos encerrado entre comillas la relación médico-paciente, ya que esta tarea no sólo le concierne al médico, sino a todo personal paramédico que se encuentra en contacto con el enfermo, el cual ante todo es un ser humano con determinada afección, que incluye en el proceso de su curación no sólo el tratamiento a su padecimiento, sino también su valoración como ser humano.

La valoración como el proceso a través del cual se refleja subjetivamente la realidad objetiva en forma de necesidades, intereses y fines del sujeto valorante se encuentra en la base de la relación médico-paciente.

El médico o profesional de la salud tiene que partir del reconocimiento, en primer lugar, del conjunto de valores que imperan en ese mundo concreto, en el cual cada ser posee ciertas formas peculiares de valorar la realidad que le rodea y que, en algunos casos, no coincide plenamente con el conjunto de valores sociales imperantes en esa sociedad, y que sin embargo, mediatiza la relación.

Se hace indispensable a la hora de analizar las disímiles problemáticas que surgen en el ámbito de la relación anteriormente mencionada, el desarrollar una cultura axiológica que permita solucionar las mismas con un adecuado grado de aceptación por parte de los implicados.

Una forma de corroborar lo anteriormente señalado, lo constituye el análisis de diferentes problemáticas inmersas en el proceso salud-enfermedad.

Analicemos el caso de la calidad de la atención médica a través de la relación médico-paciente. A través de esta relación la calidad de la atención médica puede parecer diáfana y clara en un análisis simple e inicial del problema.

Cada persona, al atender al grado de desarrollo cultural que posee interioriza determinados patrones de valoración que le permiten establecer algunas expectativas con relación a la calidad de la atención médica. El grado de desarrollo de esas expectativas puede ser infinito si se atiende al proceso de formación de valoraciones que reflejan diferentes aspectos de la interrelación del paciente en la atención médica.

Toda relación práctica del hombre con el mundo que le rodea posee como base inicial, la satisfacción de determinadas necesidades que constituyen a su vez la fuente de la valoración. ¿Cómo se manifiestan estas necesidades a través de la relación entre el médico y el paciente?

El grado de aceptación que siente el paciente cuando son satisfechas sus expectativas ante la dolencia que lo aqueja, constituye la forma en que sus necesidades son resueltas. ¿Cómo es que realmente el médico llega a resolverlas?.

A pesar de que los pacientes disponen de diversas vías para valorar en qué medida la competencia técnica del médico y del servicio de salud en general se está aplicando en su caso y en esto influye grandemente la experiencia precedente que el mismo posee, la principal forma de análisis se encuentra en la evaluación que éste hace del grado de interés que el médico manifieste en su caso y el carácter humano que impregne en dicha relación interpersonal.

Las necesidades sociales básicas del paciente, inmersas en su mundo valorativo, reflejan en el mismo un modo de expresión y satisfacción, influido decisivamente por la situación de salud que enfrenta el sujeto enfermo.

La necesidad de conocimiento del mundo y de sí mismo en el paciente, se encuentra fundamentalmente dirigida a la comprensión de lo que sucede con su salud. Éste necesita poder valorar y comprender su estado de salud y esto, en la mayoría de los casos no se logra, si no es tratado por el médico en toda su dimensión de una forma valorativa.

En el caso de niños discapacitados que no pueden realizar un análisis valorativo de su estado de salud y de la competencia técnica del médico, sólo el desarrollo de una relación afectiva, llena de calor humano, es capaz de superar la falta de razonamiento lógico de éstos. Más aún, el proceso de valoración, que debe estar presente en el médico y su equipo de salud, al analizar estos casos, debe extenderse a la familia como ayuda inmediata para lograr un resultado más efectivo en el tratamiento. En estos casos la relación médico-paciente se extiende a la relación médico-paciente-familia, donde el proceso de la valoración constituye la base fundamental de la misma. El médico y todo su equipo de salud, necesita de una nueva filosofía en que se tome en cuenta cada una de las necesidades que tienen, tanto el enfermo como la familia, se brinda no sólo la mucha o la poca ciencia que el caso permita, sino en ocasiones, se ofrece comprensión, apoyo y solidaridad humana ante una situación irremediable. Esto no es más que una forma de valoración.

La causa de esta situación radica en que en el proceso de valoración de la realidad por parte del hombre, no sólo influye en sus necesidades, intereses y fines, también como parte fundamental del mismo está presente las relaciones afectivo-emocionales que directamente se expresan en la forma sensorial de reflejar el mundo circundante y que en estos casos juega un papel fundamental.

Para este paciente, este componente afectivo-emocional adquiere una dimensión muy grande, ya que el mismo se siente indefenso ante su problema de salud y espera sólo del médico la posible solución a su afección.

La sociedad en sus múltiples formas de manifestación y desarrollo exige de formas de regulación de la conducta humana.

Según el filósofo mexicano *Eduardo García Maynez* existen diversos órdenes normativos que históricamente han regulado la conducta del hombre, estos son: 1. La moral. 2. La religión. 3. Los convencionalismos sociales y 4. El Derecho.



La complejidad de las relaciones sociales lleva aparejada la interconexión de estas formas de regulación de la conducta social, presentes en cada una de las esferas de la vida en sociedad.

El derecho, constituye una forma de regulación de la conducta humana a través de normas y reglas de conducta, de obligatorio cumplimiento y refrendadas por el estado.

La moral, regula la conducta de los individuos a través de patrones y formas de comportamiento que generalizan las experiencias de las relaciones humanas.

La religión, constituye una concepción del mundo que condiciona la conducta del hombre y que se expresa a través de acciones determinadas, como cultos que están basados en la creencia de uno o más dioses.

Los convencionalismos sociales están basados por un conjunto de numerosas normas que atañen a los buenos modales, costumbres, etc.

A través de la historia de la medicina y como resultado del objetivo eminentemente humanitario de la misma, la labor del médico y los profesionales de la salud en general ha estado regida por principios y requisitos ético-morales.

El vínculo de la medicina con la ciencia y la tecnología, ha generado nuevas formas de desarrollo de esta ciencia que, a su vez, encierra nuevos problemas a resolver al atender a las múltiples posibilidades que la misma ofrece en el cuidado y atención de la salud humana.

El principio ético rector de las ciencias médicas -*Primum non nocere* (no hacer daño)- y el humanismo expresado a través de la integralidad de la atención del médico al paciente que incluye en sí el respeto, la comprensión y el afecto, se resumen en la atención terapéutica y humana al mismo, a través de la valoración, la cual a su vez implica un análisis casuístico del individuo enfermo.

Los principios éticos fundamentales y universales como el de No maleficencia, Autonomía y Justicia en determinado momento de la relación médico-paciente se particularizan al atender a la especificidad de cada caso.

La complejización de las relaciones sociales en la esfera médica constituye un resultado del amplio desarrollo científicotécnico introducido en la misma.

A raíz de los años 70, con el surgimiento de la Bioética, se acrecienta la necesidad de una regulación jurídica de estos principios mediante normas de obligatorio cumplimiento que, a su vez, fortalecen y sistematizan estas formulaciones.

A través del Derecho Médico se regula la actuación del facultativo y sus relaciones con el resto de la sociedad, en forma de principios generales como el de la buena fe, equidad, legalidad y justicia. Esto es posible partiendo del carácter humano inherente a la medicina que implica una relación estrecha con el derecho. En toda sociedad el hombre y su integridad constituye uno de los bienes de mayor protección legal. El estado a través de leyes y normas protege, al menos de una forma teórica, los derechos individuales de los ciudadanos, como son el derecho a la vida y a la salud. (Artículo 49 de la Constitución de la República de Cuba).

El propio desarrollo de la medicina lleva implícito un vínculo cada vez mayor con la esfera del derecho. Esto se explica atendiendo a que el acto médico que hasta hace poco era un acto esencialmente privado que se enmarcaba dentro de un consultorio y sólo participaba el médico, el paciente y a veces la familia, es ahora un acto que se desarrolla en los marcos de un hospital o centro de salud y muchas personas intervienen en él, y utilizan en algunos casos los beneficios de la tecnología.

La Ley de Salud Pública o Ley No. 41, aprobada el 13 de julio de 1983, en su artículo 4 dispone que la organización de la salud pública y la prestación de los servicios que a ella corresponde en nuestra sociedad se basan, entre otros, en: "La aplicación adecuada de los adelantos de la ciencia y de la técnica médicas mundiales." Esto constituye una muestra real de lo anteriormente expresado en el caso de nuestro país, al tener que aplicarse soluciones legales a distintos casos, surgidos como resultado de dicho desarrollo tecnológico. La relación existente entre derecho natural y derecho positivo constituye un problema de singular importancia en la historia de la filosofía del derecho, el cual guarda relación con el derecho médico.

Se denomina derecho natural, según el filósofo *Eduardo García Maynez*, a un orden intrínsecamente justo, que existe al lado o por encima del positivo. Para los defensores del positivismo jurídico sólo existe el derecho que efectivamente se cumple en una determinada sociedad y una determinada época. La diferencia entre ambos radica en que el derecho natural vale por sí mismo, en cuanto es intrínsecamente justo, el positivo, en cambio, es caracterizado atendiendo a su valor formal, sin tomar en consideración la justicia o injusticia de su contenido.

Atendiendo a los criterios de *H. Henkel*, existen 2 formas de derecho natural: derecho natural absoluto y derecho natural de contenido variable o cambiante. El derecho natural absoluto consiste en un derecho como un orden de normas de validez general, supratemporal, dado previamente al hombre y que constituye un modelo inmutable para todos los órdenes jurídicos positivos. El derecho de contenido variable lleva implícito diversas concepciones, como la que concibe al derecho natural como un derecho de una circunstancia histórica concreta o la que lo concibe en relación con el concepto de **derecho natural**, que hace referencia al acervo de normas culturales que sirven de base a los ordenamientos históricos y que conduce hacia un derecho natural de contenido cambiante, ya que las normas que lo determinan pueden ser entendidas como forma concreta de una cultura jurídica.

La justeza del derecho natural radica en una regulación justa de la convivencia humana que se encuentra integrada por normas que se adapten a las peculiaridades de los casos que deben resolver. Partiendo de su objetivismo axiológico, para este filósofo mexicano, la obligatoriedad del derecho no depende de los requisitos formales con lo que intuya el legislador, ni del hecho de su efectividad en una sociedad determinada, sino de la justicia de su contenido. Lo que determina, según sus puntos de vista, la validez objetiva de un precepto que no depende de la forma o estructura lógica del mismo, ni de las condiciones

en que fue formulado, sino de su materia. De aquí deviene el reconocimiento de que la determinación de la justeza de un precepto es una cuestión filosófica y exige la presencia de una axiología jurídica.

Es muy importante el reconocimiento de que una norma será considerada válida u obligatoria, si ella establece prescripciones valiosas de acuerdo con un cuadro axiológico objetivo. Al conjunto de las normas que poseen validez en sentido axiológico, *García Maynes* lo denomina derecho justo o derecho intrínsecamente válido.

La relación entre el grado de cumplimiento de las normas jurídicas y su grado de justeza, radica en que en la medida en que los destinatarios consideren que las normas son justas, así será el grado de cumplimiento de las mismas, y viceversa, si se considera dichas normas injustas, se tenderá hacia la desobediencia y el desacato. Sólo a través de la valoración que realiza el destinatario de dicha norma acerca de lo justo o no de la misma, es que ésta se hará mayor o menor eficaz atendiendo al grado de aceptación y cumplimiento que él realice en relación con ella.

De este modo, a través del proceso de valoración se vincula la justeza de la norma, su grado de cumplimiento y su eficacia, que constituye el elemento fundamental en el análisis de las normas en el Derecho Médico.

Cabe reconocer lo acertado de la valoración realizada por este autor con respecto a la relación entre Derecho Natural y Derecho Positivo, presente en la Filosofía del Derecho. La necesidad de la presencia de una Filosofía del Derecho o de una Axiología Jurídica, para delimitar la justeza o no del Derecho por parte del autor, constituye uno de sus principales méritos. El precepto justo para *Maynez* es el objetivamente válido, y la validez del mismo consiste en el contenido de la norma. Se reafirma el carácter valorativo de la misma de acuerdo con un cuadro axiológico objetivo.

El reconocimiento del derecho justo o intrínsecamente válido al atender a su sentido axiológico, debe constituir el punto de partida en el análisis del Derecho Médico. La solución legal ante determinado dilema médico nunca podrá ser una solución formal exenta de valoración. Cada caso específico en la esfera médica requiere de una valoración particularizada de los condicionantes que requieren de una solución. Esta es la explicación lógica racional de por qué un mismo problema no tiene una similar aceptación jurídica en todos los países o momentos históricos concretos. Aquí interviene un conjunto de factores éticos, morales, culturales, religiosos, ideológicos y hasta políticos, de acuerdo con la idiosincrasia del país en cuestión, que refleja la diferencia en cuanto al sistema de valores imperantes en cada sociedad y su particularización concreta al atender al caso en cuestión. Otro elemento a tomar en cuenta es el condicionamiento relativo e histórico concreto que poseen los valores y que varía atendiendo a exigencias epocales, lo que implica un cambio de los mismos a nivel social e individual particularizado en el individuo concreto.

Una vez más se manifiesta la necesidad de un enfoque axiológico en el análisis de los dilemas médicos, que no podrá ser nunca el mismo, en relación con el carácter humano presente en la concatenación médico paciente.

Cada dilema médico lleva implícito una respuesta que no siempre coincide y que por ello no necesariamente debe considerarse como injusta. Aquí actúan los factores ya anteriormente mencionados que influyen en la conformación de valores de cada región o época histórica. Un ejemplo lo constituye la consideración del momento de la muerte. En su ponencia al I Simposio Internacional de Muerte Encefálica, el Dr. Daniel Wickler planteó que "**... el momento de la muerte se localiza en el acontecimiento de la pérdida total e irreversible de la facultad cognitiva del yo...**". Este punto de vista ha sido interpretado como una propuesta fascistoide en favor del exterminio y en contra de la identidad personal de los dementes y los que se encuentran en estado vegetativo.<sup>7</sup>

En nuestro país se considera que una persona en estado de muerte encefálica está muerta, el planteamiento del diagnóstico de muerte encefálica tiene su fundamentación en el Decreto No. 139 de 1983, que es el Reglamento de la Ley de Salud.

Concluyendo, en sentido general las ideas expuestas, podemos señalar que la estructuración del pensamiento axiológico desde el mismo momento que sirve como una base para el estudio y desarrollo de la teoría de los valores en general, también responde a la necesidad de fundamentación teórica (filosófica y metodológica) que establece las bases generales que orientan al desarrollo de la reflexión bioética en determinada sociedad o cultura. Para identificar y estudiar los problemas de índole moral que genera el proceso de interacción entre los profesionales de la salud y el paciente, que implica una toma de decisión en relación con los dilemas bioéticos, es preciso elaborar una teoría basada en principios, modelos y valores que establezca una adecuada metodología de estudio que permita mediante el Derecho Médico y la valoración, regular la actuación del facultativo y sus relaciones con el resto de la sociedad en forma general que refleje el carácter humano de la medicina y su estrecha relación con el derecho.

Sólo bajo un condicionamiento axiológico, es posible comprender cabalmente la relación médico paciente. En la medida que esa relación se complejiza como resultado del propio desarrollo de la ciencia de la medicina, se requiere de un análisis más profundo que parte de múltiples causales y cuya base metodológica se encuentra en el pensamiento valorativo, y que constituye la posibilidad real de la comprensión del carácter humano presente en esta ciencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frondizi Risieri. Pensamiento Axiológico. Prólogo por Fabelo Corzo, J. Ramón. Biblioteca Americana. Instituto Cubano del Libro. La Habana. Universidad del Valle. Cali. 1993: X.
2. Leontiev AN. Actividad, conciencia, personalidad. Editorial Politizdat, Moscú, 1977:151.
3. Fabelo Corzo JR. Práctica, conocimiento y valoración. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1989: 119.
4. *Ibidem*, p. 119-120.
5. Korchunov AM. Reflejo, actividad, conocimiento. Editorial Politizdat, Moscú, 1979:152.
6. García JC. Pensamiento social en salud en América Latina. OPS. Nueva Editorial Interamericana, S.A. de C.V. México D.F. 1993: 32.
7. Freyre E. El problema de ayudar a morir. Ed. Pinos nuevos, 1994.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Colectivo Humanista. El Sentido Humano. Editorial El Cuervo Dorado. República Dominicana, 1994.
- Fabelo JR. Práctica, conocimiento y valoración. Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1989.
- Freyre E. El Problema de ayudar a morir, Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1994.
- Fronzizi Risieri. Pensamiento Axiológico. Biblioteca Americana. Instituto Cubano del Libro. La Habana, Universidad del Valle. 1994.
- García JC. Pensamiento Social en Salud en América Latina. Nueva Editorial Interamericana. México. 1994.
- García Maynez E. Filosofía del Derecho. Sexta Edición. Editorial Porrúa SA, México, 1989.
- García Maynez E. Introducción al estudio del Derecho. Editorial Porrúa SA, México. 1944.
- García Maynez E. La definición del Derecho. Ensayo de Perspectivismo Jurídico. Biblioteca Facultad de Derecho, Xalapa, México, 2da. Edición, 1960.
- Korchunov AM. Reflejo, Actividad, Conocimiento. Editorial Politizdat, Moscú, 1979.
- Ley No. 41. Ley de la Salud Pública. Asamblea Nacional del Poder Popular, 1983.
- Ley No. 59. Código Civil. Asamblea Nacional del Poder Popular, 1987.
- Ley No. 62. Código Penal de la República de Cuba. Asamblea Nacional del Poder Popular. 1987.
- Machado Curbelo C. Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica. Editorial Ciencias Médicas, Ciudad de La Habana, 1992.
- Martin Sass H. La bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 108(5-6):391, Mayo-Junio del 1990. Washington D.C. EUA.
- Pellegrino Edmund, O. La Relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 108(5-6): 379, Mayo-Junio del 1990. Washington D.C. EUA.
- Pérez Sánchez A, Borroto Cruz R. El papel de la valoración en el proceso de formación de la personalidad. Colectivo Humanista. El sentido de lo humano. Editorial El Cuervo Dorado. República Dominicana, 1994.
- Vélez LA. Ética Médica. Interrogantes acerca de la Medicina, la Vida y la Muerte. M.D C/B Colombia.
- Vilardell F. Problemas éticos de la tecnología médica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 108(5-6):399, Mayo-Junio del 1990.

# El Proyecto del Genoma Humano en la encrucijada de paradigmas

*Rafael Araujo González (Ph. D.)*

## INTRODUCCIÓN

"Nos encontramos en un cambio de época y no en una época de cambios." Esta frase ha venido a resultar lapidaria en los últimos tiempos. Se trata de que las profundas transformaciones que están teniendo lugar en la actualidad en toda la vida material y espiritual de la sociedad están siendo no sólo caracterizadas, sino que se han convertido en elementos caracterizadores, de un cambio de época. "Nos hallamos en una epocalidad postmoderna que no cabe ya por sus realidades productivo-económicas, sociológicas, cultural-espirituales, en una 'modernidad', si bien coexisten aún dichas realidades ya postmodernas con las correspondientes a la modernidad."<sup>1</sup> Constituimos por tanto un pre-"algo" (no sabemos a ciencia como nos llamaran las generaciones futuras) que constituye la puerta hacia una nueva época.

En la conjunción de la vida material y espiritual de la sociedad en transformación, la ciencia y la tecnología desempeñan un papel primordial en la caracterización de la nueva época, y 2 grandes líneas de investigación científica y tecnológica presiden el proceso de cambios en esta área de la actividad humana: el desarrollo de las técnicas de información y de comunicación; y el Proyecto del Genoma Humano.

La historia del desarrollo del conocimiento humano y de sus posibilidades técnicas demuestran, que si bien no es adecuado mantener una posición nihilista ante la ciencia y sus nuevos descubrimientos, es necesario normar, regular, controlar, las posibilidades de aplicaciones de los descubrimientos científicos, en tanto no todo lo técnicamente posible es siempre éticamente justificable; o dicho de otro modo, no siempre los resultados de las investigaciones científicas y sus aplicaciones constituyen hechos positivos para la humanidad.

En este orden de cosas, el Proyecto del Genoma Humano constituye un objeto de investigación que abre "inmensas posibilidades de progreso para el mejoramiento del bienestar de los individuos y de los pueblos y para la reducción de las disparidades en el mundo entero",<sup>2</sup> pero solo bajo condiciones social y éticamente aceptables para todos. De manera que no es posible dejar su realización y aplicaciones a la espontaneidad del desarrollo y la aplicación cien-

tífica, mucho más, si tenemos en cuenta, que tales desarrollos no ocurren ni con mucho, de manera tan espontánea como comúnmente parece. Al examen epistemológico de tal proceso junto al de sus condicionantes sociales en la esfera global de la ciencia queremos dedicar el análisis que sigue.

## EL PROYECTO DEL GENOMA HUMANO. UN ENFOQUE INTERPRETATIVO

La primera cosa que consideramos necesario observar al analizar la significación social y ética del Proyecto del Genoma Humano, es el hecho que el mismo forma parte de aquellos procesos objeto de investigación, en que el hombre está incluido, de manera que ha de tenerse en cuenta en el estudio las peculiaridades concretas de ese hombre que vive, siente, realiza, transforma, construye (o destruye), lo que quiere decir que es un hombre concreto con intereses y realizaciones, elementos estos últimos que marcan más la pauta del camino de las explicaciones de la causa de las acciones humanas, no encontrables en consideraciones abstractas y naturalizadoras de un hombre viviente al margen de sus relaciones sociales. Es esto precisamente a lo que algunos autores llaman "cibernética de segundo orden"<sup>3</sup> para diferenciar el estudio de los procesos naturales de aquéllos en los cuales el propio hombre está inmerso.

Existe una cierta tendencia en el análisis del desarrollo de las ciencias a minimizar o simplemente no considerar los aspectos de "no contenido" de las ciencias, es decir, aquellos aspectos que constituyen condicionantes (y a veces determinantes) al proceso de desarrollo de los contenidos teóricos y tecnológicos. En el caso del Proyecto del Genoma Humano se puede observar una cierta tendencia a considerar los aspectos de contenido -principalmente de la genética como ciencia- en la interpretación de las nuevas aplicaciones que resultan de su desarrollo, sin tener en cuenta el carácter complejo e integrado que posee el objeto de investigación con que se está trabajando, a saber: el hombre. Esto se debe en buena medida al predominio de un cierto estereotipo en la ciencia, de considerar de que la ciencia y su desarrollo puede ser solamente explicada a través de las observaciones, leyes y teorías que se describen en las páginas de los libros dedicados a cualquier ciencia natural.<sup>4</sup>

Por otro lado, además del papel que desempeñan los aspectos externos (socioculturales) en la conducción del desarrollo de la ciencia a partir de los intereses y realizaciones de los hombres, las acciones que presiden la actividad humana en el sector científico no existen al margen de concepciones teóricas filosóficas que están en la base de esas acciones, pues el hombre no hace nada que no esté de una forma u otra presidida por una concepción del mundo global. Por eso señala *Bunge* que "toda política de desarrollo científico presupone una Filosofía de la ciencia".<sup>5</sup>

Junto a esto, toda indagación teórica en la esfera de la ciencia tiene lugar solamente a través de determinados paradigmas preestablecidos que marcan el camino y conducen el desarrollo de la investigación. De manera que el análisis

de los paradigmas reinantes en el seno de la Medicina constituyen un elemento de vital importancia en tanto instrumento conductor de los conceptos y aplicaciones en la ciencia. El proyecto del Genoma Humano no escapa, por supuesto, a la acción de tales paradigmas existentes.

## EL PROYECTO DEL GENOMA HUMANO EN LA ENCRUCIJADA DE PARADIGMAS

Para comprender la significación que la influencia que determinado paradigma existente tiene sobre el decursar de la investigación científica concreta, hay que tener en cuenta en primer lugar al papel de la Epistemología como gobierno del acto mismo de conocer. Se trata, en última instancia de lo que pudieramos llamar el conocer acerca del conocer,<sup>6</sup> o dicho de otro modo, el análisis epistemológico no es más que la posibilidad del conocimiento de las vías de acceso a un determinado saber. Esto quiere decir, que se puede acceder, por tanto, a un mismo saber por diferentes vías, y los caminos existentes para el desarrollo de la indagación científica son trazados precisamente por el paradigma correspondiente.

El conocimiento filosófico no es algo ajeno al contenido de la ciencia particular, sino que junto a los conocimientos empíricos y teóricos que forman parte de la estructura de cualquier ciencia, existe también una determinada cosmovisión filosófica que forma también parte integrante de su contenido y que está en su base. De manera que no es posible escapar al análisis filosófico en el seno de la ciencia, sólo que cuando se trabaja en la realización de investigaciones concretas, el elemento filosófico concepcional se encuentra más alejado del accionar teórico o práctico. ¿Cuándo se hace necesario entonces el punto de vista filosófico en el seno del análisis en la ciencia particular? Hay 2 momentos fundamentales en que esto tiene lugar. En primer lugar, en los límites históricos del conocimiento científico, cuando el desarrollo de los contenidos de la ciencia no están en condiciones de dar respuesta a nuevos problemas existentes, entonces se hace necesario apelar a la cosmovisión filosófica para dar una respuesta al problema planteado. Así pasó a finales del siglo XIX cuando los conocimientos de la Física Clásica no estaban en condiciones de explicar los nuevos fenómenos del micromundo descubiertos por la nueva Física. En segundo lugar, cuando se rebasan los límites del objeto de estudio de determinada ciencia al referirse a objetos de la realidad colindantes con el de la ciencia en cuestión, y más relacionados con el enfoque valorativo de los significados de los descubrimientos y de las acciones humanas para los propios hombres, entonces hay que apelar de nuevo al pensar filosófico para tratar esta ampliación del objeto de análisis que rebasa las posibilidades del aparato teórico-conceptual de dicha ciencia. Tal es el caso, por ejemplo, de los análisis éticos en la ciencia, que por supuesto no pueden ser explicados a través del aparato teórico conceptual de ninguna ciencia particular.



Los paradigmas constituyen -en primer lugar- una ubicación teórico conceptual en el tratamiento inicial, en la actitud hacia determinadas indagaciones científicas. "Un paradigma es un modo determinado de articulación entre una manera dada de vivir, de experimentar, de percibir uno u otro ámbito de la realidad y una manera dada de pensar, de conceptualizar, de enunciar dicho ámbito."<sup>7</sup> Esta definición contiene un importante valor metodológico en tanto explicita el hecho de que un paradigma no se reduce sencillamente a un determinado modo de pensar o conceptualizar un específico ámbito de la realidad, sino que constituye la articulación de ello con un establecido modo de vivir y experimentar dicho ámbito. De manera que un paradigma no se reduce a un simple hecho de conciencia, sino que en él tiene lugar también un componente irracional de carácter sensorial. Pero aquí queremos tener en cuenta además que *Kuhn* define al paradigma como "toda constelación de creencias, valores, técnicas, etc., que comparten los miembros de una comunidad dada".<sup>8</sup> En esta otra definición se añade un "hacer" como parte integrante del paradigma, por lo que el mismo no sólo está constituido por vivencias y conceptos, sino también por determinado modo de accionar sobre la realidad, y esto, en el caso particular del Proyecto del Genoma Humano tiene un valor inestimable, en tanto se tienen en cuenta no sólo los significados de las vivencias y conceptos con los que el hombre aborda el problema, sino también sus propios actos que son mucho más terrenales, efectivos, beneficiosos o peligrosos.

"Una de las cosas que adquiere una comunidad científica con un paradigma es un criterio para seleccionar problemas que, mientras se de por sentado el paradigma, puede suponerse que tienen soluciones. Hasta un punto muy elevado, esos son los únicos problemas que la comunidad admitirá como científicos o que animará a sus miembros a tratar de resolver."<sup>9</sup> Téngase en cuenta que a partir de los criterios de partida en la toma de decisiones acerca de la aplicación de una técnica y hasta los propios criterios para su aplicación, estarán determinados por el paradigma existente que se encuentra en la base de una sociedad en una época dada. Así, la determinación del color de los ojos o de cualquier otra característica física en personas con capacidad de pago, pudiera ser más importante que la aplicación de terapia génica contra enfermedades genéticas, si es que esta última no constituye un buen negocio, en una sociedad enajenada donde los mecanismos de desarrollo están dominados por leyes económicas con sentido de enriquecimiento. El condicionamiento social presupone por tanto una determinada actitud (sensorial, conceptual y factual) fijada en un determinado paradigma dominante.

Para el análisis del significado del enfoque paradigmático para la aplicación y el desarrollo del Proyecto del Genoma Humano, partamos de la conceptualización paradigmática dominante de la salud y la enfermedad y las brechas oponentes al mismo.

El paradigma, teniendo carácter histórico, es decir, al cambiar en correspondencia con las condiciones específicas de una época determinada, tiene lugar en forma concreta a través de la acción de determinadas comunidades científicas. "Una comunidad científica consiste en quienes practican una especiali-

dad científica. Hasta un grado no igualado en la mayoría de los otros ámbitos, han tenido una educación y una iniciación profesional similares."<sup>10</sup>

A partir del concepto anteriormente señalado, *Sotolongo* concibe que dentro de un mismo paradigma vigente pueden ocurrir variaciones, pero "sin que las mismas lleguen a ser tan significativas como para rebasar los límites de aquello que distinguió precisamente al paradigma vigente de aquél que lo precedió o para permitir afirmar que pertenecen a otro paradigma que pretendiera sustituir al vigente".<sup>11</sup> Estas variaciones o cambios con esas características son los que constituyen las versiones de un mismo paradigma. En el caso de la salud y la enfermedad, señala este autor 6 versiones diferentes por las que ha transitado el llamado paradigma moderno biomedicoclínico de la salud enfermedad, a saber la:

1. Versión anatomoclínica: derivada de la disección y las investigaciones en cadáveres que trajo consigo la concepción de la enfermedad como daño orgánico.
2. Versión fisiopatológica: derivada de los logros de la fisiopatología se concibe la enfermedad como una alteración de la homeostasis con su medio de algunos de los sistemas orgánicos.
3. Versión etiopatológica: derivada de los logros de la virología, bacteriología y la toxicología se concibe la enfermedad como producida por un agente externo al organismo que actúa como huésped.
4. Versión epidemiológica: concepción poblacional de la clínica enfermedad donde al conocer los posibles agentes causales estos actúan como factores de riesgo poblacional de enfermar.

Se mencionan además la versión ecléctica y la tecnológico-económica, pero no hace falta mencionarlas todas para dar cuenta que en este paradigma dominante la concepción de la enfermedad está representada por una comprensión biologista individualizada (como tendencia) y dirigida a causas concretas al margen de las relaciones generales socioeconómicas existentes.

Frente a esto, como resultado de la incapacidad de tal paradigma en cualquiera de sus versiones de analizar la arista psicológica y sociocultural (el mundo de las relaciones sociales y de los valores) de la salud y la enfermedad, han aparecido un conjunto de temas que se han convertido en brechas o rupturas del paradigma biomédico-clínico moderno dominante. *Sotolongo* señala como rupturas a:

- La medicina social
- La antropología y bioética en salud.
- El psicoanálisis.
- La epidemiología social.<sup>12</sup>

Al margen de la discusión acerca de si son esas o no precisamente las brechas que han comenzado a minar la concepción biologista y reduccionista del

paradigma biomédico-clínico dominante, puede observarse de conjunto que hay en ellas elementos en común que no están presentes -ni pueden estarlo- en el paradigma dominante: los determinantes psicosociales de la salud y la enfermedad y el mundo de los valores del hombre.

Hay que resaltar aquí el hecho de que el desarrollo de la Medicina y la Epidemiología Social han representado una opción a la Medicina y Epidemiología tradicional de carácter biologista (reduccionista) -que deja afuera la importancia influencia y en ocasiones determinación que ejercen los factores socio-económicos y socioculturales globales sobre la salud y la enfermedad- al realizar una dura crítica al carácter positivista del enfoque médico y epidemiológico tradicional.

Por otra parte, la Bioética, muy en boga en los tiempos que corren, como resultado de las exigencias que en el orden ético le plantean al hombre la aplicación del desarrollo científicotécnico en la esfera de la Medicina y de la necesidad de un fundamento ético social a las cada vez más crecientes necesidades de los servicios de salud en sentido global y regional, ha desarrollado un arsenal teórico del mundo de los valores en la esfera de la salud y la enfermedad, inexistente en el viejo paradigma biomédico-clínico de corte positivista.

Por último, no es ocioso también resaltar la importancia que el desarrollo de la Psicología Clínica y de la Salud ha representado para la comprensión de la salud y la enfermedad, -no queremos reducir nuestro análisis en este campo a la capacidad explicativa del psicoanálisis, sino que a éste lo consideramos un caso particular dentro del desarrollo de la Psicología- que penetra en la capacidad explicativa de las relaciones soma-psíquicas para la comprensión de la determinación de múltiples procesos mórbidos o alteraciones psicosociales, imposibles de explicar con el paradigma de salud y enfermedad vigente.

Todos estos planteos, son ya realidades inexcusables que conviven en el área de la medicina y la salud con las versiones aún predominantes del paradigma biomédico-clínico. Sin embargo, "como ha dicho *Kuhn*, para la 'vieja guardia' el desplazamiento a un nuevo paradigma tiene efectos perturbadores; es muy difícil de admitir...",<sup>13</sup> lo que se presenta entonces como una versión modernizada del viejo paradigma aún vigente. El proyecto del Genoma Humano ha desentrañado un nuevo modo de experimentar al hombre y a su proceso salud-enfermedad, el cual a partir del propio paradigma dominante, reedita la determinación biológica de la esencia humana, ahora en forma de información genética, y olvida las brechas hechas a dicho paradigma positivista como resultado del desarrollo de la ciencia en la esfera de la medicina y la salud.

## TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS

Desde hace rato, la posibilidad de la clonación genética había despertado el interés de múltiples personas, como hecho nuevo de indiscutible relevancia científica. Sin embargo, luego de la noticia de Dolly el interés se ha ido transformando en una realidad más cercana que la humanidad tiene irremediamente

que enfrentar. Pero el hecho científico, y la posibilidad de su realización no constituye el elemento más importante motivo de discusión, sino las implicaciones éticas que emanan de posibles interpretaciones aberrantes o reduccionistas de tal hecho científico. No es raro oír hablar de la posibilidad de clonar hombres para obtener grandes artistas, eminentes científicos o hasta destacados estadistas. ¿Qué concepción del hombre y su esencia se encuentra en la base de tales aseveraciones?, cuando no la dé un hombre enteramente determinado por la información contenida en sus genes. Parece como si a los hombres no les hiciera entonces falta vivir su propia vida, sino que ésta pudiera estar ya predeterminada en una película genética al estilo de Hollywood. Tal actitud, constituye una suerte de tendencia reduccionista en la ciencia basada en la creencia de que fenómenos complejos pueden ser explicados y comprendidos a través de la reducción explicativa a algunas de las partes que componen el objeto de investigación.

Sería bueno recordar, que un clásico del análisis de la evolución y desarrollo de las ciencias como *Thomas Kuhn*, resalta en varias de sus obras la importancia de apelar, en el análisis de los problemas de las ciencias, como elemento de carácter metodológico, a la historia de las ciencias, a la sociología, psicología, etc., con el fin de completar un análisis holístico integrador de cualquier problema científico de que se trate. La visión de la realidad desde el estrecho marco de cualquier ciencia concreta restringe su aprehensión y dificulta llegar a comprender la misma en toda la complejidad que la caracteriza. Desde esta visión simplista, el hombre puede ser tratado como una simple computadora, un conjunto de procesos neurofisiológicos, o un conglomerado de información de carácter genético.

La integración del conocimiento científico y el desarrollo de teorías generales de las ciencias tales como la teoría de sistemas, la teoría de la autoorganización, la teoría de la información, son elementos demostrativos del carácter necesariamente integrador, holístico de la ciencia moderna. Es necesario ir entonces obligatoriamente más allá de cualquier interpretación científica particular en el análisis de los procesos humanos.

Los procesos específicamente humanos, no tienen lugar al margen de todo un conjunto de necesidades y valores sociales que conducen la realización de los mismos. En el caso específico de la medicina, y en particular, de un proyecto tan integrador como el del Genoma Humano, este no se desenvuelve sino a partir de la acción de hombres reales vivientes con intereses, necesidades, valores y puntos de vista que emanan de su posición concreta en la sociedad. Sería iluso pensar en la posibilidad de la realización de estas acciones de forma "natural" al margen del conjunto de intereses, necesidades y valores que los conducen. El propio *Kuhn* señala, cómo la razón de ser de ciencias como la Medicina, emana obligatoriamente de una necesidad social externa,<sup>14</sup> existente al margen de la lógica interna de sus postulados.

Por otra parte, el desarrollo tecnológico constituye un hacer que trae consigo siempre significados de corte ético en sus aplicaciones sociales. Ya dijimos antes que no todo lo técnicamente posible puede ser siempre éticamente justifi-

cable. El Programa del Genoma Humano no escapa a este ejercicio de generalización teórica respecto al significado social y ético de las aplicaciones tecnológicas. Nos llama la atención como a menudo pretenden analizarse problemas relativos a significados de aplicaciones tecnológicas contenidas en el Proyecto del Genoma Humano al margen de una posición ética claramente definida o desde posiciones científicas "naturalistas" que nada tienen que ver con el fundamento ético del problema que se discute). ¿Qué pasaría si un especialista en Ética intentara fundamentar un proceso genético desde posiciones éticas? Sin embargo, a menudo se realiza la práctica de "fundamentar" decisiones éticas en la ciencia, desde posiciones irresponsablemente empiristas sin tener apenas idea de cuál es la historia del tratamiento del problema, de cual es su fundamento.

Tratando de integrar los errores que comúnmente se cometen a partir del análisis desde posiciones reduccionistas ya anteriormente señaladas, y echando una ojeada a una práctica del "deber ser" a partir de posiciones más en correspondencia con el actual desarrollo de la ciencia, consideramos necesario oponer:

- El enfoque sistémico integrador al enfoque reduccionista individualizado.
- El análisis de totalidad al análisis de las partes.
- La comprensión de las relaciones al análisis de partes aisladas.
- El investigador incluido en lo observado al investigador fuera de lo observado.
- El análisis multidisciplinario al especializado.
- El respeto a la ética como disciplina científica al irrespeto y la irresponsabilidad en el actuar.

El desarrollo de las ciencias enseñan ya hoy, pese al predominio de la visión estrecha positivista de la ciencia, que el pensamiento para ser científico no tiene que ser obligatoriamente reduccionista, sino que por el contrario, tal práctica, aunque desempeñó un papel histórico en el desarrollo de las ciencias -en los momentos en que el desarrollo de las ciencias tenían un carácter eminentemente colector- se ha convertido hoy día en un obstáculo epistemológico para su desenvolvimiento. Se precisan de perspectivas integradoras y globalizadoras en los análisis de los problemas de la ciencia. En este punto se toca también al análisis de los problemas científicos y éticos contenidos en el Proyecto del Genoma Humano.

La especialización se ha convertido también en una suerte de *boomerang* que ha contribuido a desarrollar el pensamiento reduccionista considerada incluso a veces con viso de científicidad. Mientras más especializado sea el análisis más científicamente se piensa y argumenta, no se considera así que el exceso de especialización conduce a la obsesión por los árboles no alcanzando entonces a ver el bosque.

En todo este conjunto de consideraciones de corte epistemológico y teórico, es necesario también considerar el papel que desempeñan los fundamentos filosóficos en cualquier aspecto en las ciencias, y específicamente en el orden

ético. Los diferentes y posibles puntos de vista contradictorios de cualquier análisis sólo pueden ser comprendidos a partir del análisis de los puntos de vista filosóficos que tienen en su base. Si bien más arriba, nos referimos a los momentos en que el pensar filosófico comienza a desempeñar su papel en el análisis de cualquier problema científico, el Proyecto del Genoma Humano constituye un objeto que trae consigo en su desenvolvimiento todo un conjunto de hechos y problemáticas, de enorme significación ética, interpretaciones las cuales no existen al margen de un determinado fundamento teórico-filosófico. Tener en cuenta tal fundamento nos conduce a orientarnos en el camino de la fundamentación, de la capacidad explicativa para la toma de las decisiones. No tenerlo en cuenta es otra manera de adquirir posiciones irresponsables en el debate teórico cuando tiene lugar, sino es que se adopta, como a veces pasa una posición empirista superficial.

Estos planteamientos de problemas éticos no tienen lugar tampoco al margen de la educación. Esta última constituye la forma concreta en que se trasmite una determinada posición filosófica de partida, a veces, incluso, no declarada. En este sentido, *Kuhn* señala cómo individuos educados en diferentes sociedades se comportan en ocasiones frente a un mismo objeto de análisis como si vieran distintas cosas.<sup>15</sup> El medio intelectual circundante, su formación, su posición social, constituyen elementos definitorios en la ubicación teórica y en la conceptualización de uno u otro problema científico de connotación ética. ¿Cómo se interpreta desde posiciones económicas opuestas la prevalencia del respeto a la dignidad y la libertad humanas frente a la aplicación de cualquier adelanto científico en el seno del Proyecto del Genoma Humano, cuando tal aplicación pudiera significar garrafales ganancias para un determinado sector y en la que el propio científico puede salir económicamente beneficiado? La actitud ante la ciencia no es simple y sencillamente un problema epistemológico cognoscitivo, sino que "lo que ve un hombre depende tanto de lo que mira como de lo que la experiencia visual y conceptual lo ha preparado a ver".<sup>16</sup> No es posible concebir seriamente pensando la actitud no crítica e imparcial del científico al margen de todo acto valorativo. Tal concepción es sencilla y llanamente, cuando se tiene inconscientemente, imprecisa, cuando se adopta conscientemente, irresponsable.

*Makabe*, citando a *Heinrich Schipperges* señala que "el paradigma de la medicina del futuro roza, a la vez, varios planos de relación: al lado de las ciencias naturales están las ciencias sociales y las interpretativas. La medicina del mundo de mañana no ha de constituir tan sólo una técnica curativa de consumada perfección, sino, al mismo tiempo, la planificación de nuevos módulos socioculturales, una sistemática estilización de la existencia humana, una educación sanitaria adecuada y la instauración de un *ethos* médico para el mejoramiento de la calidad de vida".<sup>17</sup>

La realización de ideas de este tipo es un reto social y humano, en tanto cada vez más, la ciencia se convierte en una enorme fuerza transformadora que puede generar grandes progresos, pero también grandes desastres para la humanidad. El Proyecto del Genoma Humano, de manera alguna, está exento de esta circunstancia. Lo sabemos, y tenemos la obligación de ser responsables y racionales con nuestro tiempo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sotolongo PL. El paradigma biomédico-clínico moderno de la salud y la enfermedad. Su repercusión sobre la formación del personal de la salud. Resultado Parcial del Tema de investigación "Epistemología y Salud". ACC: 4.
2. UNESCO. Comité Internacional de Bioética. Anteproyecto preliminar revisado de declaración sobre la protección del Genoma Humano. Nueva Versión: 2.
3. Makabe P. El cambio epistemológico. Paradigmas en ciencia, medicina y psiquiatría. Editorial San Marcos. Lima, Perú. 1989:72-73.
4. Núñez Jover. J. Interpretación teórica de la ciencia. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, 1989:152.
5. Bunge M. Teoría y realidad. Editorial Ariel, España, 1981: 285.
6. Maturana H. El árbol del conocimiento: las bases biológicas del entendimiento humano. Editorial Universitaria, Santiago de Chile, 1984.
7. Sotolongo P L. Obra Citada. Pág. 2.
8. Kuhn Th. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica. México, 1982: 269.
9. Ibidem. Pág. 71.
10. Ibidem. Pág. 272.
11. Sotolongo P L Obra citada. Pág. 9.
12. Ibidem. Pág. 17.
13. Makabe P. Obra citada. Pág. 29.
14. Kuhn Th., Obra citada. Pág. 46.
15. Ibidem. Pág. 295.
16. Ibidem. Pág. 179.
17. Makabe P. Obra citada. Pág. 105.

# El Proyecto del Genoma Humano: enfoque ético y antropológico

Lic. Jesús A. Martínez Gómez y Dr. Maikel López Pérez

## INTRODUCCIÓN

En agosto de 1945 bombarderos norteamericanos lanzaban sus bombas atómicas sobre dos ciudades japonesas (Hiroshima y Nagasaki) cuando ya era inminente el fin de la guerra. El objetivo de semejante acción no era rendir a Japón, que ya tenía perdida la guerra sino demostrar al mundo el poderío militar norteamericano. Era la expresión más acabada del paradigma científico de la modernidad: "el conocimiento es poder".

Hoy es tanto el poder que pone en manos del hombre el desarrollo de la ciencia que su mal uso podría desencadenar en la autodestrucción de la humanidad. Hiroshima y Nagasaki demostraron a los científicos que no todo lo que se puede hacer se debe hacer. A partir de entonces las motivaciones científicas se han tratado de acompañar siempre de las regulaciones éticas. En este contexto histórico es que tiene lugar el desarrollo de la ciencia llamada a revolucionar la segunda mitad de nuestro siglo: La biología molecular.

## DE LA IDENTIFICACIÓN DEL ADN AL PROYECTO DEL GENOMA HUMANO

La biología molecular es un peldaño lógico y necesario en el desarrollo de la genética, la cual aparece como ciencia autónoma en 1900, una vez que se redescubren las leyes ya enunciadas por *Mendel* en 1865.

El desarrollo de esta nueva ciencia estuvo condicionado por su capacidad de dar respuesta a 2 interrogantes que habían quedado sin responder en los marcos de la teoría de *Darwin*: ¿cuáles son las leyes por las que se transmiten los caracteres biológicos de padres a hijos? y ¿cuál es el medio físico que permite transmitir estos caracteres? Hoy en el campo de la genética molecular las referidas interrogantes rezan: ¿cuál es la base molecular de la herencia? y ¿de qué sustancia están hechos los genes?<sup>1</sup>

Las respuestas a estas interrogantes comienzan a darse 44 años después de que fueran redescubiertas las leyes de *Gregorio Mendel*, cuando *Avery, Mac*



*Leod y MacCarty* identificaron el ácido desoxirribonucleico como material hereditario. Sólo 9 años más tarde *Watson y Crick* descubrirían la estructura de doble hélice del ADN, y en la década del 60 ya se conocía la función del ARN mensajero (en 1961 *Francois Jacob y Jackes Monod* postulan la función del ARNm) y se culminaba (en 1965) el desciframiento del código genético gracias a la labor ininterrumpida durante 4 años de *Ochoa, Niremberg y Khorama*.<sup>2</sup>

Al comienzo de la década de los 60 *Nathans y Smith* descubren las endonucleasas de restricción, enzimas que posibilitan fraccionar y recombinar el DNA. Con este hallazgo nacía la ingeniería genética molecular, la cual aumentaría considerablemente la capacidad de manipulación de los procederes biológicos por parte del hombre. En esta misma década, en 1974, un grupo de científicos pioneros de la ingeniería genética molecular, encabezados por *Paul Berg* (más tarde galardonado con el premio Nobel), hicieron público en varias revistas el llamamiento a una moratoria "hasta que el riesgo potencial de las moléculas de ADN recombinante haya sido evaluado...".<sup>3</sup>

Era la primera vez que los científicos se acogían a la máxima de que "No todo lo que se puede hacer técnicamente se debe hacer". Meses después se levantaría la moratoria de Axilomar -lugar donde se hizo el llamamiento- y se proponen regulaciones éticas para las prácticas que se venían realizando.<sup>3</sup>

Un poco más tarde *Sanger* y colaboradores y *Maxam y Gilbert* crearían métodos fáciles, enzimáticos y químicos, para la secuenciación del DNA, los cuales permitieron establecer la secuencia completa de los ácidos nucleicos -esto los hizo acreedores del premio de química en 1980.<sup>4</sup> Posteriormente, ya en la década de los 80, *Mullis* y sus colaboradores lograron realizar la reacción en cadena de la polimerasa, técnica que permite amplificar en forma rápida y específica e identificar fragmentos de DNA.<sup>5</sup>

Estamos en la era de la llamada revolución biotecnológica, en la cual se aspira a tener la secuencia completa, a nivel molecular, de las 4 bases de los aproximadamente tres mil trescientos millones de nucleótidos que constituyen el genoma humano haploide (23 cromosomas, más el cromosoma mitocondrial). Esta revolución ocupa la segunda mitad de nuestro siglo, de la misma forma que la primera estuvo impactada por la revolución nuclear. El aspecto más importante de esta revolución en nuestros días es la pronosticada culminación, más o menos inmediata, del Proyecto del Genoma Humano (HGP).

## PROYECTO DEL GENOMA HUMANO

El genoma, en sentido general, comprende "el conjunto de genes que especifican todos los caracteres potencialmente expresables de un organismo",<sup>3</sup> y el humano, más concretamente, contiene los genes que conforman el programa genético del *Homo sapiens*. Aunque el genoma de cada individuo humano es diferente, tiene en común con los demás hombres el denominador genético que lo "acredita" como miembro de nuestra especie. Al programa genético de cada persona se le llama genoma, y al de nuestra especie genoma humano.

El objetivo del Proyecto es obtener un conocimiento completo del hombre a nivel molecular, para lo cual se hace una genografía (mapa del genoma) con la ubicación de cada uno de los aproximadamente cien mil genes que lo conforman y la especificación de sus funciones. En otras palabras, lo que se pretende es descifrar la totalidad de las secuencias de aminoácidos, los más de tres mil millones de pares de bases nitrogenadas que constituyen el genoma humano.

El antecedente histórico del HGP se remonta a la reunión efectuada en Alta, Utah del 9 al 13 de diciembre de 1984. En esta reunión, que fue patrocinada por el Departamento de Energía de los Estados Unidos y la Comisión Internacional para la Protección contra Mutágenos y Carcinógenos Ambientales, se preguntó a un grupo de investigadores, líderes en métodos analíticos del DNA, si creían poder identificar un aumento en la frecuencia de mutaciones en los sobrevivientes de las explosiones atómicas de Hiroshima y Nagasaki. La principal conclusión fue que la metodología existente no era lo suficientemente sensible para lograrlo.<sup>6</sup> La idea del Proyecto aparece en 1986, en una editorial de la revista *Science* -la revista científica de más difusión en el mundo-, cuando el premio Nobel *Renato Dulbecco* lo propuso como el medio más rápido de desarrollar nuestros conocimientos de las transformaciones neoplásicas. Esta idea, que fue apoyada por varios científicos, encontró financiamiento institucional inicialmente en los Estados Unidos -en 1988 el National Institute of Health lanza bajo la dirección de *J. Watson* el Proyecto Genoma Humano-,<sup>7</sup> y con posterioridad en otros países desarrollados, así como financiación privada, hasta convertirse en una de las empresas investigadoras de mayor envergadura de nuestro siglo.<sup>1</sup> Actualmente, además de los Estados Unidos, financian el Proyecto Francia, Alemania, Japón, etc., lo cual hace de éste una empresa de carácter internacional.

Aunque antes tuvieron lugar empresas científicas de envergadura (por ejemplo, el Proyecto Manhattan, para fabricar la primera bomba atómica y el Proyecto Apolo, para poner el primer hombre sobre la luna), ésta es la primera vez en la historia en que a la par de un proyecto de esta naturaleza se debaten sus implicaciones éticas, jurídicas y sociales.

## LOGROS Y POSIBILIDADES DEL PROYECTO PARA LA MEDICINA

Dando cumplimiento a este ambicioso programa ya se han localizado y caracterizado un gran grupo de genes, esperando que al culminarse el mismo se esté en condiciones de comprender y poder descifrar el origen de las más de aproximadamente siete mil dolencias hereditarias conocidas por la ciencia, que son producidas por el funcionamiento defectuoso de los genes.<sup>8</sup> Además, son grandes también las utilidades que se espera obtener para el tratamiento de enfermedades infecciosas y neoplásicas.<sup>9</sup>

El desarrollo del Proyecto, dado por el éxito obtenido en el desciframiento y ubicación de genes, ha hecho pensar a muchos que su culminación tal vez se de antes del año 2005, en el 2000.

Ya hoy se conocen, por citar algunos ejemplos, la ubicación de los genes responsables del síndrome de ADA; los relacionados con el síndrome del cromosoma X frágil, con la esquizofrenia, con la psicosis maníaco depresiva, el de la neurofibromatosis, el de la corea de Huntington, entre otros.

No sólo se habla de la localización de genes responsables de enfermedades, sino que también se informa haber descubierto genes que cumplen funciones importantes en el organismo, como el gen de la glucógeno fosforilasa muscular, el de la acetilcolinesterasa y el de la triptofano hidrolasa. También se refiere haber encontrado genes que se relacionan con nuestra conducta.

Todos estos hallazgos nos sitúan en la era de la citogenética molecular. La revista Science publicó en diciembre pasado la primera versión del mapa del genoma humano, con la descripción de aproximadamente dieciséis mil genes localizados hasta el presente.<sup>8</sup> Hoy esta cifra ha sido superada.

¿Qué se puede hacer con toda esa información en medicina? Se pudiera utilizar para múltiples fines; nosotros nos referiremos a los siguientes: el diagnóstico genético, la terapia génica y la investigación basada en la clonación de genes o células.

### **Diagnóstico genético**

El diagnóstico genético es el que se hace para detectar afecciones causadas por deficiencias en el funcionamiento de determinados genes (pueden ser 1 o varios). Esta forma de hacer diagnóstico a venido a superar el paradigma, conforme al cual la clínica se ha venido desarrollando durante siglos. El médico siempre había diagnosticado comenzando con la búsqueda de las manifestaciones (signos y síntomas) de la enfermedad dirigiéndose al conocimiento de sus causas. Gracias al desarrollo de la biología molecular hoy se puede diagnosticar y hacer un verdadero pronóstico a través de el esquema:

ADN → ARN → PROTEÍNA → ENZIMA → FUNCIÓN

El diagnóstico genético puede ser prenatal (anterior al parto o nacimiento del ser humano) y posnatal (con posterioridad a éste), realizarse en una fase preclínica o asintomática o en una fase clínica ante la presencia de signos y síntomas manifiestos de la enfermedad. Estas formas de diagnóstico se han ido desarrollando en la misma medida que lo ha hecho la biología molecular. En 1956 se descubrió que el número normal de cromosomas de la célula humana era de 46 (y no 48 como se pensó inicialmente). Este avance permitió descubrir en 1959 que el tener un cromosoma de más (el número 21) era la causa del síndrome de Down.

Pocos años después a esta forma de diagnóstico genético se le encontró aplicación, cultivando en el laboratorio células procedentes de un feto contenidas en el líquido amniótico obtenido de una mujer en la 15 ó 16 semanas de la gestación. Con la ayuda de esos cultivos celulares, se puede averiguar si existe un defecto en los cromosomas o en algunas reacciones químicas del feto. En muchos países es hoy común efectuar este diagnóstico prenatal a embarazadas de más de 35 años, que por su edad tienen un riesgo mayor de tener un hijo con síndrome de Down.

En 1960 se desarrolló otra forma de diagnóstico genético. El doctor *Robert Guthrie*, de la universidad del estado de Nueva York en Búfalo, descubrió un análisis de sangre con el que se podía detectar en niños recién nacidos una enfermedad hereditaria del metabolismo, la fenilcetonuria, con tiempo para someterlos a un tratamiento que les evitará el retraso mental al que estaban condenados por una mutación génica. Este análisis comenzó a aplicarse de forma masiva en los Estados Unidos, abarcando actualmente otras enfermedades, como el hipotiroidismo congénito, extendiéndose a la mayor parte de los países del mundo.<sup>10</sup>

En un futuro próximo el diagnóstico genético podrá hacerse de forma directa a través del análisis del DNA. En la actualidad se pueden identificar con gran precisión a los portadores de mutaciones responsables de más de un millar de enfermedades hereditarias y de tumores malignos.

Una vez concluido el HGP, no sólo será útil con relación al tratamiento de las enfermedades hereditarias, sino también para la detección de una alta predisposición a padecer enfermedades que aún son incurables y significativamente invalidantes para el individuo, como es el caso de la corea de Huntington.<sup>10</sup>

## Terapia genética

Otra de las posibilidades que presenta el desarrollo de la genética molecular a la medicina contemporánea es la **terapia génica** (TG), ésta no es más que la "administración deliberada de material genético en un paciente humano con la intención de corregir un defecto genético específico".<sup>5</sup> Ésta puede llevarse a cabo en células somáticas (TG somática) o en células de la línea germinal (espermatozoides, óvulos, o las células que los originan), en cuyo caso estaríamos en presencia de la TG germinal.

Las alteraciones genéticas producidas en las células somáticas no se transmiten a la descendencia, mientras que las producidas en las células germinales sí lo harán.

La terapia génica puede realizarse a través de 3 formas fundamentales:

1. Por inserción génica, introduciéndose en las células una versión normal ("sana") del gen defectuoso ("enfermo") sin modificar éste. Este gen normal se puede insertar en cualquier lugar de los cromosomas de las células tratadas.
2. Por modificación génica, "curando" el gen "enfermo" por mutagénesis dirigida.

3. Por cirugía génica, sustituyendo el gen defectuoso por su versión normal mediante un proceso de recombinación homóloga.<sup>5</sup>

Actualmente sólo es posible aplicar las técnicas de inserción, a través de las cuales el producto normal sintetizado por el gen "sano" introducido en las células humanas corrige el defecto del producto que es sintetizado por el gen "enfermo". Hoy cuando se habla de terapia génica se hace en relación con la terapia por inserción génica. Por eso es común ver definiciones como ésta al referirse a la terapia génica: "consiste en introducir en las células del enfermo una copia sana del gen defectuoso para que desempeñe la función del ausente".<sup>11</sup>

Antes de iniciar la terapia génica en humanos los científicos realizaron estudios *in vitro* y en modelos animales. La primera terapia génica en un ser de nuestra especie fue realizada en 1990, por *Blaese y Anderson*, en una paciente afectada de deficiencia de ADA.<sup>7</sup>

No obstante sus incuestionables logros, el paradigma genético ya encuentra límites a su desarrollo con relación al diagnóstico genético y la terapia génica. Los genetistas moleculares hoy trabajan con un esquema mecánico y lineal, el cual se orienta a la solución de interrogantes causa-efecto de tipo simple -un gen, una enzima y una función-, no es acto para explicar la causalidad ni modificar el funcionamiento en fenotipos complejos como el humano, en el cual el genoma opera a través de varias formas: la monogénica, en la que el entorno no desempeña papel alguno como es el caso de la anemia de células falciformes o distrofia de *Duchenne*; la poligénica, que se determina por la acción de muchas células como ocurre en el cáncer y la aterosclerosis; y la epigenética, en la que los genes interactúan con señales externas del ambiente, incluyendo la experiencia normal de cada individuo y, por tanto, también su esfera psicológica. El esquema mecánico y lineal sólo es válido en las enfermedades monogénicas, las cuales no rebasan más allá del 2 % de las patologías humanas, las cuales en su gran mayoría -aproximadamente el 98 %- son poligénicas o epigenéticas.<sup>12</sup>

### **Investigación basada en la clonación**

La clonación (multiplicación de copias idénticas a algo) hace tiempo que se ha venido haciendo en células y plantas. En animales los antecedentes se remontan a 1952 en trabajos con anfibios (ranas). El primer mamífero clonado se logra en 1981. Las experiencias se realizaron a partir de la desagregación de células de embriones de ratón, obteniéndose por esta vía ratones clonados. La primera clonación que se conoce de embriones humanos fue realizada en 1993 en la George Washington University (EE.UU.).<sup>7</sup>

Siempre la clonación se había hecho a partir de embriones, hasta que recientemente científicos del Instituto Roslin de Edimburgo (Escocia) obtuvieron la oveja Dolly a partir de una célula somática de un animal de su misma especie. En el orden tecnicocientífico el caso Dolly ha establecido cuestiones importantes. En su nacimiento no intervino un padre (macho), pues Dolly se obtuvo a

través de una célula del cuerpo -de la ubre- de una hembra adulta. Por otra parte, la célula somática de la que se obtuvo es una célula diferenciada y especializada en producir proteínas, la cual fue reprogramada y convertida en totipotente.<sup>13</sup> En biología siempre se dijo que la diferenciación se hacía en una sólo dirección, cosa que Dolly a venido a negar.

La clonación es importante para la realización de estudios funcionales o para construir sondas para la detección de RNAm.<sup>5</sup> La consecuencia inmediata que reporta la clonación de un fragmento de DNA es la posibilidad de secuenciarlo,<sup>4</sup> y la secuenciación de genes tiene implicaciones importantes en el entendimiento de la fisiopatología de muchas enfermedades.<sup>4</sup> Hoy esto se logra con relativa facilidad a través de las técnicas enzimáticas y químicas y de la reacción en cadena de la polimerasa. También son infinitas las posibilidades de su utilización en la industria farmacéutica, la trasplantología y la terapia génica. Lo que todavía no está claro para los científicos que investigan con ayuda del clonaje es si todo lo que se puede hacer con él se debe hacer.

En nuestro país se venía trabajando en la clonación de animales desde 1991, existiendo entonces tecnología para efectuar la clonación a partir de embriones de vaca. Ese año se logró hacer la primera clonación de mamíferos a partir de embriones de conejo. Por existir otras prioridades en aquellos momentos los experimentos comenzados no se siguieron desarrollando. Hoy existe una decisión estratégica de continuar el desarrollo de este tipo de experimentos.<sup>13</sup>

## CONSIDERACIONES ANTROPOLÓGICAS

El desarrollo de la genética molecular hoy nos lleva a replantearnos la interrogante fundamental de las humanidades: ¿qué es el hombre? Esta gran interrogante, formulada ya en el libro de los *Salmos* -"¿Qué es el hombre, para que tengas de él memoria, y el hijo del hombre, para que lo visites?" (sal. 8:4)- encontró su primera respuesta en la filosofía de *Sócrates*: el hombre es su alma, por ser lo que lo distingue de cualquier otra cosa. De ahí el imperativo: "Conócete a tí mismo", si quieres conocer al hombre.

Este paradigma de la cultura occidental se ha visto acompañado por otros: el hombre es un ser biológico, planteamiento moderno; el hombre es un ser social, aseveración marxista; el hombre es su psiquis inconsciente, argumento freudiano; etc.

El Proyecto del Genoma Humano hace hoy renacer la idea del determinismo biologicista en la explicación de la esencia humana. Al promover este proyecto en 1986, *Renato Dulbecco* señalaba: "La secuencia del DNA es la realidad de nuestra especie, ya que todo lo que acontece en el mundo depende de esta secuencia."<sup>1</sup> Tal parece que el nuevo imperativo para nuestra época debiera rezar: "Conoce tu propio genoma."<sup>1</sup>

Ante tales aseveraciones algunos se preguntan: ¿sabremos todo lo que hay que saber sobre el hombre cuando se halla culminado el Proyecto del Genoma Humano?, ¿quedarán preguntas por responder?, ¿se puede reducir el hombre a

un conjunto de propiedades físicas, químicas, biológicas, etc.?, ¿se pueden reducir a la física, a la química o a la biología fenómenos tales como la consciencia reflexiva del hombre, los mecanismos de autoafirmación del yo, su carácter, etc.?

Pensamos que no se debe reducir el conocimiento del hombre a su conocimiento a nivel molecular. El hombre emerge o surge a partir de lo biológico, pero es mucho más que eso.

## CONSECUENCIAS ÉTICAS DEL PROYECTO

El premio Nobel *Marchall W. Niremberg*, en 1967 expresó: "el hombre puede ser capaz de programar sus propias células con información sintética mucho antes de que pueda valorar adecuadamente las consecuencias a largo plazo de tales alternativas, mucho antes de que sea capaz de formular metas y mucho antes de que pueda resolver los problemas éticos y morales que surgirán. Cuando el hombre llegue a ser capaz de dar instrucciones a sus propias células, deberá contenerse de hacerlo hasta que tenga la clarividencia suficiente para usar sus conocimientos en beneficio de la humanidad".<sup>3</sup>

El ritmo rápido del desarrollo de la genética no ha dado tiempo para que se puedan prever todas o al menos la mayoría de las consecuencias de su aplicación en el campo de la salud. Sin embargo, a pesar de lo rápido de su desarrollo, los científicos no han cesado un momento de tratar de evaluar sus riesgos para impedir el mayor número posible de consecuencias negativas que puedan sobrevenir, han revelado los conflictos éticos fundamentales que habría que enfrentar si no se establecen regulaciones oportunas a este tipo de prácticas.

## PROBLEMAS ÉTICOS DE LA MANIPULACIÓN

Los procedimientos descritos (diagnóstico genético, terapia génica e investigación basada en la clonación) permiten al hombre manejar procesos naturales, y da lugar al fenómeno de la manipulación. La manipulación, a su vez, puede dar lugar a la discriminación si se lleva a cabo con fines eugenésicos y no humanitarios.

La eugenesia (del griego *eu* -bien o buen-, *gen* -origen-) consiste en los procedimientos encaminados a mejorar el genotipo. Este término creado por *Francis Galton* (1822-1911) en 1983, es hoy objeto de importantes polémicas por las amplias posibilidades que brinda la genética molecular a los fines perfeccionistas con relación a nuestra especie.

La eugenesia puede ser negativa o positiva, según se tomen medidas para preservar individuos que posean determinados caracteres o se eliminen los que poseen caracteres no deseados. Por tal razón, toda eugenesia, implícita o explícitamente, conduce a la segregación.

## **Diagnóstico genético**

El diagnóstico genético, como expresamos, puede ser prenatal y posnatal, encontrándonos con problemas éticos generales y específicos que surgen como resultado de su práctica, los cuales conviene analizar por separado.

## **Diagnóstico prenatal**

El principal problema con que nos encontramos en este proceder es que éste es una de las causas fundamentales del aborto, lo que da lugar al llamado aborto eugenésico. La práctica de esta forma de aborto pone al ginecobstetra ante importantes problemas éticos que son interpretados desde distintas condiciones y credos.

Las valoraciones más frecuentes rezan:

1. Al eliminar un feto por sus deficiencias genéticas estamos practicando la eugenesia negativa.
2. Al decidir el nacimiento de los más aptos segregamos a los menos aptos, realizando eugenesia positiva .
3. Al decidir quién debe y quién no debe nacer nos colocamos en el lugar de Dios, y esto pudiera ser muy peligroso.
4. El diagnóstico genético prenatal debe utilizarse sólo con fines terapéuticos y no eugenésicos.
5. Si no vamos a respetar la decisión de la futura madre, entonces para que le informamos el resultado del diagnóstico.

Por si fuera poco, en cualquier decisión que se tome habrá que dar soluciones a los problemas de: ¿quién debe y quién no debe nacer?, ¿cuál es el criterio para aceptar la vida o para provocar la muerte?, ¿quién debe decidir: la madre, el padre, el terapeuta o la sociedad?.

## **Diagnóstico posnatal**

En relación con esta forma de diagnóstico se plantean los siguientes cuestionamientos: ¿debemos decir la verdad sobre las enfermedades futuras invalidantes?; ¿se debe justificar la violación del derecho a la confidencialidad y a la privacidad? ¿hasta dónde estamos seguros de nuestros pronósticos?; ¿se debe tolerar la discriminación en caso de una posible afección futura de origen genético?.

## **Terapia génica**

La terapia génica (TG) se puede realizar en células germinales (TG germinal) o en células somáticas (TG somática). Generalmente se acepta, atendiendo al



nivel de desarrollo actual de la ciencia, la práctica de la segunda y no de la primera por lo imprevisible de las consecuencias que pudieran transmitirse por herencia.

Una de las cuestiones más debatidas es la de si es éticamente justificable la TG para perfeccionar fenotipos normales. En este sentido es necesario no confundir entre ingeniería genética perfectiva y terapia génica. La primera tiene un fin eugenésico mientras que la segunda tiene una finalidad estrictamente terapéutica. También es necesario precisar que no es lo mismo bien genético que bien moral, pues se puede hacer más funcional un genotipo sin que esto sea aceptado por la ética atendiendo al fin eugenésico del proceder aplicado.

El centro de la problemática ética en la TG, al igual que en el diagnóstico genético, lo ocupa el fenómeno de la discriminación.

Las manifestaciones del fenómeno discriminatorio aquí pueden ser diversas, y da lugar a las siguientes cuestiones: ¿cómo determinar los genes que se deben transferir?, ¿cómo determinar a quién hacer la transferencia génica?, ¿cómo impedir la discriminación a los individuos que reciben o no el gen?. ¿Se debe intentar alterar o mejorar caracteres humanos complejos tales como personalidad, inteligencia, etc., que resultan de la interacción de muchos genes en un medio social?; ¿se debe validar ética y jurídicamente la transferencia de genes no humanos a pacientes humanos en un proceso de terapia génica?

### **Investigación basada en la clonación**

En el orden social la reacción ante las nuevas posibilidades de la clonación no se ha hecho esperar. Numerosos estados, gobiernos y organizaciones internacionales se han pronunciado al respecto.

La Comisión del Medio Ambiente del Parlamento Europeo ha analizado las implicaciones éticas y las consecuencias futuras de Dolly, alarmado de que esto, incluso, pudiera practicarse con cadáveres conservados. Genetistas colombianos han manifestado su preocupación acerca de la posibilidad de que tales experimentos pudieran acabar con la diversidad de seres vivos sobre nuestro planeta. Otros países se han apresurado a establecer proyectos de Ley para prohibir los métodos de reproducción humana basados en la clonación. Se pudieran señalar muchos más criterios, pero todos recogen un sentir común: la preocupación ante las posibilidades de manipulación del genoma humano.

Otras opiniones en diversas partes del mundo convergen en que la clonación podría ser un método eficaz de asistencia a la reproducción humana y una técnica eficaz para estudiar al propio hombre, además de abrir posibilidades infinitas para su uso en la industria agropecuaria y afines. En los Estados Unidos la Comisión Nacional de Asesoramiento Bioético, nombrada por el presidente *Clinton* después de la clonación de Dolly, propondrá al Congreso de ese país la aprobación de un proyecto ley que permita a ciertos científicos y médicos crear embriones humanos clonados con fines investigativos, prohibiendo al mismo tiempo su uso para hacer bebés humanos.<sup>14</sup>

¿Se autorizarán en Cuba la realización de estudios tendientes a la clonación de seres humanos? Estamos seguros que no, porque como bien señalara el doctor *Ovidio Castro Reboredo*, jefe del Departamento de Trángénesis del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, "Lo impiden los principios éticos que sostienen nuestra sociedad y en consecuencia amparan nuestro desarrollo científico."<sup>13</sup>

Nuestra opinión sobre el tema es que no debemos excedernos en las preocupaciones, porque esto pudiera ser fatal para la ciencia, pero tampoco debemos descuidarnos, pues pudiera ser fatal para la humanidad. Se debe observar esta compleja dialéctica, de lo contrario se podría caer en extremos peligrosos para el desarrollo de la ciencia o de la humanidad. El problema es como conseguir cumplir con los 2 valores, ciencia y humanidad, sin faltarle a ninguno. La solución se debe encontrar en una sola dirección: la ciencia no debe ser un fin en sí mismo, su finalidad debe ser servir a la humanidad; la seguridad de ésta debe ser el principal límite al desarrollo de la ciencia. Esta no fue la idea con que se encontró el pensamiento científico de la primera mitad de nuestro siglo. Entonces se pensaba, por el contrario, que el desarrollo científico era un valor en sí mismo. La proposición que hoy se sustenta es un mérito incuestionable de la Bioética.

## PROPUESTA DE SOLUCIÓN

Las consecuencias que resultan del desarrollo de la biología molecular fueron una de las causas más importantes del surgimiento de la Bioética. La Bioética surge como una disciplina encaminada a combinar el "conocimiento biológico con el conocimiento de los sistemas de valores humanos."<sup>15</sup> Hoy los problemas que resultan del desarrollo de la genética molecular y, específicamente, los relacionados con la conclusión del Proyecto del Genoma Humano son objeto de un profundo análisis axiológico. Ahora, como nunca antes, al tomar decisiones técnicas debemos atenernos a las 2 virtudes dianoéticas esenciales de que hablara *Aristóteles*: la prudencia (*phronesis*) y la sabiduría (*sophia*).<sup>16</sup>

Debemos ser prudentes, actuando oportunamente según las circunstancias, para no seguir cometiendo errores que pudieran ser fatales para la supervivencia de nuestra especie; y sabios, buscando hacer el bien y no el mal a la humanidad, para no tener que arrepentirnos de algo que ya tal vez no tenga solución. La prudencia y la sabiduría han animado decisiones que en el orden internacional se han venido tomando. En 1993, del 24 al 26 de mayo, se celebró en Bilbao la Reunión Internacional sobre "El derecho ante el Proyecto Genoma Humano", en la cual los asistentes destacaron la existencia de un gran número de problemas legales a resolver, algunos actuales y otros que se harán más evidentes a medida que avance el Proyecto. Entre estos problemas se destacaron:

1. Incidencia de la genética en la libertad de la persona, en la formación de la voluntad, en la conducta humana y como consecuencia en su responsabilidad o culpabilidad, lo que tiene especial repercusión en el derecho penal.

2. Respeto a los derechos humanos según están consagrados en las constituciones de los estados democráticos y acuerdos internacionales, como límites en la utilización de técnicas genéticas referidas al ser humano.
3. Protección a la intimidad personal o confidencialidad de la información genética y determinación de los supuestos en los que sea factible alterarla o traspasarla.
4. Fijación de límites precisos para ciertas formas de ingeniería genética que atacan la individualidad, identidad y variabilidad del ser humano, por el grave riesgo que suponen para la dignidad personal y para la evolución natural de la herencia genética.
5. Tensión entre la demanda de liberalización total en la utilización o aplicación de la investigación y experimentación científica y la protección de ciertas libertades humanas.<sup>17</sup>

Atendiendo al temor generalizado por el uso que se pueda dar a los adelantos de la biología molecular y, en particular, de la genética, el doctor *Federico Mayor*, Director de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), decidió crear el Comité Internacional de Bioética (CIB), cuya presidencia encargó en 1992 a la señora *Noelle Lenoir*, miembro del Consejo Constitucional de Francia. El CIB se reunió durante 8 ocasiones en 1993 con el objetivo de formular un documento legal sobre la protección de genoma humano, buscando darle a éste una importancia similar a la que tiene la Declaración Universal de los Derechos Humanos. La Comisión Legal del CIB presentó en 1994 una propuesta de Declaración sobre la Protección del Genoma Humano, que fue revisada el año siguiente y vuelta a modificar, tras lo cual su Anteproyecto se dio a conocer a los países miembros de la ONU para su discusión y aprobación posterior.

El planteamiento central del referido Anteproyecto es que "El genoma humano es un componente fundamental del patrimonio común de la humanidad", significándose que su protección "tiene por objeto salvaguardar la integridad de la especie humana, como valor en sí, y la dignidad de cada uno de sus miembros". En correspondencia con la afirmación anterior en el documento se hacen planteamientos de vital importancia:

1. Cada ser humano posee una identidad genética propia.
2. La personalidad de un individuo no se puede reducir a sus meras características genéticas.
3. Cada persona tiene derecho a que se le respete su dignidad cualesquiera que sean sus características genéticas.
4. Cada persona tiene derecho a beneficiarse de los progresos de la biología y la genética humana, en el respeto de su dignidad y de su libertad.
5. La investigación en la esfera de la genética humana tiene por objeto aliviar el sufrimiento y mejorar el bienestar de la humanidad.
6. Ningún adelanto científico en esta esfera podrá prevalecer sobre el respeto de la dignidad y la libertad de la persona.

7. Nadie podrá ser objeto de discriminaciones fundadas en sus características genéticas.
8. No se podrá realizar ninguna intervención en el genoma de una persona, aunque sea para beneficiarlo, si no se cuenta con el consentimiento libre y basado en una información suficiente de ésta o de sus representantes habilitados.
9. Cada persona tendrá derecho a ser indemnizada por el daño de que haya sido víctima y que sea imputable a una intervención directa en su genoma.

El documento al final insta a los estados a que tomen las medidas normativas que consideren apropiadas para hacer cumplir lo establecido en esta Declaración.<sup>18</sup> En declaraciones recientes el secretario general de la UNESCO, *Federico Mayor Zaragoza*, dio a conocer que en octubre próximo se presentará la Declaración sobre el Genoma Humano, esperando que ésta sea aprobada por unanimidad.<sup>19</sup>

Principios parecidos animan el trabajo de la organización HUGO -Human Genome Organization, grupo internacional no gubernamental que trata de coordinar los trabajos del Proyecto para hacerlo mucho más efectivo.<sup>19</sup> Respondiendo a las inquietudes señaladas, el Comité de Asuntos Éticos, Legales y Sociales de esta organización ha hecho recomendaciones que se atienen a los principios siguientes:

1. Reconocimiento de que el genoma humano es patrimonio común de la humanidad.
2. Aprobación de las normas internacionales de los derechos del hombre.
3. Respeto a los valores, tradiciones, cultura e integridad de los participantes en los proyectos de investigación.
4. Aceptación y defensa de la dignidad y libertad humanas.<sup>20</sup>

En una ocasión *Cicerón* señaló: "A los hombres sabios y prudentes les instruye la razón; a los menos inteligentes la experiencia; a los ignorantes la necesidad; y a los animales el instinto."<sup>21</sup> Los científicos que contribuyeron a la revolución de la física en la primera mitad de nuestro siglo, como norma, no fueron sabios y prudentes, pues aprendieron el deber después de una nefasta experiencia: Hiroshima y Nagasaki. Los científicos de la segunda mitad de nuestro siglo, al conocer los errores de sus predecesores, deben proponerse aprender de la razón y no esperar a que de nuevo la experiencia les señale cuál es el deber ser. Si esto se repite, ya no tendrían justificación que ofrecer a la crítica que les señale que se comportaron como seres instintivos en un campo tan racional como la ciencia.

Preservar lo humano es lo más sabio y lo más prudente que puede hacer cualquiera que aspire a conservar para la posteridad el componente genético de nuestra especie. Pero lo que aún no está claro para todos es lo que vamos a preservar. ¿Es humano el feto? ¿Es humano el embrión? ¿Es humano un neonato con grandes discapacidades? Si somos sabios y prudentes estas y otras interrogantes parecidas no se deben dejar sin responder, pues su respuesta tiene que ver directamente con el contenido de lo que aspiramos a preservar.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Nuñez de Castro I. Ponencia: El Proyecto Genoma Humano. Discurso Bioquímico y Discurso Antropológico, En: La Fe interpelada. Jornadas de Estudio y Diálogo entre profesores universitarios. Salamanca, España. 1993: 30-32; 49-50.
2. Luchnik N. Por qué me parezco a mi padre. Editorial Mir. Moscú. 1969: 325-369.
3. Lacadena JR. Réplica a la Ponencia: El Proyecto del Genoma Humano. Discurso Bioquímico y Discurso Antropológico, En: La Fe interpelada. Jornadas de Estudio y Diálogo entre profesores universitarios. Salamanca, España. 1993: 52-53; 65; 69.
4. Martínez F, Gamba G. Biología molecular en medicina. Implicaciones médicas de la secuenciación del DNA. Rev Invest Clin (Méx) 1996;48(4):321;324.
5. Bobadilla NA, Gamba G. Biología molecular en medicina. La reacción en cadena de la polimerasa. Rev Invest Clin (Méx) 1996;48(5):401;405.
6. Risker R. El proyecto del genoma humano. Gac Med Mex 1993;129(4):287.
7. Lorda PS, Barrio CIMA. Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. Med Clin (Barc) 1995;105;586.
8. Periódico Granma, 11 de abril de 1997.
9. Cerezo RJ, Madrid MV. Técnicas, estrategias y usos de la biología molecular en medicina. Rev Invest Clin (Méx) 1995;47(6):487.
10. Velázquez A. Genoma humano y diagnóstico genético: implicaciones éticas y jurídicas. Gac Med Méx 1995; 131(3):368;370-371.
11. El Correo de la UNESCO. Septiembre, 1994:12-13.
12. Briebiesca LB. El paradigma de la medicina moderna: La genética molecular. Gac Med Méx 1995;131(1):200-202.
13. Entrevista a Fidel Ovidio Castro. Juventud Rebelde, 18 de mayo de 1997.
14. Boletín de "Información Especial" (Diaria), 6 de junio de 1997. Servicios especiales de información del Centro Nacional de Ciencias Médicas.
15. Guillén GD. El qué y el porqué de la bioética. Cuadernos del Programa Regional de Bioética 1995:37.
16. Giovanni R; Antiseri D. Historia del Pensamiento Filosófico y Científico. Editorial Herder. Barcelona 1991; T 1: 179.
17. Declaración de Bilbao: Encuentro Internacional sobre el derecho ante el Proyecto Genoma Humano. Bilbao 1993.
18. Anteproyecto Preliminar Revisado de la Declaración sobre la Protección del Genoma Humano. BIO/CIB-CONJUR/París 1995.
19. Boletín de "Información Especial" (Diaria), 17 de abril de 1997.
20. Lisker R. El código ético de HUGO. Gac Med Mex 1996; 132(4):457.
21. Lafuerza ND. El arte de hablar en público. Editorial Hobby. Buenos Aires 1954:236.

## Una reflexión marxista de la categoría justicia a través del desarrollo historicosocial

*Lic. Julia García Capote, Lic. Dámaso Gómez Plasencia  
y Lic. Juan Dávila Pérez*

Tanto en el pasado como en el presente hubo y hay escuelas de tendencias del pensamiento filosófico que no reconocían, y aun hoy eluden, al hombre como problema filosófico.

El problema del hombre puede incluirse entre los que no envejecen. Independientemente de la suerte que corra la problemática humana en un determinado período o en manos o bajo la óptica de ciertas escuelas y corrientes filosóficas, la filosofía no queda impasible ante el hombre.

La filosofía, surgida en la antigüedad, después de haber descrito una enorme espiral en su desarrollo, enriquecida en el camino recorrido, retornó al hombre. Esto es lógico, precisamente la filosofía es, a fin de cuentas, una reflexión en torno a los problemas vitales del hombre, en torno al hombre mismo. ¿Cómo fundamentar esto?

La filosofía al promover la interpretación general del mundo sienta con ello las bases para la explicación del fenómeno hombre, la identificación de su esencia y el lugar que ocupa el sentido de su vida. Así, el hecho de que el conocimiento filosófico actúe como autoconocimiento permite considerar a la filosofía como reflexión acerca del hombre. El interés actual en la problemática humana no es casual, sino tan solo se ha revitalizado. Antes del surgimiento del marxismo -mediados del siglo XIX- la burguesía en su lucha contra la estructura feudal del medioevo, desarrolló un movimiento progresista. Este movimiento, que incluiría la exaltación de la razón humana frente a la fe religiosa, recibió el nombre de humanismo. Bajo esta denominación se concentra el interés por el hombre como valor supremo, el desarrollo de sus cualidades y valores, así como sus fuerzas creadoras capaces de transformar todo cuanto le rodea a través de su actividad práctica y racional.

La palabra humanismo aparece desde la antigüedad con *Cicerón*. En sus inicios se refería al estudio y cultivo de las artes vinculadas a la cultura antigua. Más tarde, el humanismo se presentará como la tendencia a efectuar el análisis del hombre como un ente natural para despojarlo del carácter sobrenatural promovido por el cristianismo. En este estilo de pensamiento el humanismo pondrá la atención en el valor del hombre como personalidad y su derecho a la

felicidad, la libertad y el libre uso de sus capacidades. Pero esta concepción y la proyección con respecto al hombre real, ha dependido de la época, de las luchas de las clases en cada situación histórica determinada.

En el siglo XVI se inició por los iluministas franceses y toda la Ilustración, el movimiento progresista más avanzado. Fue por su forma un movimiento cultural que reclamaba la vuelta al virtuosismo de los clásicos de la antigüedad, sin embargo, en lo más profundo, constituyó una protesta contra el feudalismo, una crítica severa contra el oscurantismo de la opresión de la personalidad sujeta a las trabas del fraccionamiento feudal. Todo ello se concretó, en 1789, en La Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano. Era la época nueva dirigida por una burguesía en franco proceso revolucionario. Este documento fue el antecedente de lo que en 1948 se enunciara y aprobara como Declaración Universal de los Derechos Humanos. Sin embargo, es preciso señalar que el humanismo burgués desde su inicio, tuvo como esencia al individuo como propietario privado, como libertad de propiedad y no como persona universalmente libre, esto constituyó su gran limitación histórica.

Es insoslayable que libertad y justicia son 2 términos, que en la problemática del hombre deben comprenderse vinculados e interdependientes uno del otro.

¿Como entender la justicia? ¿Es posible despojarnos del análisis de ésta en el decursar historicosocial? Consideramos esto imposible, por cuanto limitaría la objetividad del análisis.

El significado de justicia, aplicado a cada individuo a la sociedad humana, ha sido objeto de numerosas disquisiciones. La idea de justicia surgió del intercambio, aplicándose no sólo a las cosas, sino también a las personas en cuanto a compensación de un daño inferido, sobre todo a un daño físico.

Conozcamos también que *Perelman* señala que la justicia, en el sentido de lo justo para cada individuo respecto a la sociedad, puede significar 6 tipos de afirmación: a) a cada uno lo mismo, b) a cada uno según sus méritos, c) a cada uno según sus obras, d) a cada uno según sus necesidades, e) a cada uno según su rango y f) a cada uno según lo atribuido por la ley. Teniendo una connotación diferente la una de la otra, no obstante, hay un elemento común a todas estas caracterizaciones y lo es el hecho de mostrarnos la justicia como un "principio de acción según el cual los individuos de una misma categoría esencial deben ser tratados de igual modo".

Es preciso tener en cuenta que toda conceptualización tiene que ser analizada en el marco histórico en el cual se desarrolla, pues cada época histórica dará necesariamente, partiendo de la esencia de la concepción materialista de la historia, formas de pensar diferentes.

A manera de fundamentación de lo antes expuesto, tengamos en cuenta, que la concepción de justicia más generalizada en la cultura occidental, emana, en gran medida, de la teoría ética de *Tomás de Aquino*, y del Renacimiento Tomista de los siglos XVI y XVII la que como sabemos es un producto de la interacción de 3 vertientes: la filosofía griega, la religión judeo-cristiana y el derecho romano. Para los griegos, por ejemplo, la justicia era una manera de aplacar los excesos crecientes provocados por el crecimiento

continuo inevitable de una desigualdad, una forma de restablecer una supuesta dignidad originaria.

Este enfoque lleva a la idea general de lo justo como lo que le pertenece en verdad a cada individuo, lo que da a cada quien lo que por derecho le pertenece. Lo opuesto a la justicia, sería lo injusto, visto como lo desmesurado.

*Platón* le adjudicó a *Simónides* la definición de justicia como : "dar a cada uno lo que le conviene". Para este filósofo, la justicia logra el orden entre las 3 clases de ciudadanos: filósofos, militares y trabajadores, llamando a que cada uno "haga lo que le conviene". Él concibe una justicia "pura y absoluta", con un carácter general, considerada como una de las virtudes cardinales, pero también como una de las maneras de sumar cada cosa individual en la idea del bien.

*Aristóteles* establece un hito en su análisis de justicia como virtual. Divide la noción de justicia en distribución ("distribución de honores, de fortuna y de todas las ventajas alcanzadas, distribución a cada persona de lo que le corresponde según su mérito"), y la comunicativa como regulación de las actividades de unos ciudadanos con otros, tanto voluntarios como involuntarios.

En el Derecho romano, aparece ya otra definición de justicia de gran influencia en la cultura occidental. Se le debe a *Ulpiano* que la conceptualiza como: "La constante y perpetua voluntad de dar a cada cual lo suyo".

Para los antiguos judíos e israelitas, la justicia, además de "dar a cada cual lo suyo", significaba la totalidad de los deberes "civiles" de hombre. Hay, a nuestro entender, un acercamiento a las actuales ideas de santidad, piedad, integridad, pecado, maldad, identificándose con la idea de completa inocencia.

Como señalábamos anteriormente, *Tomás de Aquino* y el Renacimiento Tomista de los siglos XVI y XVII introducen la reflexión aristotélica y el Derecho romano en la corriente del pensamiento cristiano. Su visión de la justicia fue la vivida por la cristiandad europea hasta el Renacimiento "...justicia es el hábito según el cual uno, con constante y perpetua voluntad, da a cada cual su derecho", él destacó, en lo que se considera por algunos estudiosos, la más perfecta definición de justicia dentro de la ornamentación filosófica, donde se funden armónicamente lo mejor de la concepción aristotélica y de la concepción romana. De la primera, la disposición habitual, firme y constante de la voluntad; de la última, el derecho como objeto preciso de la justicia.

Los tratados "*De Iustitia et iure*" todos nacidos de la misma fuente tomista, cada uno con sus peculiaridades, tuvieron un predominio de justicia comunicativa. Ello significa que circunscriben la ética social a la moral de intercambio. Esto supone una opción individualista en el planteamiento y solución de los problemas éticosociales. Además justifican el poder social existente, asumiendo por tanto, posturas reaccionarias al justificar por ejemplo, la esclavitud.

En la época moderna, el concepto de justicia, como categoría ética, se verifica en 3 cuestiones esenciales: noción, elementos que la integran y área de acción que abarca.

En cuanto a la noción de justicia que prevalece es la sustentada por *Simónides* : "dar a cada cual lo suyo".



Según el objeto propio de la justicia, ésta está conformada por 3 elementos: alternidad, las relaciones de justicia son siempre bilaterales; exigencia, ésta debe ser estricta, la justicia siempre está referida a algo debido a otro (lo que hay que dar a otro por ser suyo); igualdad, debe ser objetiva, independiente de apreciación o estimación subjetiva.

En lo referente al campo o área de acción que abarca, se distinguen los tipos siguientes:

1. Comunicativa: regula las interrelaciones entre personas o grupos considerados particularmente como distintos e iguales. La exigencia es de equivalencia absoluta, en base a datos objetivos procedentes de obligaciones contractuales u operaciones de cambio (compra-venta, trabajo, etc.).
2. Distributiva: está dirigida a repartir proporcionalmente los beneficios y cargas de la sociedad entre sus miembros (cargos oficiales, beneficios y seguridad social, subsidios o escuelas, hospitales, etc.) El sujeto pasivo es el individuo, el sujeto activo es la comunidad por medio de sus órganos oficiales.
3. General, legal o social: su objetivo es el bien común, al que ha de contribuir cada miembro de la sociedad con una medida de proporcionalidad (relaciones de los miembros de la sociedad con la sociedad misma).

Vemos pues, que la justicia se mueve dentro de 2 campos bien importantes de la realidad humana, la jurídica y la ética.

Ya a partir de la época moderna, hasta la actualidad, la filosofía y la jurídica como ciencias han interpretado la justicia bajo distintas concepciones éticas y jurídicas en correspondencia a cada época historicoconcreta del desarrollo social a lo largo de grandes transformaciones. En lo económico-político, cabe señalar la desintegración de la sociedad feudal, la consolidación de la monarquía y la expansión del colonialismo en África, Asia y América Latina; la aparición de los estados burgueses en Europa y posteriormente su expansión a los territorios coloniales; la aparición del neocolonialismo, como resultado de la independencia política de esas colonias y el mantenimiento en ellas de la dependencia económica a las ex-metrópolis; la expansión vertiginosa del capitalismo y sus crisis económicas cíclicas que agudizan cada vez más la polarización de la miseria, el desamparo, el hambre en un extremo y el hegemonismo y la riqueza en el otro. Y en lo ideológico 2 tendencias filosóficas muy definidas: de un lado diferentes corrientes idealistas tendentes a tratar de fortalecer el sistema capitalista y destruir todo tipo de corriente o doctrina progresista, por otro lado, la ideología del marxismo elaborada a mediados del siglo pasado y confirmada en la práctica por distintos estados, entre ellos Cuba.

Es preciso retomar, pues, que el humanismo burgués, que como señalamos alcanzó su florecimiento en el siglo XVIII, tuvo su expresión más acabada en la Revolución Francesa de 1789 enarbolando las banderas de "Igualdad (dígase justicia), Libertad y Fraternidad". No obstante, en las mejores referencias del humanismo burgués, éste no hace alusión a las condiciones materiales de vida de los trabajadores, pasa por alto el problema de la libertad real de estos, funda-

menta los ideales de la propiedad privada y el individualismo. La justicia en su concepción eticofilosófica queda totalmente ahogada, por no querer parecer absolutos y decir que se omite. Los derechos del hombre, a su realización real plena, en la práctica social de la burguesía, y sus derechos económicos y políticos se han visto constantemente violentados.

El humanismo real, identificado a su vez como humanismo marxista, tiene como esencia la concepción materialista de la historia y el reconocimiento del hombre como producto social y la creación de un paradigma o modelo para la plenitud humana. Es aquí donde la justicia en la acepción eticomoral regresa al hombre, es asumida por éste y utilizada en el ejercicio de su autorreproducción plena.

En el boletín número 5 y 6 (mayo y junio de 1990) de la OPS, *James F. Drane*, se refiere a "cuestiones de justicia en la prestación de los servicios de salud" que por la vigencia del tema y el registro de teorías que realiza, entendemos oportuno resumir algunas de estas teorías y realizar a la vez algunos comentarios desde nuestra óptica.

En la actualidad las teorías sobre un problema no resuelto, la **justicia social**, emulan y se contraponen en busca de argumentos teóricos más prácticos, dejando la teoría abstracta convencional de "dar a cada cual lo suyo".

## TEORÍAS LIBERTARIAS

En ellas se reduce la justicia a: "autonomía y libertad". "Si la libertad económica está garantizada, hay justicia". "Libertad económica que en el libre mercado debe materializar la distribución que crea desigualdades", lo que considera injusto. En el plano de los servicios de salud, que de hecho, para el sistema que prefieren seguro médico, está en el mercado, donde cada cual puede comprar la atención que quiere y puede, universalmente, se puede considerar injusto. Esta teoría defiende una justicia clasista, para los que tienen ingresos altos tendrán muchos bienes y servicios, para los de escasos ingresos, lo inverso. No es el mercado la vía de justicia, porque lo que cada persona pueda obtener en el depende de sus ingresos; tenemos que ir, necesariamente, a las relaciones económicas de propiedad, y las políticas económicas que garanticen empleos que devengan en ingresos necesarios para obtener bienes y servicios necesarios. Esta teoría es tan imprecisa como la abstracta universal. ¿Qué es lo suyo?, ¿Qué es libertad? De acuerdo al estatus social, así encontrarás un significado a estas interrogantes.

## TEORÍAS IGUALITARIAS

Para estas teorías **justicia** es esencialmente **igualdad**. Argumentan que "cuando a los que más lo necesitan se le asignan recursos para disminuir la desigualdad se hace justicia". Los más necesitados están potenciados por el

llamado "sorteo natural y social", "lo que se debe tener en cuenta al beneficiar con bienes o servicios o imponer cargos, por ser los más necesitados".

Consideran un "problema ético" determinar en qué cuantía y cómo contener los costos que para la sociedad y el Estado, representan los gastos "...como los de salud y defensa que no parecen ser nunca suficientes".

A diferencia de los libertarios no ven en el mercado la distribución. Consideran que los recursos escasos deben asignarse a los más necesitados.

Por sus argumentos podemos inferir una igualdad en la medida de lo posible, ya que como las teorías anteriores, no hace referencia a las relaciones económicas que pueden hacer socialmente iguales o diferentes a la mayor parte de la población; aceptan el llamado sorteo natural y resuelven, en gran medida, el social.

## TEORÍAS QUE SOSTIENEN PRINCIPIO DUAL DE LIBERTAD E IGUALDAD

Para sus partidarios la justicia está dada por la "libertad y equidad". Sostiene que por "autoestima", "los hombres bajo un estado de ignorancia del estatus que le corresponde en la sociedad, si pueden elegir principios, optarían por el de la libertad, que en condiciones de razón no debe ser cambiado por ningún bien material".

Reconocen, que por el "sorteo natural y social se crean desigualdades" por lo que buscando igualdad, habría que minimizarlas. Aceptan la diferencia sólo para determinar a quién tienen que ayudar más.

Uno de los filósofos que aplica estos criterios a los servicios médicos, *Norman Daniels* plantea "...que cuando existen necesidades de salud, no se deben encontrar obstáculos financieros, geográficos, raciales ni sexuales para el acceso inicial a estos servicios...."

Como teoría sirve de apoyo a políticas humanitarias y como argumentos a muchos sistemas.

El problema está en crear la sociedad donde los miembros de ésta, sin ese "velo de ignorancia", puedan elegir los principios que normen su vida y la sociedad.

En el mundo moderno si preguntáramos a los más ricos optarían por la libertad burguesa, pero nunca por la igualdad.

## TEORÍAS UTILITARIAS

Rechazan el carácter deontológico que tienen las anteriores teorías por considerar que la justicia no puede estar sujeta a principios.

Para ellos la justicia es utilidad:

- Hacer bien al mayor número de personas.
- Toda acción tiene que tener efectos deseados. Evitar que ocurran males.
- Es necesario encontrar el equilibrio entre los grupos opuestos.

- Es necesario cuantificar los beneficios y los costos en relación con la mayor parte de la población; maximizando los primeros y minimizando los segundos.

Estas teorías comparten criterios igualitaristas por la superioridad moral de altruismo.

En el plano de la salud, los utilitaristas lo condicionan a una cuidadosa determinación del equilibrio de costos y beneficios.

Esta teoría que "niega los principios por considerarlos no aplicables prácticamente en justicia, tiene como punto de partida las exigencias financieras y presiones políticas".

¿Cómo lograr equilibrio entre grupos?. El dolor, el sufrimiento ¿son cuantificables?

Uno de los representantes de estas teorías, *Beauchamp*, plantea : "... las cuestiones principales del derecho a la salud y a la atención de la salud se centra en la posibilidad de justificar los gastos sociales, más que en alguna noción de derechos naturales, inalienables o preexistentes". No requiere comentarios.

## TEORÍAS SOCIALISTAS

La teoría de *Carlos Marx* y *Federico Engels* parte de un hombre concreto y real, portador de relaciones sociales y mediatizado por ellas. Desde el Manifiesto Comunista (1848), señalaba los derechos del hombre: trabajo, vivienda, educación, salud. Pero para ello era necesario cambiar el orden social, las relaciones de producción, la base económica para transitar, mediante la lucha de clases a una sociedad que se basa en la propiedad social sobre los medios fundamentales de producción, punto de partida para proyectos sociales que puedan realmente hacer justicia. Fundamentó qué clase podía asumir esta tarea: el proletariado, con un nuevo tipo de Estado y nuevas formas distributivas: "de acuerdo al trabajo", en la primera fase, "de acuerdo a las necesidades", en la sociedad comunista.

Estas verdades se eluden por las teorías modernas con otros compromisos sociales.

A partir de una óptica marxista queremos reflexionar.

Hoy el discurso político, filosófico, ético, tiene como característica universal la **declaración**, la **denuncia**, pero en la mayor parte de eventos y escenarios carece de compromiso y acción consecuente con la declaración.

El desarrollo desigual del capitalismo profundiza cada vez más las diferencias sociales entre las clases; de un lado los propietarios de los medios de producción y de otro los desposeídos, obligados a vender su fuerza de trabajo, estos últimos con mejores condiciones de vida en los países desarrollados.

Las contradicciones económicas tienen su reflejo en la política, la justicia, la ética y la moral. Estas concepciones como sistema de ideas reflejan relacio-

nes materiales concretas, objetivas, a las cuales están sometidos los hombres en su actuación, por lo que son portadores de los valores que en ellos va formándose a partir del proceso cognoscitivo.

No está de más señalar que en correspondencia con ese condicionamiento objetivo, de clase social se formen valores diferentes. La conciencia jurídica de las clases propietarias de los medios de producción no puede ser igual que las de las clases desposeídas; lo justo, para unos no lo es para otros. Un sistema de ideas jurídicas prevalece, se conforma como **derecho**, como ley, es la que sanciona el Estado, la que lo institucionaliza todo, la que aplasta las ideas y acciones discrepantes. Hasta hoy el mundo capitalista no conoce que los tratados de derecho de cada acción sean esencialmente expresión de la conciencia jurídica de las clases desposeídas, trabajadoras. Sólo existe un derecho, una justicia, la de las clases dominantes económicamente: "el derecho es la voluntad de la clase dominante erigida en ley".

Las conquistas que en el orden jurídico logran en algunos países las clases trabajadoras como expresión de la lucha sindical, de voluntades políticas, entre otras acciones, no afectan esencialmente el derecho burgués y no pasan de ser paleativos para los beneficiarios.

A partir de este análisis podemos considerar válidas, funcionales y aplicables o no, las declaraciones y denuncias que con frecuencia aparecen en eventos de organismos internacionales, regionales y programas gubernamentales. Solo le asisten un valor: lo dicen.

Desde que la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y el ciudadano proclamó: "igualdad, libertad, fraternidad", hasta hoy, el desarrollo ha llevado al hombre hasta el cosmos. ¿Por qué existe entonces, tanta desigualdad, tanta carencia de libertad?.

A 158 años de la proclamación de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, se aprobó en la Asamblea General de la ONU, la Declaración Universal de los Derechos Humanos, basada en principios como:

"La libertad, la justicia y la paz en el mundo, tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana".

'...el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria disfrutan de la libertad de palabra y de la libertad de creencia."

¿Cuándo llegará ese mundo sin temor ni miseria?

El solo hecho de retomar estas ideas, significa que el mundo no cumplía, no aplicaba la anterior declaración. ¿Qué ha sucedido después?

Una simple reflexión demuestra que la humanidad debe y tiene que cambiar. Que las transformaciones tienen que realizarse en beneficio del hombre, y transformar la realidad social, el orden social.

¿De qué igualdad podemos hablar hoy, cuando el 20 % de la población más rica consume 150 veces más que el 20 % de la más pobre?

¿De qué libertad de palabra cuando no se resuelven necesidades? Muero, es una frase tan sencilla que no necesita proclamar libertad de palabra.

Más de mil millones de personas en el mundo padecen de pobreza absoluta. ¿Qué justicia social les asiste?; ¿no tienen derechos? A ellos no llega el contenido de las acciones proclamadas. La justicia social que se proclama desde antaño requiere de una justicia real para toda la sociedad, toda la humanidad.

Se quiere medir el desarrollo por elementos técnicos dirigidos a las fuerzas productivas, pero se ignoran las relaciones económicas de producción. Explican el volumen de producción, la técnica, la ciencia, pero no el desempleo, la polarización de la riqueza y la miseria. Se habla de la sociedad, no de la estructura social de ésta. En ello queda diluida la situación de cada individuo, de cada clase en lo macrosocial.

El per cápita del PIB no es un indicador objetivo de análisis para medir desarrollo social, desarrollo humano y justicia social, por la desigualdad en los ingresos personales, por la polarización que sufren estos ingresos como indican los tantos por cientos citados anteriormente.

La conceptualización de desarrollo humano que presentó el informe sobre este indicador del CIDEAL para el PNUD en 1993 se ajusta más a la justicia social real para todo ser humano.

"El desarrollo humano es el desarrollo del pueblo, para el pueblo y por el pueblo."

'...del pueblo significa invertir en capacidades humanas, sea en educación o en salud o en aptitudes, con el objetivo de que la gente pueda trabajar de forma productiva y creativa.'

'...para el pueblo significa asegurar que el crecimiento que genere éste se reparta de modo amplio y justo.'

'...por el pueblo, es dar a todos una oportunidad de participar'.

Aunque válido, debemos precisar algunos conceptos que se utilizan en la conceptualización:

1. Gente: todos los seres humanos.
2. Amplio y justo: amplio para todos y justo no por el sistema de justicia burguesa imperante, justo en el significado de justicia universalmente declarado.
3. Oportunidad de participar: ¿en qué? Entendemos en la producción, distribución y organización en el desarrollo.

La justicia social tiene también una dimensión eticomoral, mas a diferencia de la justicia, ésta no se rige como ley. La conducta eticomoral y las relaciones morales tienen un regulador esencialmente valorativo, determinado por la opinión pública, lo socialmente aceptable, con una marcada influencia en la conducta individual.

Estos valores se forman bajo la influencia de un orden social determinado, en correspondencia con las condiciones concretas de vida. Cada clase social tiene su moral, su ética, su sistema de valores en correspondencia con lo socialmente aceptado por sus iguales, es decir, los demás integrantes de su clase.

Hoy se habla con frecuencia de crisis de valores, aunque no siempre de crisis económica, política, del orden social; causas directas de la primera.

El mundo que nos rodea está permeado de un pragmatismo desmedido, de una conducta existencialista inmediata. ¿Es que el desarrollo científicotécnico está divorciado de previsión y de una actuación de compromiso no sólo con el presente, sino con el futuro?

La respuesta está precisamente en la inseguridad del presente, en los problemas actuales: ¿cómo existir?, ¿cómo mantenernos?, ¿cuánto podremos soportar?, ¿tendremos futuro?

Si está comprometida la existencia de una buena parte de la población mundial por los problemas que genera el orden social: hambre, analfabetismo, enfermedades, y no se garantizan las necesidades más elementales; ¿podemos hablar de valores?

Si los recursos naturales se agotan, se malgastan, no se reponen, unido a las consecuencias del mal uso que el desarrollo tecnológico crea en la ecología; ¿qué dejaremos a las futuras generaciones?

Cuba, pequeño país del Caribe, con una población de 11 000 000 de habitantes, bloqueado, amenazado, existe porque tiene historia y hoy puede quizás como ninguna otra nación, hablar con claridad por el derecho que nos da nuestro proyecto social socialista y nuestra historia.

El humanismo en la historia de nuestro país está implícito en los ideales de independencia que proclamaban las mentes más ilustres de su pueblo. El padre *Félix Varela*, exponente del ideario separatista, tuvo inquietudes filosóficas bajo la influencia del pensamiento más moderno de la época: *Descartes*, *Bacon*, *Newton*. Proclamaban la existencia de una conciencia antiescolástica e independentista, recogiendo también, las inquietudes humanistas del pensamiento de *José de la Luz y Caballero* y otras figuras relevantes. La más alta expresión del siglo XIX fue la personalidad universal de *José Martí*. Con sus ideas revolucionarias avanzadas, con su sensibilidad literaria y artística, forjó en el seno del pueblo cubano una moral humanista expresada en los ideales profundos de libertad y justicia. Ello queda plasmado en quien constituye el más genuino continuador de su pensamiento en nuestro tiempo, *Fidel Castro*, cuando indicó: "...Cuando liberamos al hombre de la opresión de la explotación, de la esclavización de unas determinadas condiciones sociales, le garantizamos no sólo su libertad, su moral, en dos palabras: su condición de hombre."

A este hombre llega el efecto del socialismo, a partir de los cambios económicos que la propiedad social sobre los medios de producción genera. Un nuevo sistema de valores refleja estos cambios. La participación real del pueblo, sujeto-objeto de la Revolución, se hace evidente, en el desarrollo de la obra solidaria de miles y miles de cubanos en la educación, la salud y la defensa de otros pueblos amigos. Angola, Etiopía, Nicaragua son, por nombrar algunos, sólidos testimonios.

La obra social de la Revolución, con una educación de acceso a todos los miembros de la sociedad, al igual que los servicios de salud, nos ubica a niveles alcanzados por países desarrollados en muchos indicadores.

El respaldo de las masas al Partido y su dirección, sustentados en la sólida convicción de la justeza de nuestro proyecto social, es lo que nos hace mantenernos de pie frente a la aplastante política de bloqueo y amenaza del país más poderoso del mundo actual, y a una distancia mínima de 90 millas de éste.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Aquino, Santo Tomás de. Suma Teológica II-II, pp. 57-122.  
Aristóteles, Ética a Nicómaco, VI En : Ferrater, M. J. p. 511.  
Berrater MJ. Diccionario de Filosofía, 3ra. edición. Edit. Sudamericana. Buenos Aires, Argentina, 1951: 511.  
Berrater MJ. Ob. cit.  
Brummer E. La justicia. México, 1961: 11-17. En : Vidal, M. p. 80.  
Castán J. La idea de justicia. pp. 34-73. Madrid, 1968. En Vidal, M. p. 90.  
Castán J. ob. cit. pp. 39-125. En : Vidal. M. p. 91.  
Castro RF. Fidel y la Religión. Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado. La Habana, 1985: 336.  
Declaración Universal de los Derechos del Hombre y el Ciudadano. Documento.  
Declaración Universal de los Derechos Humanos. Documento.  
Digesto. I, 1, fr. 10, pr. ¿Instituciones del justiniano? I, 1 pr. Y 6 en : Vidal M. p. 91.  
Drane JF. Comentarios -Cuestiones de justicia en la prestación de los servicios de la salud. Boletín de la OPS. Vol. 108 No. 5 y 6 (Mayo-Junio- 1990)  
González RA. Meditación sobre la justicia. p. 114. En : Vidal, M. p. 28  
Haag H.; Van der Boorg A. Diccionario de la Biblia. Editorial Herder, Barcelona. 1987.  
Informe sobre Desarrollo Humano. 1993. PNUD. Centro de Comunicación, Investigación, Documentación entre Europa, España y América Latina. CIDEAL. Madrid, 1993.  
Lugo J. de. Justitia et jure. Venecia, 1751. En : Vidal M. p. 32.  
Marx C y Engels F. Manifiesto del Partido Comunista. O. E. en 3 tomos. Tomo I.  
Perelman Ch. De la justice . Bruselas, 1945, En : Berrater MM. J. op. Cit.  
Platón, La República I, Leyes IV. (1, 3). En: Ferrater MJ. p. 511.  
Soto, Domingo de. De Justitia et juro. Salamanca, 1959. Libro III q. 6 a 1 En: Vidal, M. p. 32.  
Vidal M. Moral de actitudes. Tomo III. Moral Social. edit. P. S., 3ra. edición. Madrid, 1980: 97-98.



## Algunas reflexiones sobre los valores religiosos y la salud

*Dr. Rafael Castillo Vargas*

### CARACTERÍSTICA DE LA RELIGIOSIDAD EN CUBA

Para poder comprender el fenómeno religioso en nuestro país tenemos que partir del hecho de que la religiosidad en Cuba se conforma en lo fundamental de elementos importados, debido al exterminio de la población aborigen en los primeros años de la colonización.

En el cuadro religioso cubano influyen de manera determinante el conjunto de pueblos de procedencia española, con su cultura y religión católica y los pueblos africanos traídos en condiciones de esclavos y que eran portadores de culturas tribales generalmente llamados cultos sincréticos.

"El infeliz esclavo [planteaba el sabio cubano *Fernando Ortiz*] fue traído desnudo a Cuba. Todo tuvo que dejarlo en su tierra nativa, pero a falta de familia y bienes trajo su espíritu, su cultura, su música, su lengua, su religión. Los negreros que los despojaron de su libertad no pudieron despojarlos de sus creencias... ¿Qué gran adquisición habrá sido para los magnates del economismo colonial poder importar negros sin espíritus?"<sup>1</sup>

El catolicismo como religión oficial de los colonizadores sometió y readoctrinó a los esclavos, no pudo destruir sus ideas religiosas, pero sí modificarlas, de esta forma los ascendentes principales de la religiosidad en Cuba se fueron desarrollando a través de la penetración mutua. Sin dudas, en ella tuvo influencia decisiva el tipo de cristianismo importado, utilitario con tendencia a lo mágico y supersticioso, a la creencia en milagros, donde lo religioso funciona a través de peticiones, promesas, mortificaciones, asociaciones con lo temporal y la vida terrenal, apelando a los santos y objetos que sirven a esas motivaciones y también protegen. Por eso dice *Fernando Ortiz*: "... al negro le fue fácil catolizarse y traducir el nombre de sus santos, de su lengua negra a una lengua blanca ... las medallas y escapularios de los católicos fueron para el negro simples amuletos ... Los vestidos rojos y amarillos con que visten los ahijados de sus grandes orichas, equivalen a los vestidos de la primera comunión de sus beatos católicos ... las exorsiones, bendiciones, fueron para él como la limpieza de los blancos ... "<sup>2</sup>

Completan este cuadro religioso varias expresiones que se incorporaron a la sociedad cubana más tarde, entre ellas el protestantismo que acompaña la penetración norteamericana en Cuba, formado por diversas iglesias y sectas, y el espiritismo que devino en varias vertientes. Otras han sido el judaísmo, el budú haitiano, cultos asiáticos, y en una escala menor se crearon sociedades de corte filosoficoreligioso orientalistas como la sociedad teosófica y la Asamblea Bahai. En su conjunto la influencia ha sido escasa y comúnmente no han sobrepasado los marcos locales y étnicos.

Las prácticas religiosas más extendidas en Cuba se caracterizaron por los aspectos siguientes:

1. Se realizan asistemáticamente, con asistencia no regular a templos u otros locales de cultos o con la simple posesión de símbolos religiosos. (Ninguna expresión religiosa ha alcanzado fuerza para decidir la política o moral de la sociedad).
2. Marcado sincretismo, cuyas raíces principales provinieron del catolicismo español y los cultos de los negros africanos. Las principales festividades religiosas se realizaban a figuras sincretizadas entre santos y vírgenes católicas y deidades africanas.
3. Las principales motivaciones religiosas están relacionadas con problemas concretos, como la salud, la protección de las personas y la solución de los problemas de la vida cotidiana. (No es frecuente una expectativa explícita de una vida *post-mortem*, donde predomina el carácter utilitario de la conducta religiosa).
4. Aunque en el contenido de las creencias y prácticas religiosas estén presentes símbolos, ideas y representaciones en particular del catolicismo, la santería y el espiritismo, esto no significa que los creyentes de este tipo practiquen una expresión específica. Lo más característico reside en lo mágico y supersticioso.

Para poder entender las particularidades del fenómeno religioso en la sociedad cubana se pueden establecer 3 niveles fundamentales de religiosidad:<sup>3</sup>

Un nivel primario donde lo sobrenatural esté presente con un débil desarrollo, que se caracteriza por una relación estrecha con la cotidianidad y presenta un alto grado de espontaneidad y falta de sistematicidad, no encontrándose un sistema de abstracciones, sino más bien de explicaciones aisladas de aspectos que afectan la vida cotidiana del sujeto.

Un segundo nivel o nivel intermedio de elaboración de las ideas religiosas, aquí lo sobrenatural está presente principalmente en la personificación de fuerzas externas en una o varias figuras, el vínculo del creyente con éstas se muestra en prácticas culturales individuales o en pequeños grupos como la familia, con asistencia o no a locales de culto. En este nivel no existe un sentimiento de pertenencia a instituciones o grupos religiosos, se reproduce por la trasmisión familiar o por el medio social inmediato, es decir, valores o modelos existentes a nivel de barrio o localidad.

Un tercer nivel o superior, donde hay una mayor elaboración y estructuración de las ideas religiosas, lo que puede comportar un sentimiento de pertenencia a una expresión religiosa específica. Se incluyen a las membresías regulares de agrupaciones religiosas y a las personas que se asocian a ellas, por estar en proceso de captación y formación, o que participan irregularmente en sus actividades.

En la reproducción de las ideas religiosas intervienen principalmente las instituciones o grupos religiosos y el medio familiar, hay incidencia en las teorías religiosas según la integración de éstos a instituciones o grupos religiosos o al grado de asimilación de esas ideas en la conciencia individual.

En estos 3 niveles se advierte que las formas superiores contienen a las inferiores, por lo que lo mágico y supersticioso está presente en los niveles en que la religiosidad adquiere una mayor estructuración.

## EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD COMO OBJETO DE CREENCIAS Y PRÁCTICAS RELIGIOSAS

Las ciencias históricas demuestran que el objeto de reflejo religioso son fundamentalmente aquellos aspectos de la realidad que juegan un papel esencial en la vida y actividad de los hombres.<sup>4</sup>

Dentro de las principales motivaciones de los creyentes cubanos sin duda ocupa un lugar muy especial las relacionadas con la salud.<sup>5</sup> La salud históricamente ha resultado ser una necesidad objetiva del hombre y uno de los factores esenciales que determinan su conducta y actividad práctica. De su situación de salud depende que el hombre pueda cumplir los propósitos que le guían y realizar plenamente sus capacidades físicas e intelectuales.

Generalmente la posibilidad o la realidad de no existir en condiciones de pleno bienestar físico y espiritual, produce en los hombres inquietud, preocupación, inseguridad, temor en relación a sí mismo, a su trabajo, a la vida, hacia la familia y los allegados. Esta situación crea un terreno propicio para el surgimiento o preservación de creencias y prácticas religiosas.

Desde la antigüedad el proceso salud-enfermedad ha resultado ser objeto de creencias y prácticas religiosas. El hombre primitivo concebía las enfermedades como acciones llevadas a cabo sobre él por seres invisibles, espíritus que residían en los objetos animados e inanimados que le rodeaban y que podían intervenir en su vida para bien o para mal.

Para protegerse o tratar las enfermedades, ideaban medios mágicos y religiosos, que aunque tenían al mismo tiempo elementos de carácter racional y empírico estaban guiados por la idea de lo sobrenatural. Por ello se debe tener presente que en la mente del hombre primitivo no hay límites precisos entre magia, religión y medicina.

Posteriormente los documentos bíblicos refieren cómo las enfermedades son males producidos por los espíritus dañinos que pululan por doquier y ac-

túan en dependencia del comportamiento del hombre . En *San Mateo* 10 dice: "Jesús llamando a los doce discípulos, les dio poder sobre los espíritus impuros, para arrojarlos y curar toda enfermedad y toda dolencia".<sup>6</sup> La creencia en los demonios llegó incluso durante toda la edad media a crear la llamada medicina demonológica, cuyo objetivo era extirpar el diablo del cuerpo a los supuestos poseídos por éste .

La propia Iglesia católica se encargó en esta época de que el hombre no cayera en el "pecado del conocimiento" y a través de la Santa Inquisición persiguió con crueldad a aquéllos cuyas ideas no concordaban con las "verdades" expresadas en la *Biblia*. Así, *Galileo Galilei* fue obligado a abjurar de las "herejías" del movimiento de la tierra alrededor del sol. *Giordano Bruno*, *Vanini*, etc., fueron quemados en la hoguera.

La medicina tampoco escapó de esta cruzada religiosa, *Andrés Vesalio* (1514-1564) fundador de la anatomía científica, fue condenado a muerte por el Papa que había prohibido la disección de cadáveres debido a que, según él, esto comprometía "la resurrección de los cuerpos en el juicio final". Con gran esfuerzo se evitó que la sentencia se cumpliera. Sin embargo *Miguel Servet* (1509- 1553) fue quemado a fuego lento, durante 2,5 h, por orden de *Calvino*, por haber descubierto la circulación de la sangre.

## RELIGIOSIDAD Y SALUD EN CUBA

Antes del triunfo revolucionario un conjunto de factores contribuyeron a las prácticas mágicas y supersticiosas asociadas al proceso de salud. Entre ellas podemos citar:

1. Desatención de la medicina estatal, que impidió un nivel de satisfacción mínimo de las demandas de salud en las grandes masas de la población.
2. Elevado costo de la medicina privada.
3. Ausencia o alejamiento de los centros asistenciales de las zonas rurales, en particular las montañas.
4. Analfabetismo en la mayoría de la población, que hacía que se buscaran soluciones no científicas a los problemas de salud.
5. Influencia de los medios masivos de comunicación, que resaltaban las "curas milagrosas" y que incluso tenían programas con estos fines.
6. Tradición de ideas sobre tratamientos milagrosos, con un marcado sincretismo y que era una alternativa ante la desesperanza de la población.

¿Qué ocurre en la Cuba de hoy?

Como habíamos señalado anteriormente, datos ofrecidos en investigaciones recientes muestran que en la jerarquía de motivaciones religiosas de los creyentes cubanos (según se ha constatado en festividades religiosas, peregrinaciones, asistencia a templos o de manera indirecta en entrevistas realizadas a la población) el primer lugar la ocupan las referidas al proceso salud-enfermedad personal de un familiar o allegado.

Si tomamos en cuenta el desarrollo alcanzado en la salud en nuestro país, que la ubica al nivel de los países más desarrollados del mundo y que además es un derecho de toda la población, parece contradictorio que ésta constituya precisamente una de las motivaciones principales de religiosidad. A lo largo de este trabajo mostraremos algunas de las causas de esta problemática.

Investigaciones realizadas<sup>7</sup> nos permiten afirmar que este tipo de religiosidad está presente en el creyente de diferentes formas: como parte componente del sistema de fuerzas ajenas que motiva la fe religiosa; de manera autónoma, libre, sin que el sujeto portador dependa o se adscriba a un sistema de concepciones sobrenaturales (o alguna expresión religiosa en particular) y otras, sin percatarse de la representación irreal falseada, que sustenta acerca del proceso salud-enfermedad.

Este reflejo tergiversado, fanático, de los factores y mecanismos que condicionan el estado de salud de la población se expresa en falsos nexos causales, donde lo mágico supersticioso y lo específicamente religioso se confunden y lo sobrenatural no se define claramente, encontrándose su fundamentación a nivel empírico, sin argumentación teórica elaborada sistemáticamente.

Las prácticas curativas de carácter religioso son aquellas en que, de un modo u otro, puede intervenir lo sobrenatural mediante intermediarios, "personas elegidas", objetos, fenómenos y procesos con facultades y propiedades para curar.

De acuerdo con datos obtenidos la estructura de la fe religiosa asociada a la salud incluye:

1. Fe en la existencia de una "fuerza de poder", "un don en personas elegidas", paleros, santeros, espiritistas, curanderos, los que ejercen influencia en el proceso salud-enfermedad.
2. Fe en la existencia real de poder sobrenatural en efectos determinados, sin que medien relaciones causales (promesas, conjuros, limpiezas y otros).
3. Fe en la existencia real del poder sobrenatural de plantas, objetos (pulsos, collares, vasos de agua y otros) utilizados como resguardos y amuletos.

Esta idea es el núcleo fundamental de la relación entre "lo que cura" y el "paciente" quien de este modo se dispone a ser tratado para: prevenir y protegerse contra las enfermedades, solucionar los problemas de salud, aliviar los problemas de salud cuando éstos sean incurables, agradecer las bondades solicitadas y concedidas.

La creencia de que en determinados casos la enfermedad es originada por éstos "poderes" puestos en función de hacer el mal, también está presente pero en menor medida que lo anteriormente expresado.

En lo que respecta al alivio de los padecimientos cuando la enfermedad es incurable se impone una reflexión. Se trata de las limitaciones que el creyente atribuye a este poder en determinados padecimientos. Resultó evidente que al

mismo tiempo que confía en él, no le atribuye un carácter pleno, soberano, capaz de todo, sino reducido en su alcance. Tal cuestión muestra una abierta contradicción en el creyente; entre la fuerza que atribuye a este poder y la que en realidad observa que éste le puede brindar.

Se trata de que el creyente cubano ha adquirido conocimientos y dispone de recursos de salud accesibles y de alto nivel científico que le permiten comprender la no solución que algunos problemas de salud tienen en esta etapa, bien por no haber sido descubiertas sus causas o por que no se conoce la forma de erradicarlas. Ejemplo de ello fue lo encontrado en el estudio sobre enfermedades como el cáncer, el asma, la diabetes, las limitaciones físicas a consecuencia de secuelas ocasionadas por accidentes o enfermedades, entre otras,<sup>8</sup> donde los creyentes limitan su práctica religiosa a la petición de alivio al sufrimiento que se padece.

La dependencia del creyente hacia este tipo de creencias y prácticas no tiene, por lo general, carácter sistemático ni organizado, sino que predomina la espontaneidad y el carácter utilitario; su significación aumenta en momentos determinados en que el individuo requiere ayuda o cuando reflexiona acerca de su existencia e influencia sobre el proceso salud-enfermedad.

Resulta una particularidad significativa en este tipo de creencias, comprensible por los cambios de la salud pública en el país, la aceptación, confianza, importancia y utilización que los creyentes hacen de los servicios médicos. De ello resulta, que la idea en el creyente de este poder autónomo, soberano, está en contradicción con la comprensión y comportamiento hacia los servicios de salud que ellos manifiestan.

En la investigación antes referida se mostró cómo la prevención de salud se comportaba de la forma siguiente:

1. Vacunación: la mayoría de los creyentes lo han cumplimentado satisfactoriamente y casi en igual relación a los no creyentes.
2. Prueba citológica: la proporción de mujeres creyentes que le correspondía su realización la han cumplimentado por encima de las no creyentes.

En lo que respecta al tratamiento de enfermedades los datos muestran que el mayor porcentaje de creyentes los recibe en los servicios médicos, indicado mayoritariamente por el médico de la familia.

Del análisis de los problemas que puede resolver el médico de la familia, la proporción que afirma que es capaz de solucionar los problemas de salud alcanza la mayoría en los creyentes, esto evidencia la confianza que tiene en este tipo de labor, asimismo en la medicina en general.

Los rasgos que califican a este tipo de religiosidad se pueden establecer de las formas siguientes:

1. Aceptar, en momentos de conflictos de salud, la posibilidad de intervención de lo sobrenatural.

2. Aprobar la posibilidad de la influencia del destino en el proceso salud-enfermedad .
3. Creer en las facultades especiales que pueden tener algunas personas de carácter sobrenatural y en el poder benefactor, protector o dañino de objetos materiales, plantas, acciones, palabras, etc.
4. Realización de curaciones mágicas supersticiosas en sí mismos, en un familiar y/o allegado.
5. Portar objetos religiosos como resguardo de salud .

Partiendo de estos índices y en base a los resultados obtenidos en las entrevistas y observaciones realizadas<sup>9</sup> se pudo establecer por un lado, un tipo de creyente magicosupersticioso definido, que cree y practica las curaciones milagrosas y mágicas, utiliza resguardos, conjuros, promesas y oraciones para prevenir y/o proteger su salud, la de sus familiares y/o allegados; y por otro, un tipo de creyente magicosupersticioso no definido, que admite la posibilidad o expresa dudas acerca de la prevención y/o curación de enfermedades mediante resguardos o promesas y no tiene una actitud de rechazo hacia creencias y curaciones milagrosas para él, sus familiares y/o allegados.

Esta clasificación es de vital importancia para poder diferenciar y tomar acciones concretas que permitan a los profesionales de la salud abordar y/o resolver las problemáticas relacionadas con este tema, puesto que muchas veces por desconocimiento se esquematiza al creyente. En ningún momento esta tipificación pretende abarcar toda la individualidad de creyentes que asocian la religiosidad al proceso salud-enfermedad, pero sí nos sirven como una metodología general.

La literatura médica ha abordado las diversas formas en que la religión ha influido e influye en la salud del creyente, y los resultados de investigaciones realizadas<sup>10</sup> también corroboran estos planteamientos, al fundamentar que las creencias y prácticas mágicas supersticiosas inciden en la salud de las personas de 2 formas: al aplicarse o ingerirse sustancias que puedan resultar contraindicadas o al retardar la acción facultativa.

Partiendo de su nivel de organización las prácticas "curativas" magicosupersticiosas se clasifican en 2 vertientes principales; aquéllas que se realizan con la orientación de una "persona elegida" y las que de forma independiente, al apelar a lo sobrenatural, realiza el creyente. En ambos casos es común la no distinción de la índole e importancia que para la salud e incluso la vida, tienen las diferentes enfermedades, que generalmente se tratan con procedimientos similares, tanto en su contenido como en su forma de aplicación y donde predomina el uso de los rezos, "aguas hechiceras", "despojos", promesas, amuletos, y múltiples objetos acompañado de la ingestión o aplicación de diferentes preparados, compuestos por hierbas medicinales, ejemplo : en las enfermedades neoplásicas se recomienda cocimiento de anamú, romerillo, y otros.

## CONDICIONES OBJETIVAS Y SUBJETIVAS DE VIDA Y LA RELIGIOSIDAD ASOCIADA AL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

Dentro de las condiciones objetivas se encuentran:

1. Tradiciones, costumbres, hábitos religiosos curativos arraigados y transmitidos a las actuales generaciones.
2. Conflictos reiterados en las condiciones socioeconómicas de vida.
3. Insuficiente desarrollo sociocultural.
4. Presencia de enfermedades y sus secuelas.
5. Problemas de salud no resueltos por la medicina.

Entre las condiciones subjetivas podemos señalar:

1. Estado de desarrollo de la concepción científica materialista del mundo en el individuo.
2. Actividad de las personas dedicadas a realizar consultas y curaciones.
3. Infracciones e insuficiencias de las relaciones médico-paciente.

Por la importancia que tienen nos vamos a referir de manera explícita a las 2 últimas causas subjetivas antes mencionadas.

En lo que respecta a la actividad de personas dedicadas a realizar consultas y curaciones magicosuperciosas y su "éxito" en la población (paleros, santeros, espiritistas, curanderos y sus adeptos, etc.) se constató que en lo fundamental esto se debe a los factores siguientes:

1. Facilidad en las consultas.
2. Trato que ofrecen: asequible, amistoso y de acuerdo con el individuo y problema que presenta.
3. Algunos conocimientos médicos y empleo de medicamentos y medicina verde.
4. No rechazan el tratamiento médico y las recomendaciones de su utilización.
5. Manejo de la sugestión y la autosugestión para curar.
6. Aprovechamiento de circunstancias y causas reales en beneficio propio, como por ejemplo: el 60 % de los padecimientos son trastornos funcionales que el propio organismo se encarga, por su sistema de defensa, de reparar y que simultáneamente a la "cura milagrosa", puede dar la impresión de ser resueltos por ésta, resultado que igualmente puede ocurrir por coincidir el tratamiento "milagroso" con los efectos de medicamentos anteriormente indicados por el médico.
7. Tratamientos poco complejos, muchas veces conocidos, sin pesquisajes técnicos que despierten temor o inseguridad.



En el caso de la relación médico-paciente el resultado de las entrevistas realizadas a la población, médicos, dirigentes de la salud y a las organizaciones de masas puede concluirse una serie de infracciones o deficiencias que están presentes en menor o mayor medida. Entre ellas se encuentran:

1. El médico no siempre valora ni trata correctamente al enfermo en relación con el cuadro interno de la enfermedad.
2. No siempre se valora el tipo de personalidad del paciente y las situaciones que presentan de acuerdo al grupo etáreo por el que transita, ni el nivel de susceptibilidad de éste ante el dolor, el sufrimiento, el cambio vida, el temor a la muerte, etc.
3. Por lo general no se valora adecuadamente, la posible reacción del paciente, su escala de valores, el nivel general de sus conocimientos su posición social y el tipo de labor que realiza.

Todo lo señalado lleva a la conclusión de que existen condiciones en lo que respecta a la relación médico-paciente para el mantenimiento y desarrollo de las creencias y prácticas asociadas a la salud.

Considerar que el reflejo fantástico de la realidad es atribuible a un solo aspecto, es erróneo y antidialéctico, es éste un proceso en que la interrelación y el condicionamiento mutuo entre los fenómenos y procesos aflora a cada paso, y es en ese sentido que hay que encaminar la labor a realizar. Si bien este trabajo no pretende abarcar toda la problemática relacionada con este tema, sí intenta llamar la atención de los lectores sobre un aspecto de la realidad que en muchas oportunidades no se le da la suficiente importancia para el trabajo de los profesionales de la salud.

## LOS "MILAGROS RELIGIOSOS" Y LA SALUD

Los "milagros religiosos" asociados al proceso salud-enfermedad son, sin dudas, por su espectacularidad uno de los elementos que más impactan a creyentes y no creyentes, y que en muchas oportunidades no encuentran una explicación científica en los propios profesionales de la salud.

En la revista Bohemia de noviembre de 1958 se publicó un artículo titulado "Yo recobré la vista en Lourdes", donde se recogía la experiencia de María Luisa Osorio, madrileña, soltera de 40 años de edad, que había perdido la vista totalmente 4 años atrás. Alguien le sugirió ir a implorar un milagro al santuario de Lourdes, en los Pirineos franceses y el resultado se narra en la referida publicación:

"Una especie de creciente nerviosismo se apoderó de ella cuando bajó en Lourdes del autobús... Una idea obsesionaba su mente; volver a ver, si la Virgen se lo concediera... Con paso inseguro llegó hasta la Gruta. Un acompañante la hizo arrodillarse en el lugar preciso. Sintió correr el agua milagrosa... la

tomó devotamente y frotó con el líquido en los ojos cerrados ...estuvo inmóvil un tiempo inmedible y fue abriendo lentamente los ojos con infinitos deseos de ver... Un rato después, estando en el ómnibus de regreso, Maria Luisa Osorio comenzó a recobrar totalmente la vista."<sup>11</sup>

Otros textos se refieren a ejemplos como el de Juana Tulasne, inmovilizada totalmente desde hacía más de 1 año, Amelia Brumeou, sordomuda, etc. Todos sin excepción se curaron en el santuario de Lourdes donde la propaganda lo ha llegado a denominar la "capital del milagro" y hacia el que se mueven miles de fieles todos los años.

Para quienes no pueden ir a Lourdes, la fe, la fantasía, y la publicidad le ofrecen entre otras opciones: la fuente de Santa Ana de Beaupre, en Canadá, la fuente de Notre Dame-de-Romay, en Francia; y la también francesa fuente situada en las montañas de La Salette.

En el caso de los cubanos ocupa un lugar preferencial entre otros el Rincón, donde en investigaciones realizadas<sup>12</sup> se muestra como una de las motivaciones religiosas fundamentales que está vinculada a los problemas de salud.

¿Ocurren realmente estos milagros?

Es evidente que en la gran mayoría de los que acuden a estos santuarios con problemas de salud regresan a sus casas con las mismas dolencias y aún peores, por el esfuerzo físico de los largos viajes y en particular por el estado depresivo y abatimiento producto de la decepción de su fracaso.

Se han dado casos de éxitos parciales, transitorios, en muchos casos bajo un fuerte estado emocional generado por la fe, pero no han sido duraderos y después han regresado a sus dolencias.

*W.W. Alkinson* en una de sus obras plantea:

"Muchos supuestos casos curables han sido curados en estos lugares o por estos santos objetos. Los santuarios y pozos y capillas tienen sus paredes cubiertas de exvotos e innumerables casos bien comprobados, de curas maravillosas, corren de boca en boca. Pero curaciones semejantes han sido registradas en la historia de todos los tiempos, acompañando a todas las formas de religión; así que el investigador científico pronto llega a la conclusión de que la única virtud en la religiosa asociación de la cura, consiste en la fe y asociación de la mente del paciente, siguiendo las líneas de la sugestión ...."

En otro párrafo se señala:

"...se usaban oraciones, plegarias con ceremonias de pompa y misticismo, para que el cielo fuese propicio al enfermo, y todo era de una naturaleza a propósito para actuar vivamente sobre la imaginación y emociones ... Ahora bien; estas medidas, en su esencia, estaban bien calculadas para excitar una nueva y favorable acción de los centros nerviosos y por su intermedio, una saludable influencia sobre las funciones de nutrición y asimilación, como asimismo sobre las funciones orgánicas".<sup>13</sup>

Durante el desarrollo de la historia muchos pensadores analizaron también estos fenómenos. En el siglo X *Avicena*, filósofo y médico árabe (980-1037) estaba convencido que la imaginación era capaz de enfermar o de curar.

Un filósofo italiano, *Ponponateo de Mantua* (1462-1525) escribió : "No es increíble que la salud pueda ser producida al exterior por el alma que la imaginación, así como ella lo desea ... Estas propiedades (de curar) se exhalan por las fuerzas de la imaginación y del deseo, y producen efectos notables sobre los cuerpos que la reciben."<sup>14</sup>

Como se puede apreciar, desde épocas tan tempranas, muchos hombres percibieron la decisiva influencia que ejerce la mente sobre el cuerpo humano y los cambios positivos o negativos que pueden provocar en el organismo.

Las personas bajo un trance hipnótico pueden inducir estados de parálisis, catalepsia o pueden utilizar la sugestión para devolver el movimiento a un enfermo paralítico. Esto se explica si se toma en cuenta que el sistema nervioso cerebroespinal determina el tonus muscular, tanto en su aspecto positivo como en el negativo.<sup>15</sup>

La esencia de las "curaciones milagrosas" está en el fuerte estado emocional que se genera en determinadas circunstancias, ya sea producido por un ambiente místico o no.

El doctor *Diego González Martín* ha contado la siguiente experiencia:

"En una oportunidad en la consulta de psiquiatría del 'Calixto García', donde yo trabajaba en esa época, me llegó una mujer aparentemente ciega, con una nota del médico de guardia ...en que me advertía que, a su juicio, lo que esa persona tenía era una amaurosis (ceguera) histórica. Yo tomé la nota, me senté con la enferma y le expliqué que eso que ella presentaba era sencillo ...que tenía un aparato que permitía curar rápidamente el trastorno. (En la amaurosis histórica, el enfermo no ve, no ve realmente a pesar de que sus órganos visuales están perfectos). Entonces con el oftalmoscopio la observé, y le dije que cuando sintiera la luz que iba a llegar a su ojo, simultáneamente iba a ir recobrando progresivamente la vista ... . Entonces para mi sorpresa ... la mujer empezó a decir que efectivamente veía, que estaba viendo...".

'Ahí tienen ustedes, en ese caso sencillo (Yo mismo había hecho un milagro) como es posible encontrar la base de la explicación de los fenómenos milagrosos provocados por los curanderos... "<sup>16</sup>

Algunos autores señalan cómo la sugestibilidad colectiva sobrepasa a la sugestibilidad individual, esto puede explicar cómo puede ser diferente el grado de influencia del médico en su consultorio sobre un paciente aislado, y la del sacerdote, santero, espiritista, etc., sobre el creyente que participa en un ambiente colectivo de poderosa carga emocional en medio de rezos, cantos, súplicas, letanías, peregrinaciones, etc.

Todavía a la ciencia le falta mucho por conocer del organismo humano; los estudios sobre la actividad nerviosa superior aún no están agotados, así como la influencia rectora de los procesos psíquicos sobre los mecanismos psicológicos puede deparar sorpresas en los próximos años. No obstante, la ciencia progre-

sa y encontrará recursos capaces para que el personal de la salud ejerza una mayor influencia sugestiva sobre los enfermos que les permita alcanzar resultados muy superiores a los que la religión obtiene a partir de estímulos irracionales, fantasiosos e ilusorios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortiz F. Fases de la Evolución Religiosa. La Habana Moderna , No. 82 p. 11.
2. Ortiz F. Idem , p. 13-14.
3. Ramírez CJ. La Religión y la Cultura. p. 26 Editorial Academia, La Habana, 1990.
4. Grazdan V. La religión como forma de la superestructura social. Editorial Política 1979: 23-24.
5. Ramírez CJ. Las Festividades Religiosas... A.C. de Cuba 1989.
6. Nuevo Testamento. Biblioteca de autores cristianos. Versión directa del texto griego p. 76.
7. Estudio de la relación de creencias y prácticas religiosas con el estado de salud de la población. ISCM de La Habana. Facultad Dr. "Salvador Allende".
8. Estudio de la relación... Idem.
9. Estudio de la relación... Idem.
10. Estudio de la relación... Idem.
11. Revista Bohemia, La Habana, nov. 2 de 1958.
12. Las festividades... Idem.
13. Alkinson WW. Las fuerzas ocultas de la sugestión. pp. 117-118.
14. El militante Comunista oct. 1982: 46.
15. Enciclopedia Salvat de Ciencias Medicas tomo IV p. 48.
16. Dr. Diego Glez. Martín A.C. de C. La psicología de los problemas religiosos.

# La estética y la práctica profesional en salud

*Lic. Aimeé Menéndez Laria y Lic. E. Pomares Bory*

## INTRODUCCIÓN

La actividad humana supone un proceso en el que el hombre crea las condiciones de su existencia y desarrollo y por lo tanto la realidad se transforma con arreglo a sus necesidades e intereses.

Con la gran división social del trabajo, en la que éste se separó en manual e intelectual, los diferentes tipos de actividad relacionados con la segunda esfera, se han aislado relativamente y dentro de ellas se destaca la relacionada con el enfoque estético de la realidad. Ésta representa un tipo específico de reflejo que contribuye a la transformación de la realidad como expresión del desarrollo integral y armónico del hombre.

En los distintos tipos de actividad se forman las propiedades y cualidades psíquicas de carácter general que sirven como base para el desarrollo multilateral del individuo y dentro de ellas se forma la capacidad estética.

El hombre siempre siente la necesidad de comprender su actuación según las leyes de la belleza y ese imperativo, determinado por las condiciones del desarrollo social, se expresa de maneras diferentes en cada sociedad historicoconcreta.

La actividad estética y la conciencia del individuo están determinadas por el sistema de las relaciones sociales y por los valores culturales inherentes a la época y a la sociedad. Es justamente en el proceso de las relaciones sociales donde se forman los ideales y el propio gusto estético, los cuales van siendo asimilados a través de la educación y sobre la base de la experiencia y la práctica del sujeto.

Esta actitud del hombre hacia la realidad se manifiesta en todas las esferas de la vida, desde la cotidiana hasta la propia esfera productiva donde despliega todas sus potencialidades creadoras.

Para los profesionales de la salud estas cuestiones relativas a la actitud estética frente a la realidad no pueden ser ajenas, sobre todo, al tomar en consideración que su actividad fundamental está dirigida al mantenimiento y preservación del bienestar humano. Por ello, reviste suma importancia que a la par de la actualización de los conocimientos en correspondencia con los avances de la

ciencia y la técnica, la preparación de estos especialistas incluya la formación de valores estéticos, que harán posible su labor de forma más eficaz, completa y humanitaria.

## CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ACTITUD ESTÉTICA Y EL CONCEPTO DE BELLEZA

El proceso de sucesivas divisiones sociales del trabajo culmina con la gran división entre la producción material y la producción espiritual, marcando el fin de una etapa en el desarrollo de la sociedad que se caracterizó por la existencia de elementos primitivos de su producción material e indiferenciados de su conciencia. Este paso a una etapa cualitativamente superior del desarrollo social está asociado a un incremento significativo de las fuerzas productivas, que da origen a nuevas y cada vez más crecientes necesidades humanas, tanto de índole material como espiritual y, por supuesto, de los medios necesarios para satisfacerlos. A ello se suma un desarrollo notable de las habilidades y aptitudes de los hombres que conducen al surgimiento y desarrollo de nuevas esferas de la actividad humana.<sup>1</sup>

El hombre adopta una nueva actitud frente a la realidad, que cada vez se le aparece más complicada, pero que logra hacer más suya en la medida en que da satisfacción a sus necesidades materiales y espirituales, las que si bien se diferencian cualitativamente, nunca se van a manifestar de manera pura.

El trabajo en todas las circunstancias ha sido y sigue siendo la base, el fundamento de la vida de la sociedad, la fuente de bienes materiales imprescindibles para la satisfacción de sus necesidades. Sin embargo, la necesidad material no agota todo el contenido del trabajo ya que en él aparecen elementos que incitan al hombre no sólo a satisfacer objetivos de carácter material, sino también encaminados a su realización espiritual. La actividad productiva contribuyó al desarrollo del cerebro y de los órganos de los sentidos del hombre; y como resultado de un prolongado perfeccionamiento del proceso del trabajo, el hombre alcanzó niveles de desarrollo superiores en su actividad espiritual.<sup>2</sup> *Federico Engels* se refiere a ésto afirmando:

"... Sólo por el trabajo, por la adaptación a siempre nuevas operaciones, por la herencia del perfeccionamiento especial así adquirido, de los músculos y tendones y en intervalos más largos de los huesos y por la aplicación siempre renovada de ese refinamiento heredado a manipulaciones nuevas cada vez más complicadas, ha alcanzado la mano humana ese alto grado de perfección con el que pudo realizar la magia de los cuadros de Rafael, las estatuas de Thorwaldsen, la música de Paganini..."<sup>3</sup>

El hombre, a diferencia de los animales, actúa sobre la naturaleza de manera consciente, para lo cual se propone un plan ideal en el que se manifiesta el carácter creador de su conciencia. Ésta no constituye un reflejo pasivo de la realidad, sino que también implica o incluye una actitud del hombre hacia el

mundo que lo rodea y destaca su carácter práctico. Esa actitud humana frente al mundo se caracteriza por transformarlo de acuerdo a sus necesidades, pero desde perspectivas tales como por ejemplo, patrones de belleza existentes.

El hombre tiende a buscar y a encontrar la belleza no sólo en los objetos creados con ese fin, sino también en todo el conjunto de bienes materiales producidos por él. De la misma forma que la tendencia hacia lo bello no es sólo una necesidad puramente ideal, sino que con gran frecuencia es un instrumento para la transformación de la realidad, asume dicha transformación a partir de un ideal estético determinado, por lo que provoca en el individuo una actitud estética hacia el mundo.<sup>4</sup>

La actitud estética puede ser definida como una forma de producción espiritual, que adquiere valor independiente, como forma especial de la relación del hombre con la realidad, mediante el conocimiento y la valoración de sus propiedades y de su transformación en una imagen sensorial en correspondencia con el ideal. Esta relativa independencia posibilita el desarrollo de las capacidades estéticas, sobre la base de la interpretación de toda la cultura universal de la sociedad. Dicha actitud es un estímulo interior que funciona como elemento integrante de la producción social, que se manifiesta a partir de su sentido humano y sirve de criterio de valoración en correspondencia con el ideal estético.<sup>5</sup> La actitud estética del hombre hacia el mundo se manifiesta como la interrelación sujeto-objeto en un marco sociocultural históricamente determinado.

El sujeto de ésta es el hombre. Pero no podemos hablar de hombre en abstracto, sino como parte determinada de una sociedad concreta, como representante de ciertas relaciones sociales caracterizadas históricamente, como exponente de determinada cultura y como portador de determinada educación estética, que lo hace a la vez ser poseedor de un ideal de belleza acorde con su situación social. En una ocasión *Carlos Marx* se refería a esto afirmando que el ojo capaz de deleitarse con la belleza es no sólo un órgano fisiológico, sino un ojo estéticamente educado.

Sobre la base de la asimilación de la experiencia social en el proceso de la actividad práctica se forman en el hombre determinados conocimientos, sentimientos, ideales, valores y se desarrollarán sus capacidades intelectuales y dentro de ellas la propia actitud estética hacia el mundo.<sup>6</sup>

Por otra parte, su objeto es cualquier elemento de la realidad que provoque cierta reacción de esta naturaleza en el sujeto, o sea, que motive una sensación agradable, de placer (esto es bello); o en otro caso que provoque una reacción negativa, de desagrado (esto es feo). Puede ser considerado como objeto de la actividad estética tanto un elemento de la naturaleza, como el propio hombre.

¿Qué motiva el proceso de reacción del objeto sobre el sujeto a partir de ciertas sensaciones?

La respuesta debe buscarse en la propia interrelación sujeto-objeto sobre la base de la práctica y está en correspondencia con el ideal de belleza imperante en su medio sociocultural.

La actitud estética del sujeto hacia la realidad objetiva se apoya en los valores, ideales y concepciones creados por la humanidad y sólo en la medida

en que domine esta riqueza se desarrollará su espiritualidad, sus capacidades y dentro de ellas el propio placer estético. Los valores artísticos asimilados por el individuo en el proceso de interacción social, y que son aceptados por la sociedad, actúan como orientadores y sirven como patrones y criterios de valor. En esta determinación de la actitud estética por su experiencia precedente de la Humanidad, plasmada en su cultura, es uno de los factores de la generalidad del gusto estético.

El gusto estético es la capacidad del hombre, formada en la práctica social, para valorar emocionalmente las diferentes propiedades estéticas. Es la capacidad de descubrir el valor estético de la realidad. Existen opiniones que afirman que este gusto tiene una fundamentación genética, o sea, que existe un fundamento presupuesto que es innato en el ser humano, pero lo que nadie puede negar es que se desarrolla sobre la base de la interacción social.

El gusto estético se forma como capacidad espiritual del individuo por efecto del conjunto de sensaciones y vivencias espirituales, de sus situaciones vitales y se convierte en una exigencia a la cual es necesario dar satisfacción, ya sea en la mera contemplación de la realidad y en su organización estética, en la búsqueda de obras de arte que podamos disfrutar o en el propio proceso del trabajo.<sup>7-9</sup>

El hombre antes de convertirse en sujeto de la actitud estética se ha desarrollado inmerso en determinadas relaciones sociales y es en ese contexto donde se forma un sistema de valores que incluye, entre otros elementos, a los ideales estéticos. Esto explica que el carácter de la actitud estética del sujeto frente al mundo está mediado por la aptitud individual para comprender y asimilar los ideales ya existentes en su época y en su sociedad, a la vez que cuenta con su actividad creadora y su experiencia individual. De ahí que la actitud estética pasa a ser parte indisoluble de la actividad creadora y condición del desarrollo armónico del hombre.

La aspiración humana de alcanzar el ideal de belleza en todo lo que le rodea, ya sea en su vida cotidiana o en su actividad laboral, adquiere carácter de necesidad, que busca salida práctica y requiere de un pensamiento creador desarrollado estéticamente. Esto es manifestación del grado de madurez alcanzado por el sujeto, que lo lleva a buscar satisfacción no sólo al relacionarse con el mundo del arte, sino que materializa todas sus exigencias en toda su actividad práctica: laboral, científica y social. La actitud estética y la búsqueda de la belleza influye en todas las esferas de la vida humana, revelando una forma muy individual y propia de sentir y percibir los elementos de la realidad que tienen significación para el sujeto.<sup>10</sup>

El gusto estético, como elemento de la capacidad creativa, se desarrolla y perfecciona sin cesar, lo que hace posible que contribuya a la formación de la personalidad del individuo que encamina la actividad a la consecución de la belleza en todas las actividades que realiza, ya que la sola contemplación pasiva de lo que considera bello no es suficiente para satisfacer la necesidad estética. Es crucial en este caso, la constante orientación de la actividad hacia el alcance de la belleza, de acuerdo con los parámetros existentes sobre ella en ese momento histórico, o sea, de acuerdo a su ideal de belleza.



Todos estos aspectos son abordados desde el punto de vista teórico por una ciencia de carácter filosófico: La estética (proviene del griego *aisthesis*, y significa sensibilidad, facultad de captar con los sentidos) es la ciencia que se ocupa del estudio de lo bello en sus múltiples manifestaciones, así como de la naturaleza del arte y las leyes de su desarrollo.<sup>11</sup> Dentro del sistema categorial de la estética encontramos en un lugar central el concepto de **lo bello**.

Múltiples han sido los intentos por definir la esencia de lo bello y desde la antigüedad se elaboran variadas y serias doctrinas al respecto, que van desde considerar a lo bello como una manifestación del bien o de la verdad, hasta afirmar que es perfección sensible o expresiva, pasando por un criterio tan sólido en su argumentación que lo hace tener muchos seguidores en todos los tiempos: la belleza es simetría.<sup>12</sup>

*Platón* (filósofo griego de la antigüedad) es representante de la concepción que afirma que la belleza es manifestación del bien, entendido éste como el punto más alto del ser. El bien corresponde a lo que representa el Sol para los elementos del mundo sensible y elabora una trilogía indisoluble: justicia, bien y belleza. En *Fedro* afirma que el amor es deseo de belleza y ésta se desea porque es el bien que nos vuelve felices. Establece una gradación en cuanto a la belleza, que se va alcanzando lentamente: la del cuerpo, la del alma, la de las instituciones y las leyes, la de la ciencia, y por encima de todos, la belleza en sí, que es eterna y superior.<sup>13</sup>

Toda la concepción platónica se corresponde con el carácter idealista objetivo de su filosofía.

Una de las más importantes doctrinas de la belleza fue formulada también en la antigüedad por *Aristóteles* y tuvo tal aceptación y desarrollo que, aún en nuestra época mantiene su fuerza. La solidez y el argumento de la concepción aristotélica radican en su tendencia a poner de manifiesto los rasgos objetivos de lo bello. Según su criterio, lo bello descansa en la armonía, la proporción, la medida. En su obra *El arte de la poesía*, escribía: "la belleza estriba en la magnitud y en el orden, en virtud de lo cual un ser excesivamente pequeño no puede llegar a ser bello ya que su visión, realizada en un tiempo apenas perceptible, acaba por difuminarse; y tampoco puede llegar a serlo un ser descomunadamente grande, puesto que su visión no se realiza en un instante, pero su unidad y su conjunto se pierden al observador."<sup>14</sup> Obsérvese la importancia que le atribuye a lo mesurado como criterio del ideal estético.

Según *Aristóteles* la belleza radica en la naturaleza del mundo material y se expresa en propiedades objetivas inherentes a los objetivos concretos, como la proporción, la medida, la armonía, la simetría, etc. Esta teoría sobre lo bello tiene carácter materialista, aunque limitado por ser un enfoque contemplativo.<sup>15</sup>

Por su parte *Inmanuel Kant* (representante de la filosofía clásica alemana) en su obra *Crítica del Juicio*, elabora una teoría acerca de la belleza, basada en que lo bello es la perfección sensible:

"Para decidir si algo es bello o no, referimos la representación (...) mediante la imaginación al sujeto y al sentimiento de placer o de dolor del mismo".<sup>16</sup>

Analiza el concepto de lo bello en 4 momentos:

1. "Gusto es la facultad de juzgar un objeto o representación mediante una satisfacción o un descontento, sin interés alguno. El objeto de semejante satisfacción llámase bello."<sup>17</sup>
2. "Bello es lo que, sin concepto place universalmente."<sup>18</sup>
3. "Belleza es forma de finalidad de un objeto en cuanto es percibida en él sin la representación de un fin."<sup>19</sup>
4. "Bello es lo que, sin concepto es conocido como objeto de una necesaria satisfacción."<sup>20</sup>

La ética kantiana es idealista.

Una vez tomados en consideración algunas de las ideas más relevantes del pensamiento estético, podemos exponer algunos elementos importantes para la definición de lo bello.

Estamos en presencia de una de las principales categorías de la estética, llamada a desentrañar y valorar fenómenos de la realidad que plasman el ideal estético y son capaces de producir en el hombre un goce estético.<sup>21</sup>

No pueden dejar de mencionarse ciertos elementos a la hora de definir lo bello. En primer lugar es una categoría que expresa un reflejo y valoración de la realidad a partir de las capacidades creadoras del hombre en correspondencia con su ideal estético y se manifiesta en todas las esferas de su vida. Otro aspecto a considerar es que constituye el resultado de la práctica sociohistórica y responde a la realización plena de las capacidades humanas que vislumbran un dominio del hombre sobre la realidad.

Además debemos reconocer que la categoría de lo bello no es un concepto estático, inmóvil en el tiempo, sino que cambia históricamente, a la vez que reviste un carácter clasista. Hemos afirmado, a lo largo del trabajo, que la actitud estética del sujeto hacia el objeto está condicionada por el medio social, lo que quiere decir, que tanto el ideal estético como el sentido de lo bello van a ser diferentes en los miembros de la sociedad de acuerdo con su posición dentro de ella, que hará posible su desarrollo espiritual o por el contrario frenará el desarrollo de sus capacidades creadoras.

## EL SENTIDO DE LO BELLO Y LA PRÁCTICA MÉDICA

Hemos tratado de argumentar en nuestro trabajo la idea de que el hombre tiende a buscar y encontrar la belleza no sólo en los objetos que crea con esos fines, sino en todas las esferas de su vida; esto nos permite comprender cómo en el proceso de la práctica médica aparece también una actitud estética, mediada por el ideal de belleza imperante, dentro del proceso de interrelación profesional de la salud-paciente. Cumpliéndose también aquí la relación sujeto-objeto de la actitud estética.

En el caso de la práctica del profesional de la salud, la interrelación sujeto-objeto de la actitud estética tiene varios puntos de vista para su análisis.

En el primer caso el propio sujeto se convierte a la vez en objeto, ya que el profesional de la salud debe ser extremadamente cuidadoso con su imagen, vestir adecuadamente y cuidar con esmero su higiene personal; todo lo cual suscitará en el paciente una reacción agradable que le aportará seguridad y confianza.

Analizándolo en otro sentido, el profesional de la salud visto como el sujeto de la actitud estética encaminará su acción al lugar donde se brinda la atención médica al paciente.

Es importante para lograr una adecuada atención al paciente, que el lugar donde debe ser recibido cuente con un mínimo de condiciones que hagan posible allí una estancia agradable, sobre todo si consideramos que de por sí, el requerir de la atención de un profesional de la salud genera cierta tensión y sobrecogimiento, que el especialista debe ayudar a superar con su actuación experimentada, por lo que el consultorio o sala de hospitalización debe reunir ciertas condiciones que provoquen, estéticamente, una impresión favorable para lograr que el paciente se sienta cómodo y confiado.

La higiene ambiental debe ser adecuada y estar todo debidamente ordenado. Es importante que exista una buena iluminación ya sea natural o artificial, ya que este aspecto es de gran importancia en la reacción psicológica del paciente, así como una correcta ventilación. En sentido general, debe existir una armonía adecuada entre el color y el diseño ambiental, los muebles han de ser funcionales, y la decoración sencilla y de buen gusto, que permita la privacidad o el aislamiento del paciente en caso necesario.<sup>22</sup>

En otro momento la relación sujeto-objeto de la actitud estética se materializa en la relación profesional de la salud-paciente, en el proceso de la práctica médica.

Para nadie es un secreto que la imagen que el ser humano presente a sus semejantes ha sido una de las primeras preocupaciones y de las más importantes y que más repercusiones ha tenido sobre el desarrollo de las distintas sociedades. Es interesante conocer que en una de las publicaciones más antiguas que se conoce, que data (aproximadamente) del año 3500 a.n.e.; ya se describen fórmulas cosméticas y trasplantes hísticos con el objetivo de mejorar la imagen.<sup>23</sup>

El hombre desde la época primitiva se ha propuesto adornar su cuerpo con arreglo a los parámetros de belleza de su época y de su cultura, de esa manera hubo momentos en que se le concedía mucha importancia al rostro y no al cuerpo, en otros se daba el caso contrario. Hubo tribus indígenas que se provocaban heridas en el cuerpo con el objetivo de que los queloides le adornaran permanentemente y en otras sociedades se veneraban como seres superiores a aquellas personas que presentaban ciertas malformaciones. Así, históricamente se ha recurrido a toda una serie de recursos con el propósito de variar la figura. Teniendo estos aspectos en consideración no es extraño que con frecuencia se recurra a buscar ayuda desde el punto de vista médico para cambiar la imagen

corporal o detalles en el rostro y así entrar en los cánones de belleza aceptados en ese momento socialmente.

A menudo a los especialistas en cirugía plástica o estética se les compara con los artistas, por trabajar de acuerdo con el sentido de lo bello. Pero entre ellos existe una gran diferencia: el artista crea obras de arte para que sean admiradas por el resto de los hombres, sin embargo, el profesional de la salud ayuda a corregir ciertos detalles anatómicos con el fin de satisfacer ciertas necesidades humanas. El cirujano se enfrenta con la motivación psicológica de la intervención quirúrgica deseada y con las repercusiones psíquicas que se originan como resultado de un defecto físico o malformación, o simplemente por una desproporción de algún elemento del cuerpo o las huellas del paso de los años.

En este sentido debemos distinguir los distintos aspectos psicológicos que afectan al paciente, atendiendo a sus causas:

1. Malformaciones congénitas.
2. Malformaciones adquiridas.
3. Desviación del ideal de belleza (asociados o no al envejecimiento).<sup>24</sup>

Está claro que cada uno de nosotros vivimos en sociedad, relacionados con el resto de los hombres y con el mundo que nos rodea, y es en esa interacción que el hombre conforma su esfera espiritual, dentro de la cual se destaca su parte psicológica que ejerce notable influencia en el conjunto de las relaciones sociales. Los rasgos característicos de nuestra apariencia física pueden generar una serie de trastornos psicológicos, bien por la no adaptación del individuo a su grupo de relaciones o por sentirse rechazado por el resto de las personas, suscitando una depresión en la autoestima. El individuo cuya imagen física corresponde dentro de los "límites normales" de la belleza, puede sentir un reforzamiento de su autoestima.

Al afectarse su esfera psicológica el hombre puede llegar a sufrir un desequilibrio en su salud y recurrir a los servicios médicos con el objetivo de realizar las correcciones anatómicas pertinentes, que lo llevarán a un alza en su autoestima y el restablecimiento de relaciones armónicas con el resto de la sociedad. Por eso, la belleza puede jugar un papel importante en el afán legítimamente humano de alcanzar la felicidad.<sup>25</sup>

Todo esto se encuentra mediado por rasgos característicos de la personalidad, pues no todos los seres humanos recurren a cirugías plásticas, en tanto logran colocar en primer plano dentro de su autoestima otros elementos como la inteligencia bien desarrollada, que lo haga destacarse por sobre todos los demás aunque no sea bello.

Como hemos expuesto con anterioridad, el gusto estético se desarrolla y perfecciona sin cesar sobre la base de la interacción social, que lleva al sujeto a enfrentar la realidad a través de la valoración de sus propiedades estéticas, descubriendo sus valores a partir de todas las actividades que realiza, por eso, el profesional de la salud debe cultivar su gusto estético para enfrentar con todo el respeto que merece, el objeto de su trabajo (el hombre) de acuerdo con el ideal

de belleza imperante, es decir, desarrollar con gusto estético la práctica de su profesión. Este gusto estético se materializa desde el momento de la realización de una simple sutura, el empleo de novedosas técnicas quirúrgicas, hasta la realización de una compleja reconstrucción facial. "Es necesario que comprendan (los profesionales de la salud) que no bastan los conocimientos científicos para que la obra resulte bella. Es necesario saber y sentir."<sup>26</sup>

En la etapa de rehabilitación del paciente también encuentra su expresión la relación sujeto-objeto de la actitud estética, manifiesta entre éste y el especialista de la salud.

En no pocas ocasiones debido a determinados padecimientos, ya sean congénitos o no, el individuo se ve privado de algún miembro de su cuerpo, ésto provoca en él cierta reacción psicológica, que en la mayoría de los casos se refuerza por el rechazo por parte de la sociedad de que es elemento integrante. Las ciencias no han permanecido al margen de este problema y cada día son aplicadas con mayor éxito, prótesis que sustituyen partes del cuerpo humano confeccionadas con materiales cada vez más semejantes a la piel y los tejidos humanos, lo que las hace estéticamente mucho más aceptables y favorecen, por tanto, la respuesta psicológica del paciente. Podemos mencionar en este sentido prótesis de miembros inferiores y superiores, prótesis oculares, prótesis de mamas, etc.

Un aspecto que no podemos dejar de analizar dentro de la etapa de rehabilitación del paciente es el arte. El arte se caracteriza por constituir un reflejo de la realidad a partir de imágenes artísticas, o sea, a partir de un cuadro ideal, artístico de la realidad; sin embargo, teniendo en cuenta sus funciones sociales se han reportado grandes logros en la esfera de la salud al vincular, en algunos casos, los pacientes a determinadas manifestaciones artísticas.

El arte en el que adquiere su mayor objetividad y se encuentra en mayor grado la relación estética del hombre con el mundo exterior, es el factor que determina la socialización del individuo al unirlo con los íntimos vínculos sociales y actuar sobre los aspectos más recónditos de la conducta humana, al vincularlos a los valores humanos universales. Ahí radica uno de los secretos del valor imperecedero del arte. Éste representa un sistema íntegro compuesto por diferentes aspectos y cumple una serie de funciones que orientan al individuo y desarrollan sus capacidades creadoras.

Se destacan dentro de las funciones del arte la cognoscitiva, la educativa, la comunicativa y la sociológica. Entre otras vale mencionar su función heurística, que precisamente estimula las potencialidades creadoras del hombre y desarrolla su imaginación, a la vez que satisface necesidades espirituales vinculándose con otra función: la compensativa. En el desarrollo y tratamiento de afecciones psíquicas el juego ocupa un lugar central. El juego es un modelo espiritual para la creación y la actividad de por sí, proporciona placer, lo que encontramos presente en el arte a partir de su función lúdica.<sup>27</sup>

El placer que proporciona una manifestación artística se debe tanto a la alegría por el conocimiento de los fenómenos de la vida, al sentimiento de su correcta apreciación, al disfrute de la coparticipación en el proceso creativo, así

como a la comunicación que se establece con el resto de la sociedad. Por eso es que afirmamos, y está además demostrado, que el arte desempeña un papel importante en la rehabilitación de diferentes enfermedades, entre las que se destacan, por el éxito que han tenido en su tratamiento, las enfermedades psiquiátricas. En este tipo de pacientes, el estímulo a su imaginación y pensamiento creador, la necesidad de socialización y comunicación, es decisiva para su reingreso a la sociedad como seres útiles y ha sido demostrado en la práctica que el tratamiento vinculado con determinadas manifestaciones del arte como el ballet, el teatro, la pintura, la artesanía, reportan notables resultados en el mejoramiento de los enfermos.

## CONCLUSIONES

1. El hombre históricamente ha tendido a buscar y encontrar la belleza en el medio que lo rodea y en todo lo que crea, aunque eso no sea el fin principal de su producción. La tendencia hacia lo bello no constituye solamente una necesidad ideal, sino que se convierte en un medio para la transformación de la realidad a partir de un ideal estético concebido de antemano y condicionado histórica y socioculturalmente.
2. El gusto estético, como aspecto componente de la capacidad creativa se perfecciona y desarrolla sin cesar, contribuyendo decisivamente a la formación armónica de la personalidad.
3. El profesional de la salud no es ajeno en su actividad a manifestar una actitud estética, que evidencia su formación en ese sentido. Esa actitud estética se manifiesta en la interrelación sujeto-objeto, la cual debe ser explicada desde diferentes puntos de vista:
  - a) Actitud estética del profesional con respecto a sí mismo.
  - b) Actitud estética del profesional con respecto al lugar de atención del paciente.
  - c) Actitud estética del profesional con respecto al tratamiento al paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tolstoj VI. La producción espiritual. Ed. C. Sociales, La Habana, 1989: 154.
2. Kulikova IS. Los clásicos del Marxismo Leninismo acerca de creatividad como revelación de las fuerzas esenciales del hombre. (Tomado de La estética Marxista Leninista y la creación artística). Ed. Progreso. p. 63.
3. Engels F. Dialéctica de la Naturaleza. Ed. Ciencias Sociales. La Habana, 1982: 143-144.
4. Tolstoj VI. La producción espiritual. p. 146.
5. Nóvikova L. La estética del trabajo. (Tomado de Problemas de la Teoría del Arte. Tomo II). Ed. Arte y Literatura. La Habana, 1980: 149-150.
6. Idem. p. 168.
7. Idem. p. 172.
8. Kiyaschenco N. La capacidad creativa estética: esencia y estructura. (Tomado de La Estética Marxista Leninista y la creación artística). p. 95.
9. Diccionario Filosófico. Ed. Progreso. p. 199.

10. Tolstoj VI. El desarrollo estético del individuo y la cultura socialista. (Tomado de La Estética Marxista Leninista y la creación artística). p. 52.
11. Zis A. Fundamentos de La Estética Marxista. Moscú, 1987: 5.
12. Abbaganano N. Diccionario de Filosofía. Ed. Revolucionaria. pp. 129-130.
13. Abbaganano N. Historia de la Filosofía. Ed. C. Sociales. pp. 78-79.
14. Zis A. Fundamentos de La Estética Marxista. Moscú. p. 129.
15. Idem. pp. 128-129.
16. Kant, I. Crítica del Juicio. Ed. C. Sociales. La Habana, 1990: 85.
17. Idem. p. 91.
18. Idem. p. 98.
19. Idem. p. 111.
20. Idem. p. 115.
21. Zis A. Fundamentos de La Estética Marxista. Moscú. p. 216.
22. Colectivo de autores. Enfermería. Tomo I. C. Médicas. p. 77.
23. Coiffman F. Texto de Cirugía Plástica, Reconstructiva y Estética. Tomo I. p. 14.
24. Idem. p. 37.
25. Idem. p. 28-29.
26. Idem. p. 35.
27. Stolovich, L. Estructuración de la actividad artística. (Tomado de Problemas de la teoría del arte. Tomo II). Ed. Arte y Literatura. p. 22.

# Los paradigmas en la ciencia: glosas a "the structure of scientific revolutions" de *Thomas S. Kuhn*

*Dr. Jorge Bacallao*

## INTRODUCCIÓN

El presente artículo tiene el propósito de resumir las ideas básicas que plantea *Kuhn* en su libro *The Structure of Scientific Revolutions* acerca de la historia de la ciencia y el papel que han jugado en ella los llamados "paradigmas".

El término **paradigma** utilizado para designar un elemento clave en el desarrollo de la ciencia apareció por primera vez en el referido ensayo de *Kuhn*. Sin embargo, como han coincidido en señalar varios autores, en la propia obra pueden discernirse no menos de veinte interpretaciones diferentes de su significado, a las que se agregan las que los muchos seguidores y detractores de *Kuhn* han aportado posteriormente de su propia cosecha.

En el instrumental metodológico que se ha venido empleando en este siglo en la investigación en las ciencias del hombre y la sociedad, puede hacerse una clara distinción entre dos enfoques: uno, que llamaremos cuantitativo-estadístico, y otro cualitativo-hermenéutico. El primero es una herencia de los métodos de las ciencias naturales, el segundo, un producto epistémico que ha tenido su origen en la antropología y en las ciencias sociales de la segunda mitad del presente siglo. Sin embargo, muchos autores coinciden en presentar esta disyuntiva metodológica en términos de una contienda entre paradigmas, que o se excluyen, o se complementan al compartir roles paralelos o secuenciales en el contexto de la investigación, pero que son esencialmente inconmensurables y por tanto, refractarios a toda integración.

Para elaborar las bases de una disensión con la teoría de un supuesto enfrentamiento entre paradigmas y con ella la tesis de la unidad conceptual que subyace en la diversidad metodológica, es esencial compartir definiciones comunes sobre la terminología básica en la interpretación de *Kuhn* sobre la historia de la ciencia. Resumir y elaborar el inventario elemental de esas definiciones es el objetivo fundamental de este artículo.



## LA HISTORIA DE LA CIENCIA Y SU CONTENIDO

Para *Kuhn*, la tarea de los historiadores de la ciencia puede resumirse en la crónica del incremento del conocimiento científico, en relación con sus actores, los hechos, leyes y teorías que lo integran y los obstáculos que han inhibido su acumulación. Es cada vez más problemático concebir el desarrollo del conocimiento científico como un proceso acumulativo. La historia contemporánea de la ciencia tiende a apartarse cada vez más de la vieja tradición historiográfica y sugiere una nueva imagen del desarrollo científico.

Las primeras etapas de la mayoría de las ciencias se han caracterizado por la competencia entre diferentes puntos de vista sobre la realidad, todos ellos derivados y, en mayor o menor medida, compatibles con el método y la observación científicos. Su diferencia esencial no radica en su grado de fidelidad al método científico, sino en ciertas formas inconmensurables e irreductibles de concebir el mundo y el modo de hacer ciencia dentro de él. Si bien la observación y la experiencia acotan el rango de todas las creencias científicas admisibles, ellas no alcanzan a determinar completamente cualquier cuerpo establecido de conocimiento. Parecen existir accidentes históricos que operan tanto a nivel individual como a nivel de las comunidades científicas y que son parte de la sustancia de las creencias de estas comunidades en una época dada. Estos accidentes no excluyen la necesaria coherencia con un cuerpo heredado de creencias. Por el contrario, la investigación puede definirse como un intento arduo y permanente por ubicar a la naturaleza en los marcos conceptuales impuestos por la educación profesional. Gran parte del éxito de cualquier empresa científica depende de la energía y del costo que esté dispuesta a pagar una comunidad científica por defender aquellos marcos conceptuales, y de la medida en que consiga suprimir cualquier novedad subversiva.

Cuando, pese a todos los esfuerzos, aquellas novedades no pueden alinearse con las expectativas, y cuando es imposible evitar que subviertan la tradición vigente en el ejercicio científico, aparecen las investigaciones que terminan por sustituir un cuerpo de compromisos teóricos por otro y por establecer nuevas bases para la práctica de la ciencia.

## LA "CIENCIA NORMAL" Y LOS PARADIGMAS

Para *Kuhn*, la "ciencia normal" es la investigación basada en logros científicos pretéritos que cierta comunidad reconoce como fundamento de toda práctica científica posterior. Estos logros científicos, que en la época contemporánea se resumen en varios textos básicos de cada ciencia y que en otras épocas eran compendiados en reconocidos clásicos (la *Physica* de Aristóteles y los Principios de Newton, por mencionar sólo 2) establecen la legitimidad de los problemas y de los métodos para abordarlos y con ellos el marco de acción de toda una generación de investigadores. Sus 2 atributos esenciales son, en

primer lugar, su capacidad de atraer a toda una comunidad y de distraerla de otras opciones contendientes para ejercer la actividad científica, y en segundo lugar, su capacidad de generar problemas que definen todo el quehacer científico futuro. *Kuhn* llama "paradigmas" a los logros que poseen estos 2 atributos y que establecen las fronteras de la ciencia normal.

Los hombres que han adquirido las bases de su trabajo científico a partir de los mismos modelos concretos, suelen desarrollar su trabajo sin desafiar los supuestos fundamentales de esos modelos. Ellos definen una **comunidad científica**, hacen **ciencia normal**, comparten el mismo **paradigma** y están comprometidos con las mismas normas para su práctica científica. Puede haber investigación científica sin paradigmas, pero la adquisición de un paradigma marca la madurez en el desarrollo de cualquier campo científico.

En la ausencia de un paradigma o de algún candidato que llegue a alcanzar ese rango, todos los hechos que podrían enriquecer el desarrollo de una ciencia dada parecen tener la misma validez y la recolección de hechos es una actividad azarosa e irregular que eventualmente puede desempeñar su papel en el surgimiento de nuevas teorías, pero que sin la guía de una teoría preestablecida que dé fundamento al ejercicio de selección y crítica, rara vez es capaz de generar la emergencia de un paradigma.

Para ser aceptada como paradigma una teoría, debe superar a sus teorías contendientes, pero no necesita, y de hecho, nunca puede explicar todos los hechos con los que se le confronta. En las ciencias (con la excepción probable de la medicina o las tecnologías, cuya principal razón de ser es una necesidad social externa) la creación de revistas especializadas, la fundación de sociedades de especialistas y el derecho a ganar un espacio en los currículos, se asocian a menudo con la adopción de un paradigma particular.

La ciencia normal consiste en una actualización permanente del paradigma que se consigue al extender el conocimiento de los hechos compatibles con éste, e incrementar la correspondencia entre los hechos y las predicciones del paradigma. Salvo raras excepciones, la ocupación de los científicos durante toda su carrera consiste en un intento por forzar los hechos dentro del molde rígido que impone el paradigma.

La investigación científica empírica o factual dentro de la ciencia normal se ocupa de 3 clases de hechos o experimentos: a) los que el paradigma identifica como reveladores de sus propios postulados y que necesitan ser determinados con mayor precisión, o en una variedad más amplia de situaciones experimentales; b) los que, sin mucho interés intrínseco, pueden compararse directamente con las predicciones del paradigma y c) los que permiten resolver las ambigüedades residuales del paradigma y algunos problemas sobre los que el paradigma había sólo llamado la atención. Por su parte, la investigación teórica dentro de la ciencia normal consiste, por un lado, en el uso de la teoría existente para predecir hechos de valor intrínseco, y por otro, en la búsqueda de nuevas aplicaciones del paradigma o en el incremento de la precisión de una aplicación ya conocida. La ciencia normal discurre por estos cauces y cualquier deserción es un paso en la dirección de la extinción del paradigma.

Una de las cosas esenciales que proporciona el paradigma son los criterios para elegir los problemas que podrían tener solución bajo sus postulados. Son éstos, en realidad, los únicos problemas que la comunidad admite como científicos o que estimula a sus miembros a emprender. Otros problemas son rechazados como seudoproblemas, porque no pueden ser enunciados en términos del acervo conceptual, ni resueltos con el instrumental metodológico que proporciona o admite el paradigma. El desafío para el científico que hace ciencia normal es hallar una solución cuya existencia es ya un presupuesto del paradigma que norma su práctica científica. Los criterios que limitan el espectro de soluciones aceptables y los pasos que conducen a estas soluciones están dados de antemano como parte del paradigma. La ciencia normal no busca novedades factuales o teóricas; por el contrario, su éxito depende de la total ausencia de novedades. No obstante, tales novedades surgen, como prueba elocuente de que la ciencia es capaz de generar mecanismos autocorrectivos.

La asimilación de hechos violatorios de las expectativas que rigen a la ciencia normal es mucho más que un ajuste aditivo de la teoría: implica ver a la naturaleza de un modo distinto, y únicamente esta visión diferente le confiere al hecho el estatuto de científico.

El proceso que se configura tras períodos usualmente largos de ciencia normal transita por 3 etapas:

1. **La percepción de novedades o anomalías**, que aparecen sólo como efecto de contraste con respecto a la referencia que proporciona el paradigma; cuanto más preciso y de mayor alcance sea éste, más sensible a los indicios de anomalías y a la proximidad de las circunstancias de cambio.
2. **El surgimiento simultáneo de hechos violatorios y de un reconocimiento conceptual de dichos hechos.**
3. **El cambio en las categorías y procedimientos que definen al paradigma.**

Al surgimiento de un nuevo paradigma se asocia siempre una situación de crisis. Los historiadores de la ciencia coinciden en afirmar que en las etapas incipientes de un nuevo paradigma, los hechos subversivos pueden acomodarse a más de una construcción teórica. Sin embargo, los científicos en general son resistentes a estas empresas de construcción, mientras el paradigma no muestra signos inequívocos de infertilidad en la generación y solución de problemas.

Una teoría científica -con todos sus presupuestos e influencias normativas- que se ha elevado al rango de paradigma, llega a derogarse sólo cuando aparece un candidato competente para ocupar su lugar. La decisión de rechazar un paradigma es simultánea con la de aceptar otro, y es el resultado de un proceso de confrontación con los hechos y de enfrentamiento entre ambos paradigmas. Los hechos que violan las expectativas de un paradigma comienzan a no ser archivados como simples contingencias o artefactos instrumentales cuando hay un marco conceptual que les garantiza un estatuto de compatibilidad. "Rechazar un paradigma sin aceptar otro equivale a rechazar a la propia ciencia".

El proceso de enseñar y aprender se encuentra firmemente arraigado en la existencia y en la aceptación implícita de un paradigma, y es, al mismo tiempo,

el modo en que éste trata de autoperpetuarse. La lectura de un texto científico condiciona al lector a la búsqueda de nuevas evidencias confirmatorias de la teoría existente. Los estudiantes de ciencia aceptan las teorías sobre la base de la autoridad del maestro y del texto, no a causa de la evidencia favorable. El aprendizaje en las aulas y en los textos es una parte esencial del aprendizaje del paradigma.

*Kuhn* no hace explícito un criterio para discernir cuáles anomalías o novedades son capaces de evocar una crisis. Parece sugerir que hay un proceso acumulativo que obliga a hipertrofiar al paradigma con cada vez mayor número de articulaciones adventicias que hacen que las reglas para el ejercicio de una ciencia normal se tornen cada vez más borrosas e irregulares. Durante el período de transición comienza a existir una superposición entre los problemas que pueden ser planteados y resueltos dentro del marco del paradigma viejo y del paradigma emergente. Pero junto a esta superposición comienza a insinuarse una esencial diferencia. La práctica científica comienza a estructurarse bajo reglas diferentes y, sobre todo, mediante un discurso diferente. Estos suelen ser los estigmas inequívocos de una crisis y de un cambio de paradigma.

En tiempos de ciencia normal, el científico suele ser -y con razón- refractario al discurso filosófico y a la reflexión autocrítica. La hipertrofia del paradigma, la proliferación de construcciones teóricas alternativas, y el recurso al debate sobre los fundamentos, son signos inequívocos de una crisis, de una transición de la ciencia normal a la "ciencia extraordinaria".

## LAS REVOLUCIONES CIENTÍFICAS

Para *Kuhn*, lo que ocurre en la ciencia cuando un paradigma sustituye a otro, tiene los mismos ribetes que una revolución política. La sustitución de un modo de producción por otro, de unas instituciones políticas por otras, puede homologarse con un cambio de paradigmas en la ciencia: ambos entrañan la transición entre formas incompatibles, que, en el caso de la ciencia, pueden describirse además como inconmensurables.

De una vez por todas, es necesario poner en claro un rasgo esencial de la tesis de *Kuhn*. El desarrollo científico no es acumulativo. Es posible concebir relaciones compatibles entre nuevas y viejas teorías, pero en la evolución de la ciencia lo característico es que un cuerpo de conocimientos o creencias sustituya o otro cuerpo de conocimientos o creencias y no que sustituya a la ignorancia. La evolución de la ciencia es discreta y cuántica, no continua y acumulativa.

Aunque la visión de la ciencia como proceso acumulativo es consustancial con un paradigma epistemológico arraigado, la historia de la ciencia, tal como la concibe *Kuhn*, niega taxativamente toda noción de progreso por acumulación. Más aún, la investigación normal **sí es** acumulativa, y debe su éxito a la habilidad de los científicos en elegir regularmente los problemas que pueden ser resueltos con el arsenal instrumental y conceptual que proporciona el paradigma vigente. Pero, por esas mismas razones, la búsqueda a ultranza de pro-

blemas útiles o de problemas con sentido en el seno de una lógica vigente tiende a inhibir el desarrollo científico. El surgimiento de nuevas teorías no puede concebirse sin cambios destructivos sobre los modos de concebir la naturaleza o algunas facetas de ella. El crecimiento por absorción de unos paradigmas por otros, la inclusión de un paradigma dentro de otro, es lógicamente posible, pero históricamente implausible.

Para la visión tradicional de la historia de la ciencia, cualquier paradigma nuevo es concebible como una actualización de su predecesor, y éste como un caso particular de su sucesor. Para *Kuhn*, sin embargo, los paradigmas difieren en más de un hecho sustancial: el nuevo paradigma no sólo implica una revisión de las leyes sobre el objeto de estudio, sino una revisión radical de toda la ciencia que las generó y de sus instrumentos. El nuevo paradigma es la fuente de los métodos, del mecanismo generador de problemas y de los estándares de solución que una comunidad científica está dispuesta a admitir en un momento histórico dado. Por ese motivo, la recepción de un nuevo paradigma implica una redefinición radical de la ciencia. La ciencia normal que emerge de una revolución científica no es sólo incompatible, sino también inconmensurable con la que la precedió. Esto quiere decir que no existen estándares, referencias o criterios universales que hagan comparable a un paradigma con su precedente, porque esos mismos estándares, referencias o criterios, son una parte esencial de lo que el nuevo paradigma desconoce y rechaza.

De acuerdo con la visión kuhniana de la ciencia, cuando hay un cambio de paradigmas hay también un cambio en la visión del mundo. Es como si la comunidad científica "fuese súbitamente transportada a otro planeta, donde todos los objetos se ven bajo una luz diferente".

"Para algunos-dice *Kuhn*- lo que cambia con un paradigma es la interpretación que el científico hace de sus observaciones, pero éstas son fijas y determinadas por la naturaleza del entorno y del aparato perceptual." Para quienes consideren a la realidad como algo externo y totalmente independiente del observador, la interpretación anterior es plausible; sin embargo, para quienes consideren que la realidad surge de un comercio activo entre lo observado y su observador, la afirmación de que "aunque el mundo no cambia cuando cambia el paradigma, el científico trabaja en un mundo diferente" es perfectamente plausible. Lo que ocurre durante una revolución científica no puede reducirse a una mera reinterpretación, porque una interpretación presupone la existencia de una teoría, y una teoría es una construcción que no está compuesta solamente de ladrillos factuales.

La experiencia sensorial no es fija y neutral; sus operaciones y mediciones están determinadas por un paradigma. El cambio en el paradigma, cambia también radicalmente el significado y las implicaciones de los actos de observar y medir. Por este motivo, el intercambio entre representantes del viejo y el nuevo paradigma es virtualmente imposible. Una metáfora de tal intercambio sería un tablero sobre el cual uno de los jugadores moviese las piezas del ajedrez, y el otro las piezas de las damas, cada uno de acuerdo con las reglas respectivas de ambos juegos. Sería inconcebible arbitrar en tal partida imaginaria y mucho menos, encontrar un ganador y un perdedor.

## VERIFICACIÓN O FALSIFICACIÓN DE LOS PARADIGMAS

Los nuevos paradigmas surgen generalmente de unos pocos individuos, y no raras veces de individuos que provienen de campos de conocimiento diferentes de aquél en que se produce la revolución científica. Son ellos los menos comprometidos con la visión del mundo y con las reglas determinadas por el viejo paradigma. El acto de afiliación a un paradigma emergente, requiere una gran confianza en la intuición y una gran dosis de fe en que el nuevo paradigma superará con éxito una gran cantidad de problemas, cuando se sabe sólo que el anterior ha fracasado ante unos pocos.

En las épocas de ciencia normal el investigador no pone a prueba teorías contendientes, sino que soluciona los problemas que se gestan dentro de una teoría dada. La prueba de un paradigma ocurre después de que sucesivos fracasos en la solución de problemas han provocado una crisis, que a su vez ha dado lugar a la emergencia de un nuevo paradigma. En la ciencia, las instancias de prueba no consisten sólo en una confrontación entre el paradigma y los hechos, sino en la competencia de 2 paradigmas rivales por la preferencia de la comunidad científica.

Uno de los esquemas de prueba de los paradigmas es la verificación probabilística, que asume la existencia de grados de verificación a la luz de la evidencia existente, que pueden expresarse en términos de probabilidad. Este esquema tropieza con 2 dificultades: la primera consiste en la dudosa factibilidad de asignar probabilidades subjetivas a un cuerpo teórico, particularmente por la tendencia a sobrestimar estas probabilidades que tendría cualquier militante del paradigma que da sostén a la teoría, y la segunda porque no existe ningún sistema conceptual neutral desde el cual pueda emprenderse la verificación. El otro esquema es el de la falsificación, del filósofo vienés *Karl Popper*, quien considera que ninguna teoría puede ser probada, sino que a lo sumo puede aumentar su nivel de credibilidad a medida que supera airosamente sucesivos intentos rigurosos por falsificarla. Para *Kuhn*, el punto débil del esquema popperiano consiste en que los hechos conflictivos o las novedades desfavorables que contradicen las expectativas de un paradigma, no son instancias falsificadoras. "Si cada fracaso en el ajuste de los hechos a una teoría fuese suficiente para rechazarla, todas las teorías debían ser rechazadas continuamente" -afirma *Kuhn*-. "Si sólo algunos fracasos justificarían el rechazo, los popperianos necesitarían entonces un criterio de improbabilidad o grado de falsificación" -concluye-. Esto pone en duda la operatividad del esquema popperiano.

## CONCLUSIONES

Aunque el propio *Kuhn*, en ensayos posteriores a su libro original, optó por acotar el alcance del término paradigma para evitar algunas de las confusiones a que dio lugar su empleo con distintas acepciones a lo largo de su texto clásico, hay un cuerpo de conceptos claves que es importante recapitular a modo de conclusión.

1. Los miembros de una comunidad científica (practicantes de la misma especialidad; miembros de las mismas sociedades científicas; individuos con intereses científicos comunes) suelen compartir un lenguaje para la comunicación intragrupal y una relativa unanimidad de juicio en materias profesionales; suelen haber absorbido la misma literatura y haber extraído básicamente las mismas conclusiones de su lectura. Estos elementos de entendimiento común, que identifican un repertorio de problemas, que establecen las pautas para dicha identificación y los criterios de aceptación de sus soluciones, configuran un paradigma.
2. El desarrollo científico no es -o por lo menos no es siempre- un proceso acumulativo. Atraviesa por largos períodos de 'ciencia normal' y por períodos transicionales de 'ciencia extraordinaria' que ocurren cuando un paradigma hace crisis y es sustituido por otro.
3. Esta sustitución se produce en medio de verdaderas revoluciones científicas que desembocan en nuevas y radicalmente diferentes visiones de la realidad.
4. Toda la práctica científica con sus criterios de validez, sus juicios de objetividad y sus modos particulares de interactuar con el universo de estudio, se encuentra arraigada en un paradigma. De este hecho deriva la esencial inconmensurabilidad de los paradigmas.

Aunque el presente artículo no tiene el propósito de desarrollar una crítica de las concepciones kuhnianas, algo que, por lo demás, ha emprendido con éxito la moderna epistemología, especialmente en relación con todos los elementos irracionalistas y relativistas de su filosofía de la ciencia, cabe advertir que una postura radical, como la que defiende *Kuhn*, acerca de la incompatibilidad de los paradigmas científicos, llevaría a un empantanamiento sin salida del desarrollo científico, particularmente si se asume como base para fundamentar un escepticismo.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Kuhn TS. *The Structure of Scientific Revolutions*. (2nd Ed.). Chicago IL, University of Chicago Press, 1970.
- Kuhn TS. Second thoughts on paradigms. In: Kuhn TS. *The Essential Tension*. Chicago. The University of Chicago Press, 1977: 293-319.

## **La medicina como tipo específico de actividad práctica humana**

*Lic. Jorge Luis Quintana Torres, Lic. Jorge Álvarez Vázquez  
y Lic. Jorge Luis Flores Rodríguez*

Al hablar de la medicina como actividad debes reconocer que el concepto filosófico de actividad refleja un ángulo de la práctica sociohistórica por lo cual adopta el correcto calificativo de actividad práctica humana. Sólo bajo ese calificativo ella puede comportarse como base, finalidad y criterio de veracidad del conocimiento, es decir, cuando la práctica como proceso recorre toda la actividad.

Hacemos tal aclaración porque no toda la actividad y por ende, no todo el concepto de actividad refleja en su contenido la práctica productiva, cognoscitiva, científico, experimental y sociopolítica. Pues podemos hablar, por ejemplo, de la actividad digestiva, urogenital, volcánica o de los animales y en ningún sentido nos estamos refiriendo a la cualidad esencial del género humano.

Cuando se equipara la actividad del volcán y del animal a la del propio hombre se hace en virtud al carácter traslaticio del idioma o a las analogías terminológicas y no al nivel de esencias comunes porque aquéllas no son actividades conscientes encaminadas al cumplimiento de una finalidad como lo es la actividad práctica humana.

¿Posee la actividad médica los atributos de la práctica sociohistórica? Por supuesto que sí. La medicina en su evolución histórica se ha comportado y se comporta en la unidad de los aspectos cognoscitivos, científico-experimentales, prácticos propiamente dicho y prácticos valorativos. Fíjate que señalamos en su "evolución histórica" porque la actividad médica es un producto histórico que tiene su origen en un momento específico, y porque adopta determinados rasgos en razón al carácter de la formación económico social por donde transita.

Para poseer una imagen cognoscitiva de conjunto sobre la medicina es imprescindible dominar en sus detalles la respuesta ofrecida a la interrogante anterior. Quizás la lógica que seguirá este trabajo contribuya a enriquecer esa imagen cognoscitiva.



## ORIGEN DE LA MEDICINA COMO TIPO ESPECÍFICO DE ACTIVIDAD PRÁCTICA HUMANA

Es bien conocido que la actividad médica es coetánea de la humanidad. Su surgimiento y desarrollo es una respuesta para resolver de modo satisfactorio la necesidad objetiva de proteger y reproducir saludablemente la existencia y por supuesto la vida de las personas.

Los hombres de la formación economicosocial de la Comunidad Primitiva, actores de la llamada prehistoria humana, no estuvieron exentos de enfermedades o cuadros patológicos, sufrieron, pues, cáncer en órganos y huesos, fracturas, dislocaciones, asma, hidropesía, hemorragias, disneas, alucinaciones, desmayos, caries, etc. El hombre de la prehistoria se sustrae del cuadro general de la patología animal, pero sin dejar de experimentar muchas enfermedades que son comunes tanto a uno como a otro.

Pero el enfermar humano encuentra una respuesta distinta al de los animales, éstos, a lo sumo por acción instintiva, buscan en los recursos que la naturaleza le brinda el "consumo" inconsciente para aliviar sus dolencias.

El hombre portador de la forma social de movimiento de la materia, dotado de conciencia encaminada a una finalidad, se erige frente al mundo animal como su conquistador no por obra y gracia de fuerzas divinas, sino por sus fuerzas terrenales dadas en su capacidad de trabajar, producir y transformar de manera consciente la realidad que lo circunda. Aun cuando su capacidad productiva no rebase el carácter recolector en esta fase de la historia, sin dudas, es un ente capaz de desarrollar una actividad práctica. La desarrolla en virtud de una finalidad conscientemente orientada, que se basa en la observación empírica de los procesos que acaecen en la realidad natural y animal, se percata de la repetición de los procesos naturales, su conciencia se ilumina al ver a los animales comer algunas plantas, por ejemplo, y por imitación lo hace y obtiene éxitos en el alivio de sus dolencias.

Y así reproduce los procesos, que su capacidad productiva y sus conocimientos le permiten reproducir; pero tiene una tremenda dependencia de los procesos naturales y no es capaz de comprender el carácter terrenal de los mismos. Su mente especula al extremo de encontrar una explicación mística y sobrenatural a través de las manifestaciones del animismo, el totemismo, magia, hechicería, el fetichismo, creencia en espíritus y seres sobrenaturales a cuanto problema, dificultad y necesidad presente en su vida.

Bajo estas circunstancias sus nociones cognoscitivas sobre la vida, la salud y la enfermedad poseen una comprensión mística, religiosa y sumamente empírica. Esta es la primera manifestación del arte de curar, es decir, del saber y de la práctica médica conocida con el nombre de medicina popular.

En la historia de la medicina se denomina a esta fase de su desarrollo la era pretécnica de la actividad médica, porque el médico, *chamán*, especie de hechicero y brujo, cura al enfermo utilizando su remedio o una técnica empírica que considera efectivos, si es él, con su supuesto poder jerárquico y sobrenatural, quien lo aplica. El remedio actúa por la virtud propiciatoria de quien lo aplica o

el rito mágico utilizado para suministrarlo al paciente. Su grado de intelecto (conocimiento) no le permite comprender que el producto vegetal, mineral o animal aplicado actúa porque posee en sus propiedades físicas o bioquímicas principios activos que permiten curar.

Así pues, los agentes de salud no saben racionalmente ¿qué es el remedio? Además, para ellos la enfermedad se confunde con los síntomas y el diagnóstico consiste en reconocer cuál ha sido la potencia del mal (causas y motivos) que han conducido al hombre a enfermarse: manchas, castigos divinos, violación de reglas y normas en forma de tabúes, contacto con agentes y productos materiales externos oscilan entre las potencias del mal. Poco sabe "el médico" de esta etapa sobre la enfermedad. Y poco sabe a ciencia cierta sobre el organismo del hombre enfermo.

Técnicamente hablando, el médico popular no sabe el por qué hace aquello que hace. Su conciencia no ha alcanzado la capacidad de **saber hacer**, a lo que los griegos llaman "técnica". Es por ello que sus acciones curativas se mueven con un carácter pretécnico, basadas en un conjunto de conocimientos empíricos espontáneos y mágicos supersticiosos que tienen la función (y la cumplen sorprendentemente) de instrumentar normas que establecen de modo valorativo lo que es bueno o lo que es malo para la vida, la salud y la suerte de las personas.

Hay que ver en esas normas valorativas el acto cognoscitivo-práctico de curar y prevenir males y desgracias humanas y en este acto debemos interpretar su finalidad de introducir cambios en el estado de salud y el modo de vida de las personas, cuando la necesidad de éste se ha hecho evidente. Y aún más, cuando ha sido un acto médico significativamente valioso.

¿Cuándo y dónde surge la medicina científica?

La medicina científica es el resultado de la conquista del carácter técnico de la medicina en la antigua Grecia. Grecia y las culturas del Oriente antiguo fueron el escenario del desenvolvimiento de la Formación Económico Social Esclavista. Bajo este sistema socioeconómico el trabajo humano sufre cambios revolucionarios, pues, a las distintas divisiones naturales del trabajo viene a sumársele una división social del trabajo con un contenido nuevo, el contenido clasista, debido al surgimiento y dominio de la gran propiedad privada sobre los medios de producción.

Las relaciones de producción basadas en el dominio de este tipo de propiedad aceleraron el carácter social de las fuerzas productivas, a la vez que produjo la escisión entre el trabajo manual y el intelectual, encontrando en la existencias de actividades económicas, oficios, artes, profesiones, y "ciencias" el modo de expresar tal escisión.

La actividad práctica humana bajo ese sello clasista, se equipó de una capacidad reproductiva de los procesos naturales sumamente mayor. Las grandes obras de arquitectura e ingeniería, las labores económicas de peso recayó sobre el trabajo esclavizado de hombres; pero eran dirigidos por el trabajo intelectual de los hombres libres. A la vez que el trabajo artesanal de los distintos oficios, por lo menos en Grecia, corre a cargo de hombres instruidos o medianamente instruidos en materia de habilidad y pericia para ejercitar la labor.

Tanto la dirección mental y la instrucción que capacita al hombre de oficio dan cuenta de los avances en las capacidades cognoscitivas humanas: la observación empírica se despoja, en el mayor de los casos, del miedo a lo inexplicable y sobrenatural y se hace acompañar de intentos racionales de búsqueda y explicación científica a cuanto fenómeno natural y social se expone o protagoniza el hombre.

El hombre se enfrenta a la naturaleza y a la sociedad, y la "investiga" para descubrir a través de la infinita multiplicidad de fenómenos, procesos, hechos, sucesos y acontecimientos su dependencia a relaciones causales. Descubre los nexos, la unidad de los procesos y toma conciencia de la necesidad de éstos.

Se basa, como apuntamos arriba, en su capacidad empírica de observación. Apoyado en esa capacidad construye sistemas teóricos que vienen a ser el germen de los conocimientos científicos en ramas tales como la filosofía, la física, cosmología, astronomía, matemática y medicina. No podemos afirmar que esos sistemas sean consecuentemente científicos, porque fueron especulativos y esa limitante la determina el carácter de su generalización sobre aquella base empírica. La filosofía es la forma del saber rectora y se convierte en la imagen de la ciencia del momento; porque con sus métodos de indagación permite que las demás ciencias, profesiones y oficios se integren a la corriente técnica del saber hacer.

En ese contexto epistemológico, a bien considerado como reflejo de situaciones o condiciones objetivas que impone la práctica sociohistórica, surge y se desarrolla la medicina clásica, oficial, ortodoxa o "científica", que frente a la práctica de la medicina popular presenta relaciones peculiares y por tanto diferentes.

Es bueno que reconozcas que el surgimiento de la medicina "científica" tiene como antecedente histórico la práctica de la medicina popular; y que al surgir no elimina dicha práctica puesto que ésta se convirtió en patrimonio de los que no tuvieron acceso a los servicios de la medicina oficial.

Las relaciones clasistas de dominación determinaron 2 vertientes en la práctica de la medicina, pues en Grecia, existieron 2 tipos de médicos; el médico para hombres libres formado "científicamente", considerado como un profesional y el médico que atiende a los esclavos, sin formación científica, a quien llaman profano.<sup>1</sup>

A fines del siglo VI a.n.e. el saber griego situó al hombre frente a la naturaleza, lo que posibilitó el paso de la medicina griega de un oficio más o menos artesanal de servicio al público a una técnica vinculada al saber filosófico de la naturaleza. En lo adelante el médico por la observación de la necesidad de la naturaleza apuntará al por qué, a la causa de lo que sucederá en el organismo humano o en la naturaleza humana, y elaborará doctrinas sobre la salud, la enfermedad, los diagnósticos y los agentes terapéuticos posibles.

La presencia de este cuerpo doctrinal permite detenernos en el acápite siguiente.

## LA ACTIVIDAD MÉDICA COMO ACTIVIDAD COGNOSCITIVA

Resulta difícil hablar de la actividad mental y cognoscitiva sin hablar de la actividad práctica. Recuerda que partimos del presupuesto que toda la actividad práctica humana es y tiene que ser a la vez mental. De otro lado, hemos tomado como punto de referencia histórica a la medicina griega para hablar de este acápite, no porque la actividad mental en materia de medicina se inaugure con los griegos, puesto que en la medicina popular existió y existe tanto el lado cognoscitivo como el práctico en el cuidado del enfermo y del hombre sano. Lo que sucede es que con los griegos se inicia el momento de plena distinción de ambos procesos y el mismo nos permite hilar la trayectoria histórica conducente hasta hoy, en aras de apreciar su distinción actual.

Los griegos constituyen el legado clásico, pero no el único, en donde la sociedad experimenta por situaciones de clases la existencia de una división entre la actividad intelectual y la manual.

Es evidente que la medicina no está aquí equiparada al rango de una labor manual como la agricultura, la minería, la orfebrería, la ganadería, etc. Es un oficio pero que se acerca mucho a la labor intelectual en razón a la necesaria formación ética y científica de quienes la practicarán. Por lo tanto, ese fenómeno divisorio clasista dentro de la actividad humana fundamental es, en nuestro criterio, el fundamento objetivo donde descanzará la enseñanza de la medicina y el despliegue de su vertiente cognoscitiva mental, influenciada por las corrientes materialista e idealista de la filosofía.

Así pues, aquella medicina, que en su época fue considerada un arte u oficio, no escapó del dominio del saber filosófico, quien brindó los métodos cognoscitivos para formular las técnicas de observación, medición al servicio del diagnóstico y la curación.

Las escuelas de *Alcmeón de Crotona*, *Hipócrates de Cos* -a quien se le considera el padre de la medicina-, *Aristóteles*, *Galeno*, etc, juegan la función instructiva-investigativa-educativa en el escenario médico, a través de ellas, los conocimientos en medicina se organizan y sistematizan. La anatomía, la fisiología, la medicina social, la epidemiología y muchas especialidades clínicas encuentran sus raíces en aquella labor teórica que indudablemente preparaba a los médicos para el ejercicio de su labor práctico-asistencial y ayudó a que la medicina adquiriese el rango de profesión y un peso tremendo en la cultura de aquella sociedad.

La actividad cognoscitiva se perfecciona con la aparición de la literatura médica, el siguiente pasaje da cuenta del significado de ella.

"La literatura médica es algo perfectamente nuevo en la evolución espiritual del helenismo en el sentido de que, a pesar de su carácter directamente docente, no se dirige en una parte pequeña al hombre como tal, al modo que lo habían hecho la filosofía y la poesía. La aparición de la literatura médica es el ejemplo más importante de un fenómeno de la época que a partir de ahora va atrayendo cada vez más nuestra atención: la tendencia progresiva a dar a la

vida un giro técnico y a la creación de profesiones especiales que requieren de una especialización basada en altos postulados espirituales y éticos y asequibles sólo a un reducido número de personas. Es significativo que las obras de los médicos hablen mucho de "profanos" y "profesionales."<sup>2</sup>

Mucha de esa literatura se perdió con el tiempo, una de las más célebres es referida al cuerpo hipocrático, que testimonia el funcionamiento de la escuela de medicina iniciada por *Hipócrates*.

Los 53 escritos de los que consta enseñan sobre ética, anatomía, fisiología, ginecología, patología, terapéutica, dietética y quirúrgica, etc.

Dichos escritos capacitan intelectualmente al médico en una teoría para dominar la técnica de su quehacer. Pero ya sabemos que el alcance científico de esa teoría está limitado por la época y las condiciones materiales de la existencia humana. En otras palabras la medicina aún no ha alcanzado el rango de ciencia tal y como es hoy.

Hubo de transcurrir la sociedad humana por el feudalismo y experimentar el desarrollo de la formación económico social capitalista para que la medicina se hiciera ciencia a la imagen nuestra.

La actividad médica tanto en su vertiente teórica como práctica continuará reflejando los cambios en la capacidad productiva humana, es decir, la medicina como toda actividad cognoscitiva práctica continuará evolucionando en dependencia de los cambios que sufre la capacidad transformadora material de los hombres.

Si en la época esclavista y feudal el trabajo del hombre se caracterizó en lo fundamental por ser reproductor de los procesos materiales, con el sistema capitalista este carácter se modifica y amplía, pues el trabajo del hombre además de reproducir los procesos materiales naturales, los crea. La sociedad capitalista diseminada en sectores y ramas económicas donde funcionan los tradicionales oficios y profesiones experimenta el surgimiento de la gran industria que revolucionara a esos oficios y profesiones.

El trabajo no es un trabajo limitado a reproducir los procesos naturales en beneficio propio. Ahora gracias al alcance del saber y de la técnica humana se van a crear valores, procesos múltiples y útiles que la naturaleza, por sí sola, no es capaz de producir.

¿Acaso la naturaleza produce el motor de combustión interna o el motor eléctrico?, la creación de éstos, la utilización del electromagnetismo, los rayos X, la microscopía, etc., hablan por sí mismo de fenómenos que el ser humano, por simple capacidad de observación, no puede explicarse y mucho menos crear.

La explicación de tales fenómenos y su uso para el bien social o doméstico dependen del conocimiento y dominio por parte del hombre de las leyes objetivas que rigen los procesos del mundo material mecánico, físico, químico.

Lo mismo acaece con la explicación de los fenómenos relacionados con el comportamiento normal y patológico del organismo humano.

¿Cómo podrá el médico explicar y dominar la relación entre los fenómenos del metabolismo, la fisiología de los órganos y de los sistemas? ¿De qué forma interpreta el médico la relación entre los procesos mecánico, físico y químico a nivel de biología humana y cómo podrá medirlos para determinar su compor-

tamiento en los estados normal y patológico? ¿Cuál es la manera que utilizará el médico para establecer la relación causal entre síntomas, signos y las lesiones anatomofisiológicas de los órganos?

No caben dudas, son interrogantes que se responden sobre la base del conocimiento y el dominio de las leyes de la biología humana y de las influencias de las leyes socioculturales en ésta. Para apropiarse de ese conocimiento la capacidad intelectual y cognoscitiva del médico se ha perfeccionado y de esta forma surgen a partir del siglo XIX los estudios teóricos que en la medicina tienen la función de descubrir y explicar las leyes que rigen el funcionamiento de la vida y la salud humana. Esa transformación cualitativa que se ejerce en el aspecto cognoscitivo mental de la medicina, es el reflejo de cambios que se dan en la práctica asistencial médica. Si antes, la labor asistencial tenía por tarea u objeto el de mantener y conservar la vida de los pacientes al asistir sus enfermedades y dolencias, ahora con el surgimiento de las teorías científicomédicas las tareas y el objeto de la medicina se amplían y se hacen más complejas, pues, se instrumentan acciones para corregir la vida de las personas, de regular los procesos vitales y patológicos e incluso de prevenirlos.<sup>3</sup>

Sin dudas que el médico para ejercer su actividad profesional lo hace auxiliado de un equipo de trabajadores; pero es él la máxima autoridad dentro del equipo, es el sujeto activo de salud que tiene la responsabilidad científica, ética, jurídica, o como dicen hoy, bioética, de asimilar cuanto conocimiento contribuya a transformar revolucionariamente el estado de salud del individuo y colectividades humanas. La responsabilidad de la que hablamos está condicionada por el ambiente síquico-emocional del sujeto de salud: motivaciones, voluntad de saber hacer, amor y respeto por su profesión, sentido de justicia, autoevaluación del dominio de su ciencia, son fenómenos psicoemocionales que condicionan y a la vez están condicionados por la formación científico y académica. Unos y otros dialécticamente se conjugan, en lo que hemos titulado la actividad cognoscitiva y mental de la medicina, sin la cual, ésta no sería una actividad conscientemente orientada a una finalidad.

Con frecuencia se escucha a profesionales y a ciudadanos comunes valorar a la medicina como una forma de arte y al médico como un artista que realiza su tarea bajo la influencia de la inspiración.

Antes de aceptarlo debemos observar que en expresiones tales como "el arte de acercarse al paciente", "el arte de emitir un diagnóstico" y "el arte de curar", la palabra arte es usada en el sentido de habilidad, de conocimiento preciso del trabajo, que no se adquieren como dotación genética, sino que requieren vencer un currículum en la institución de docencia médica y mucho estudio.

Dicho de otra manera, cuando más experiencia y preparación tiene un médico más agudos son su olfato, vista y "ojo clínico", cualidades admirables en sí mismas, que no caen del cielo, sino que se forman pedagógica, instructiva y laboralmente.

## LA ACTIVIDAD PRÁCTICA EN LA MEDICINA

Todo cuanto aclaramos al inicio del acápite "La actividad médica como actividad cognoscitiva", es válido para el que nos ocupa ahora.

Todas las formas de actividad constituyen la fuerza material e inteligente mediante la cual los individuos ejercen su predominio transformador, la medicina es una forma de actividad que no se vincula directamente a la esfera productiva; pero tiene un alto peso específico dentro de las profesiones que secundan la esfera de la producción material, pues garantiza la reproducción saludable de la fuerza de trabajo y de la población en general.

A la medicina hay que enfocarla como un eslabón de la cadena social del trabajo y no tras la visión errónea que la considera la madre y la más importante de todas las profesiones sociales.

La medicina, en tanto actividad práctica, posee varias vertientes de realización, se nos ocurre señalar las 3 más importantes:

1. La práctica asistencial o prestación de servicios médicos y de salud para mantener o restaurar la salud o la vida de las personas. Aquí, nos referimos al servicio médico en las distintas instituciones pertenecientes a los niveles primario, secundario y terciario de salud.
2. La práctica de la transmisión y valoración de las actividades asistenciales que comprende el sistema de enseñanza en las áreas preclínicas y clínicas a estudiantes de medicina, médicos y trabajadores de salud.
3. La práctica de la investigación de nuevos conocimientos médico-biológico, socio-higiénico y clínico, las tareas investigativas se dirigen a la etiología, a desarrollar la patogénesis y perfeccionar los métodos y técnicas de diagnóstico y de prevención.

Según *Ilizástigui*<sup>4</sup> las necesidades prácticas de la vida hicieron que surgiera la práctica médica y de ésta un poco más tarde la ciencia médica. Es muy común aceptar que la práctica en medicina tiene una doble connotación, la práctica científica, cuya finalidad es buscar conocimiento en laboratorios utilizando equipos técnicos y auxiliares para complementar la práctica clínica habitual, cuyo fin es curativo y restablecedor de la salud.

Cuando se habla de práctica médica asistencial no podemos reducirla a los marcos estrechos del funcionamiento de un hospital con toda la dialéctica que supone la labor clínica de estudiantes, internistas, especialistas de distintos grados y el personal técnico auxiliar porque la práctica asistencial desborda esos límites al abarcar tareas higienicoprofilácticas promotoras de una correcta cultura de salud en las personas.

La medicina social o familiar representa un salto en la actividad médica, pues se le confiere potencialidades para transformar estilos de vida y tratar los factores de riesgo antes que la enfermedad.

La labor clínica en su expresión práctico individual ha sido calificada de atencional o asistencial y hay quienes reducen el término de medicina a esa labor, negándole el carácter de ciencia para dárselo sólo a la actividad investigativa, que consideran la elaboradora de la teoría médica.

Esa división entre teoría y práctica es errónea, pues, no puede existir una acción concreta material del médico que comprende un sistema de influencias sobre los pacientes sin la previa asimilación de una teoría médica, por ejemplo, para instrumentar una determinada terapéutica, hay que tener conocimientos de patología general y específica, de farmacología, etc. Además, no puede existir investigación teórica en medicina, y por tanto, ciencia médica, si no existe la esfera asistencial de actividad que de validez a los conocimientos adquiridos.

En la filosofía marxista leninista existe una idea muy correcta que señala que la práctica exige diferentes modos de conocer la realidad. Sabemos que la práctica es el criterio máximo de veracidad de los conocimientos y de ella nace la determinación de lo que necesita el hombre para su vida, es decir, a través de la práctica el hombre conoce aquello que posee una determinada significación positiva o negativa para sus intereses, necesidades y objetivos. Por ello, la práctica humana es también la base y la finalidad de los procesos valorativos.

Esta tesis general es válida para la práctica médica en su totalidad, pues, constantemente, se efectúa una actividad valorativa sobre el desarrollo de la misma, a veces da la impresión de que quienes examinan, enjuician y evalúan la práctica médica son sólo los aparatos políticos y administrativos y las instituciones docentes e investigativas, no obstante, existen otras formas de actividad valorativa de la eficiencia del conocimiento médico, de la tecnología médica y del servicio médico realizada por los propios protagonistas de la práctica médica, quienes apoyados en los principios, reglas y normas valoran el beneficio o no de su labor.

Hemos puesto a tu servicio modestos criterios sobre los rasgos generales que peculiarizan a la medicina como tipo específico de actividad no para que los asumas sin críticas; sino para que los valores y ayudes a enriquecerlos con tus estudios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Werner Jaeger "Paideia: Los Ideales de la Cultura Griega" en dos tomos. T. II. p. 792-794.
2. Ibidem p.791.
3. Problemas Filosóficos de la medicina.Tomo III. Editado por el ISCM Victoria de Girón "Artículo: Algunos aspectos metodológicos del desarrollo de la medicina". Autores: Iván Turín y Rafael Castillo.
4. Salud, Medicina y Educación Médica cómo el Dr. Fidel Ilizástigui aborda el problema de la teoría y la práctica en la medicina. p. 63, 64, 94, 95 y 147.



## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Colect. Autores. "Problemas Filosóficos de la Medicina." Tomo III. ISCM, La Habana.
- Flores Rodríguez JL. "¿A qué Bioética aspiramos?". ISCMC.
- Historia Universal de la Medicina. Lain Entralgo. SALVAT Editores S.A en 7 tomos. T. I. p. 4.
- Lain Entralgo P. "Historia Universal de la Medicina" Salvat. Editores S.A. Tomo I y II.
- Sánchez Linares F. "Conferencia Curso de Filosofía Marxista Leninista". Facultad de Superación de Prof. Univ. La Habana. 1988.
- Werner Jaeger "Paideia: los ideales de la cultura griega" Edit. Ciencias Sociales. 1971.

## Los paradigmas médicos: factores de su conservación y cambio

*Dr. Marcelino Pérez Cárdenas*

La consideración de lo social en las ciencias y la práctica médicas cuenta ya con una larga historia.<sup>1</sup> La determinación social del proceso salud-enfermedad, la necesidad de las Ciencias Sociales para su comprensión científica y la consiguiente inclusión de éstas en el *curriculum* de los centros educacionales donde se forman los profesionales de la salud, son propuestas suficientemente avaladas en el plano científico. Sin embargo, paradójicamente, éstas no son de universal aceptación por la comunidad profesional, independientemente de la esfera donde sus miembros desenvuelven su actividad: docencia, investigación, atención o administración de salud. Sería más ajustado a la realidad plantear que lo social "es subvalorado", en oportunidades calificado de "no científico" y junto a ello, también son subvaloradas determinadas concepciones, políticas y acciones de salud que se sustentan en un enfoque social, no obstante la significativa contribución que las mismas puedan brindar a la solución de importantes problemas de salud.

¿Cómo explicar la paradoja de que lo demostrado científicamente no sea de universal aceptación entre los profesionales de la salud, incluso entre aquéllos de alto nivel científico? ¿Por qué no sucede lo mismo con los nuevos fármacos, las nuevas técnicas quirúrgicas o la tecnología diagnóstica y terapéutica de avanzada? ¿Qué de especial tiene entonces el enfoque social en salud para ser aceptado con tanta reticencia. ¿Por qué en nuestra región "en muchas de las instituciones formadoras de personal de salud están totalmente ausentes aún las Ciencias Sociales, o se tienen grandes prejuicios en su contra, o se les permite sólo una presencia marginal y controlada"?<sup>2</sup> ¿Serán factores relacionados con el desarrollo de las propias ciencias implicadas los que explican esta situación o en su conformación influirán también factores de carácter "extracientífico"? Recurramos a la Sociología, la Filosofía y la Historia de la ciencia para intentar dar respuesta a estas interrogantes.

### LA POLÉMICA INTERNALISMO-EXTERNALISMO EN RELACIÓN CON LA DETERMINACIÓN DE LOS FACTORES QUE INCIDEN EN EL DESARROLLO DE LA CIENCIA

La referida polémica surge en la década de los 30 del presente siglo y tiene por objeto la consideración de la relación ciencia-sociedad, la determinación de

si son los factores "intracientíficos" o "extracientíficos" los que determinan el desarrollo de la ciencia. El internalismo, aunque no niega la influencia de factores "extracientíficos" en su desarrollo, la minimiza. De este modo, la ciencia es considerada un sistema cerrado, cuyo desarrollo está determinado, en lo fundamental, por la propia lógica del pensamiento científico. El externalismo, por su parte, subvalora la independencia relativa del conocimiento científico, sobrevalora la influencia de los factores sociales en su desarrollo, y llega incluso a adoptar posiciones del determinismo mecanicista, economicista y de la sociología vulgar.

Si nos atenemos a la concepción marxista de la ciencia, elaborada desde el siglo pasado por los fundadores de esta corriente, la polémica internalismo-externalismo se realiza alrededor de un seudoproblema: considerar los factores sociales como externos a la ciencia significa, aunque se pretenda lo contrario, adoptar una posición similar a la del internalismo. No existen 2 historias de la ciencia, una interna y la otra externa, sino una sola, en que aparecen integrados factores internos y externos. La ciencia es un fenómeno social, un subsistema del sistema de actividad social, que, no obstante contar con determinado grado de independencia relativa, se encuentra orgánicamente vinculado con los demás fenómenos y relaciones sociales, con el resto de las formas de actividad social que integran el sistema en cuestión.

Esta tesis se ha ido abriendo paso, cada vez con mayor fuerza, durante las últimas décadas, ha superado las posiciones extremas del internalismo y el externalismo. La acentuación de los nexos de la ciencia con la producción, la política, la moral y otros fenómenos sociales, ha propiciado este cambio, en particular a partir de la Segunda Guerra Mundial, cuando se aprecia una creciente preocupación por el enfoque social del desarrollo de la ciencia y un retroceso sensible de las posiciones internalistas.<sup>3</sup>

Es en este contexto que aparece la obra de *T. Kuhn La estructura de las revoluciones científicas* (1962). Ella, aunque no supera la polémica internalismo-externalismo, al no lograr rebasar plenamente la posición internalista, constituye un importante hito en esta dirección.

*T. Kuhn*, si bien no alcanza a explicar las fuerzas motrices del conocimiento científico, logra ofrecer una original concepción acerca de su movimiento, de los mecanismos de su transformación y cambio, así como de algunos factores conservativos presentes en este proceso.

Atendiendo al propósito de este trabajo, consideramos pertinente destacar algunos momentos de esta concepción:

- Se sitúa a la "comunidad científica" como sujeto de la actividad científica, con lo cual lo individual y lo social participan en el proceso de determinación de ésta. Las comunidades científicas, al actuar en un momento histórico-concreto, reciben la influencia de las condiciones sociales en que desenvuelven su actividad.
- Introduce el término de "paradigma", y lo caracteriza como "... toda la constelación de creencias, valores, técnicas, etc. que comparten los miembros de

una comunidad dada".<sup>4</sup> Como elemento de tal constelación sitúa las concretas soluciones de problemas que empleadas como modelos o ejemplos, pueden reemplazar reglas explícitas como base de la solución de los restantes problemas de la ciencia normal. El paradigma proporciona a los miembros de la comunidad determinado modo de ver el mundo, determinados patrones conceptuales a partir de los cuales investigar la realidad. Este modo de ver el mundo se conforma bajo la influencia de determinado contexto sociocultural. Este influye, por lo tanto, en el contenido mismo de la ciencia.

- Se señala que el hecho de que las comunidades científicas se cohesionen alrededor de determinados paradigmas, les proporciona cierto aislamiento conceptual y en relación con la estructura de problemas.
- Se destacan, en calidad de factores que influyen en el desarrollo científico, los siguientes: factores socioeconómicos, intelectuales y sociopsicológicos.
- Entre los factores intelectuales se aborda el papel de la filosofía en los períodos de crisis, y se apunta que es en estos períodos "cuando los científicos se vuelven hacia el análisis filosófico como instrumento para resolver los enigmas de su campo".<sup>5</sup> Se valora además el papel de la educación científica, los libros de texto y las publicaciones en la conformación de determinado paradigma. Se reclama la enseñanza de la historia de la ciencia en la preparación del científico.
- Se plantea que durante el período inicial en que un campo nuevo comienza su desarrollo, los conceptos que se despliegan al resolver los problemas están ampliamente condicionados por el sentido común de la época, por una tradición filosófica prevaleciente, o por las ciencias contemporáneas más prestigiosas.
- Entre los factores sociopsicológicos se trata el papel conservativo que desempeña la tradición en la ciencia.
- Se reconoce la existencia de períodos evolutivos (ciencia normal) y revolucionarios (ciencia extraordinaria) en la historia de la ciencia. El tránsito de un paradigma en crisis a otro nuevo se concibe como competencia entre fracciones de la comunidad científica. No obstante concebir este tránsito como un cambio revolucionario, el mismo se presenta como un momento de absoluta discontinuidad en el desarrollo de la ciencia (inconmensurabilidad de paradigmas).

Como antes señalamos, no es nuestro propósito realizar un análisis crítico exhaustivo de las concepciones de este autor en relación con el desarrollo de la ciencia, ni tampoco de los múltiples criterios que en relación con su obra han sido vertidos. En el orden crítico nos limitaremos a señalar el carácter impreciso de su concepción sobre los paradigmas, asociado, entre otras cosas, con el tratamiento superficial de las influencias ideológicas y su interacción con los factores de carácter sociopsicológico en el proceso de conformación y cambio de éstos, el cual es además metafísicamente enfocado al absolutizarse el momento de discontinuidad y negarse el de continuidad.<sup>6</sup>

Más adelante nos detendremos en el análisis de estas cuestiones.

## LOS PARADIGMAS EN LAS CIENCIAS MÉDICAS

En la literatura sobre el tema se aprecian, con relativa frecuencia, imprecisiones, relacionadas a nuestro juicio, con el insuficiente desarrollo de los presupuestos metodológicos para su análisis. Así, se destacan en calidad de paradigmas en las Ciencias Médicas determinadas teorías o determinados conceptos, indistintamente: la teoría de la causa microbiana de las enfermedades infecciosas, postulada por *Koch* y *Pasteur*, es catalogada como paradigma, del mismo modo que lo es el concepto de entidad nosológica.<sup>7</sup> Se asigna también la denominación de paradigma a distintas teorías elaboradas dentro de un mismo campo del saber médico: la bioética, por ejemplo, se considera como "nuevo paradigma en salud," el cual sustituye al viejo paradigma representado por la ética médica tradicional.<sup>8</sup> En el plano histórico, y sin que se expongan los presupuestos teóricos de tal clasificación, se señala la presencia en la historia de la Medicina de 3 paradigmas: el "medicofilosófico", propio de la Grecia Antigua, el "medicoteológico", característico del medioevo y el "medicopolítico", propio de la modernidad.<sup>9</sup>

Este vacío metodológico se intenta llenar apelando al concepto "estilo de pensamiento médico", el cual se caracteriza como de mayor amplitud, que el de paradigma. Con este fin, se propone una estructura del "estilo de pensamiento médico" y se periodiza la historia de este pensamiento al atender a los cambios en su "estilo". Así, se le atribuye una etapa precientífica de desarrollo que concluye con la primera revolución científica en la medicina, la cual se genera a partir de los descubrimientos de *Pasteur*, y una segunda vinculada al surgimiento de la Medicina Social.<sup>10</sup>

Desde nuestro punto de vista, los paradigmas constituyen una muy especial síntesis no a nivel de pensamiento, sino a nivel de conciencia científica, la cual garantiza la necesaria coherencia e integridad, adecuación y poder resolutivo de la actividad profesional en sus diversas esferas. Ésta se forma como resultado de la interacción del conocimiento científico con los factores sociales (económicos, políticos, ideológicos, etc.) actuantes en los marcos de una cultura determinada y se extiende y consolida en la comunidad científica a través de formas y mecanismos sociopsicológicos, y le sirve de orientación en su actividad. Los paradigmas constituyen determinados "estados", relativamente estables y duraderos, que caracterizan la conciencia de una comunidad científica dada.

Los paradigmas comienzan a conformarse como resultado de un descubrimiento que afecta los fundamentos y principios de determinada ciencia y que puede producirse en los ámbitos de alguna de las esferas (especialidades) del quehacer científico. Los factores económicos, políticos, ideológicos, etc. así como aquellas influencias derivadas de la interacción entre distintas especialidades y disciplinas científicas, permitirán la extensión paulatina del paradigma en cuestión a las distintas esferas de la ciencia dada, se fija en las comunidades científicas, como antes planteamos, a través de formas y mecanismos de carácter sociopsicológico.

Compartimos por ello, la concepción que vincula las revoluciones científicas con los cambios que se operan en los sistemas suprateóricos, formados por varias teorías unidas por un sentido ideológico común a los que se denominan "sistemas conceptuales".

Las etapas de desarrollo normal de la ciencia se corresponden, según esta concepción, con el desarrollo extensivo de estos sistemas conceptuales. Mientras, en su interior, se producen cambios intensivos a nivel de conceptos y teorías científicas. Estos cambios preparan el camino para la siguiente revolución científica.<sup>11</sup>

Los presupuestos metodológicos establecidos nos permiten concluir, que los cambios que se producen a nivel de conceptos o teorías, con excepción, en el caso de estas últimas, de aquéllos que provoquen una ruptura de los "sistemas conceptuales", no constituyen un cambio de paradigma.

Así, la teoría de la causa microbiana de las enfermedades infecciosas representó el advenimiento del paradigma biologicista. En cambio, el concepto de entidad nosológica no es más que el resultado de la extensión de dicho paradigma al campo del diagnóstico médico. Algo similar sucede con el llamado "paradigma bioético". La Bioética debe considerarse como la extensión del paradigma medicosocial a la esfera de la Ética Médica.

Coincidimos por ello con aquellos autores que reconocen la existencia de 2 grandes revoluciones en las Ciencias Médicas: la que dio lugar al paradigma biologicista cuyas proposiciones paradigmáticas han sido ampliamente examinadas<sup>12</sup> y una segunda, aún en curso, generadora del paradigma medicosocial.<sup>13</sup>

La extensión de este último, se ha visto obstaculizada por diversos factores, tanto de carácter "intracientífico", como "extracientífico". Ello explica que algunos de sus representantes, ante dificultades que parecen insalvables, recurran a posiciones conciliadoras, de compromiso, válidas en política, pero ajenas a la ciencia. La justificación "científica" de tales posturas se remite con frecuencia a la necesidad de evitar posiciones metafísicas, unilaterales, sociologizantes, en relación con problemas metodológicos centrales como el de la correlación de lo biológico y lo social en el hombre y el de la determinación del proceso salud-enfermedad, las cuales, si bien han tenido lugar, no han sido predominantes entre los representantes de este paradigma.

Así, el reconocimiento de la "esencia" social del hombre se acompaña en oportunidades, de reflexiones acerca de su "naturaleza" biosocial, sin previa delimitación de los contenidos de ambas categorías y su correlación.<sup>14</sup> Ello es fuente de variadas interpretaciones, la más difundida de las cuales es la que tiende a la simplificación del problema: el hombre es un ser biosocial (o biopsicosocial). La orientación ecléctica, de corte estructural-funcionalista de la misma, constituye una renuncia tácita al tratamiento genuinamente científico de éste, expresada en la negativa implícita a la determinación de esencias consustanciales a la ciencia.

En relación con el problema de la caracterización del proceso salud-enfermedad se propone, previo reconocimiento del carácter social del mismo, que los procesos biológicos no queden fuera de la consideración de su esencia.<sup>15</sup>

Reflexiones de esta naturaleza pueden servir de fundamento a propuestas en relación con la conformación de un nuevo paradigma en las Ciencias Médicas: el biosocial (o biopsicosocial), que se considera sintetiza y supera las posiciones, asumidas como incompatibles, de los paradigmas biologicista y medicosocial.

Sin embargo, el paradigma medicosocial, no obstante las lógicas insuficiencias en su conformación, no es, con el empleo de la terminología kuhniana "inconmensurable" en relación con el biologicista. El primero representa un estadio superior de la conciencia médica que incluye como momentos superados los elementos del conocimiento y el quehacer biomédico en que se sustenta este último. En relación con ello, es necesario reconocer que aún estas cuestiones esperan por una elaboración teórica más precisa y profunda.

Por otra parte, la extensión del paradigma medicosocial se asocia por lo general, aunque erróneamente, al proceso de "complementación" del conocimiento biomédico, con los conocimientos que brindan las Ciencias Sociales. Su pobre desarrollo -se señala- les impide realizar aportes sustanciales a la solución de problemas concretos de salud, lo cual explica el escepticismo con que son valorados por los profesionales de la esfera.

Sin embargo, la relevancia de los aportes que ya se registran rebasan con creces los marcos de la "complementación" y acerca las Ciencias Sociales al lugar cimero que deberán ocupar en la comprensión y solución de los problemas de salud. Ejemplo reciente lo constituye la investigación "Programa de Educación en Diabetes. Evaluación de su impacto en la calidad de vida del paciente diabético adulto". En ella se integran principios y métodos de la Filosofía, la Sociología, la Psicología y la Pedagogía, los cuales se aplican a la solución de un problema concreto de salud (diabetes mellitus), con resultados altamente satisfactorios en el mejoramiento de la calidad de vida del paciente diabético, como consecuencia de su inserción en el programa educativo propuesto:

1. Disminución del sobrepeso corporal y las complicaciones agudas (cetoacidosis e hipoglicemia).
2. Obtención de cifras de buen control metabólico con menos cantidad de insulina o drogas hipoglicemiantes.
3. Disminución de los estados depresivos y sentimientos de minusvalía.
4. Aumento de los sentimientos de independencia y responsabilidad ante la enfermedad, todo lo cual se tradujo en disminución de los ingresos hospitalarios por descompensación metabólica y normal desarrollo de la actividad social.<sup>16</sup>

Su alto valor social determinó que en 1993 se diera inicio al proceso de introducción del programa en el Sistema de Atención Primaria Cubano. Pero su significación rebasa los marcos del tratamiento de esta enfermedad: los principios y metodología en que se sustenta son aplicables a la elaboración y evaluación de programas similares para el resto de las enfermedades no transmisibles

que afectan a nuestra población y que son causa, junto a los accidentes, de más del 70 % de los fallecimientos que ocurren en el país.<sup>17</sup> Resta aún destacar otro no menos importante aporte de esta investigación: su orientación paradigmática. La adecuada utilización de este elemento, brindado por ésta y otras investigaciones similares, reportaría significativos dividendos en la extensión del paradigma medicosocial. Más adelante volveremos sobre esta cuestión.

Por último, la extensión del paradigma que nos ocupa se ha visto obstaculizada por la orientación positivista predominante en los medios profesionales de la esfera donde se prestigia en demasía el conocimiento, y se desconoce o minimiza la importancia de los valores.

Así, al recomendarnos médico para nuestra atención, los propios profesionales de la salud nos hacen admonición similar a la que Santa Teresa hacía a sus monjas sobre la elección de director espiritual: "Búsquenlo sabio y santo; si estas dos cualidades no están juntas, prefieran el sabio al santo; con el sabio tienen por lo menos luz en el camino."<sup>18</sup>

Esta admonición, que en su época fue expresión de una corriente de pensamiento progresista, extrapolada a la actividad científica y profesional en general, y en particular a la que tiene lugar en la esfera de la salud, resultaría hoy, después que la humanidad hubo de transitar por los horrores de la Segunda Guerra Mundial y se indigna ante la revelación de casos de experimentación con seres humanos, realizada sin el consentimiento de éstos y carente de los más elementales principios éticos, reaccionaria y ajena por completo a la concepción auténticamente humanista de la ciencia.

Sin embargo, en la práctica cotidiana de salud prestamos más atención al "hacer", que al "ser" profesional.<sup>19</sup> Este último sólo ocupa primeros planos en situaciones conflictivas de tipo moral, legal u otras. La formación pregraduada y posgraduada no logra superar esta insuficiencia: los esfuerzos fundamentales se dirigen a preparar al estudiante en el "cómo hacer", y es a la postre el "cómo ser", no obstante aspiraciones en sentido contrario, un resultado espontáneo, un subproducto del proceso de asimilación de conocimientos.

De este modo, el estudiante en el proceso de su formación se va impregnando de la psicología profesional, en particular de aquellos rasgos que caracterizan a los profesionales que laboran en los hospitales, lugar donde tiene lugar la mayor parte de su preparación. Adopta las formas de pensamiento y conducta allí prevalecientes, reproduce en sí "un determinado modo de ser profesional", se incorpora a la "corriente", queda atrapado en el paradigma dominante.

Como resultado se reproducen, junto a rasgos positivos, otros de carácter negativo en la personalidad del profesional de la salud: éste no conversa suficientemente con el paciente, no oye sus problemas, no lo atiende integralmente; su capacidad de entrega y sacrificio no siempre nos satisface; las políticas de orientación medicosocial no logran cumplir plenamente sus objetivos, como consecuencia, entre otros factores, de la actitud de los profesionales hacia las mismas; los procesos de deshumanización presentes en la medicina contemporánea constituyen una amenaza latente contra la cual aún no estamos suficientemente protegidos.



Todo ello repercute en la eficiencia de los servicios, limita su incidencia real en la solución de los problemas de salud y genera determinado grado de insatisfacción de los usuarios en relación con la gestión de éstos.

Evidentemente, la solución del problema no depende de la elevación del nivel técnico del profesional, del desarrollo de nuevas habilidades o del perfeccionamiento de las que posee, sino del fomento de nuevas actitudes, de la modificación de su "modo de ser profesional" en el sentido de su aproximación a determinado ideal de "ser profesional", caracterizado hoy, en sus rasgos más generales, por ... "una especial curiosidad por la naturaleza y una irrenunciable vocación de servicio", por la convergencia en él de ... "ciencia y humanismo", por el ... "amor al ser humano".<sup>19</sup>

En este empeño, la penetración de lo social en las ciencias y la práctica médica resulta decisiva. Pero el reflejo de lo social no se circunscribe a su reflejo en las Ciencias Sociales, no obstante su doble carácter: teórico-cognoscitivo e ideológico valorativo.

Éstas deben ser apreciadas tanto por sus aportes al "hacer", como por su contribución a la conformación del "ser" profesional. Este último, sin embargo, es el resultado de influencias e interacciones más complejas.

## LOS FACTORES IDEOLÓGICO Y SOCIOPSICOLÓGICO DEL CAMBIO DE PARADIGMAS EN LAS CIENCIAS MÉDICAS

La ideología, controvertido concepto en relación con el cual son cada vez más frecuentes los llamados en pro de su destierro del lenguaje científico, es frecuentemente identificada con sus formas políticas de expresión. Sin embargo, medio de expresión de la misma lo son también las restantes formas de conciencia social: jurídica, moral, artística, religiosa, filosófica, ecológica, etc. en cuya conformación ésta participa.

La ideología es el resultado de una de las vertientes de la producción social -la producción espiritual-, cuyo fin es la producción del vínculo social, de las relaciones sociales entre los hombres, de forma ideal, como formas sociales de conciencia.<sup>20</sup> El vínculo social se proyecta en la ideología mediante la presentación de determinado interés particular (de grupo), en forma de interés general (de toda la sociedad), alrededor del cual puedan nuclearse otros grupos sociales.

De este modo, la ideología ... "actúa como el más importante de los factores de regulación de la actividad de los grupos sociales en la sociedad. Ella sirve de medio fundamental de formación de comunidades psicológicas a escala de los grupos sociales y de toda la sociedad, e influye con ello, de modo decisivo en el proceso de transformación del sistema de relaciones sociales..."<sup>21</sup>

Las comunidades científicas -y profesionales en general-, no están al margen de estos procesos. Así, las concepciones y actividad de aquéllas constituidas en el sector de la salud en particular, se encuentran ideologizadas, tanto las que responden al paradigma biologicista, como al medicosocial.<sup>22</sup> La diferencia

entre unas y otras estriba en su orientación ideológica, en el modo en que lo social es asumido por éstas.

No obstante, el paradigma biologicista adopta en apariencia posiciones totalmente desideologizadas, genuinamente científicas, auténticamente humanistas. Sin embargo, la subvaloración de lo social que lo caracteriza, lleva implícita, se tenga o no conciencia de ello, una posición ideológica definida: exonerar al sistema de relaciones sociales, en todo o en gran parte, de su vínculo genético con los problemas de salud que afectan a determinada sociedad significa adoptar la ideología dominante, certificar desde el punto de vista profesional la validez del proyecto de relaciones sociales en cuestión, asumirlo como propio.

El proyecto de desideologización profundamente ideologizado que promueve el paradigma biologicista lo inhabilita para aportar la plena científicidad y humanismo a que aspiran las Ciencias Médicas, porque además de contradecir hechos científicos probados, no parte del reconocimiento de que "los valores universales y los intereses humano-generales existen no en abstracto, sino de manera concreta, ligados y a través de otros valores e intereses menos universales, regionales, nacionales, clasistas".<sup>23</sup>

La concepción del "fin de las ideologías" conduce a la formulación de un humanismo abstracto, con pretensiones de máxima universalidad,<sup>24</sup> que limita la proyección humanista real de las ciencias y la práctica médica en los distintos contextos socioculturales en que se desenvuelven.

Por ello, el factor ideológico del cambio de paradigmas en las Ciencias Médicas, en lo que al contenido de la ideología concierne, se concreta por un lado, en la asunción consciente y abierta de aquellos proyectos ideológicos orientados, en las condiciones historicoconcretas dadas, hacia la construcción de relaciones sociales desenajenantes, y por otro, en su proyección activa en el plano ideológico, al promover, desde su perspectiva profesional específica, la participación de las distintas instancias del todo social en la construcción de tales relaciones sociales, previa demostración científica de los momentos no sanogenéticos, nocivos de las existentes y, consecuentemente, de la necesidad de su modificación.

Al contrario de lo que suele pensarse, esto potenciaría la científicidad y humanismo del paradigma medicosocial frente al biologicista, y contribuiría al proceso de su desplazamiento.

Las distintas formas de expresión de la ideología pueden constituirse también en factores de dicho proceso. La interacción con las formas valorativas de la conciencia social, su penetración profunda en las ciencias y la práctica médica, posibilita el enfoque integral de la salud del que adolece el paradigma biologicista, lo cual elevaría la calidad de la atención médica y los niveles de satisfacción de la población con ésta, al tornarla más científica y humanitaria. Ello presupone el logro de similar resultado en relación con la conformación del "ser" profesional.

Por último, los medios de la actividad ideológica son parte inalienable del factor ideológico del cambio de paradigmas en las Ciencias Médicas. La activi-

dad científica, como cualquier otra forma de actividad humana, presupone la actividad comunicativa, la difusión de conocimientos y valoraciones, el intercambio de resultados y formas de actividad. Por ello, la propaganda no sólo es compatible con la actividad científica, sino que le es indispensable. Nos referimos, desde luego, a la auténtica propaganda científica, orientada a la difusión del reflejo veraz de la realidad y no a la manipulación de conciencias, asumida por tanto, como relación sujeto-sujeto, nunca como relación sujeto-objeto. La propaganda científica así concebida, puede actuar como importante elemento impulsor del cambio de paradigmas en las Ciencias Médicas. Pero el factor ideológico sólo puede actuar en calidad de tal, en interacción dialéctica con el factor sociopsicológico. El cambio de paradigmas constituye un cambio no a nivel de pensamiento o de conocimiento, sino a nivel de conciencia médica, lo cual supone un cambio de actitudes de los profesionales en relación con los fenómenos de salud, transformaciones profundas en su psicología profesional. El ejemplo es el mecanismo sociopsicológico más importante en este proceso.

La difusión de la ideología es condición necesaria, pero no suficiente, para la modificación de actitudes. Se requiere su asimilación efectiva y ello sólo es posible si la misma se objetiva a través de la actividad de determinados hombres e instituciones y ésta a su vez sirve de modelo inspirador para la actividad de otros, se extiende así a toda la comunidad profesional y se fija en su conciencia a través de diversas formaciones sociopsicológicas.

Constituyen ejemplos a imitar los profesionales en activo e insignes personalidades de la historia de las Ciencias Médicas cuyo modo de ser profesional más se aproxima al ideal de "ser" profesional a que aspira el paradigma medicosocial; los miembros de la comunidad, grandes personalidades y religiosos de distintas denominaciones que se destaquen por su entrega y dedicación al cuidado de la salud de las personas; las instituciones de salud, religiosas, de la comunidad e instituciones sociales en general, con una ejecutoria relevante en la realización de acciones de salud de inspiración medicosocial. El contacto sistemático, directo, vivido y en especial la participación, cuando esto es posible, en la actividad de estos hombres e instituciones, constituyen requisitos insustituibles para que la multiplicación del ejemplo tenga lugar.

Los factores apuntados no pueden por sí mismos promover a primeros planos el paradigma medicosocial. Ellos actúan en estrecha conexión con el factor político y su significación en este proceso se torna decisiva sólo en presencia de éste.

Las necesidades sociales que en última instancia determinan la transformación de la conciencia y la práctica científica, las cuales surgen y se desarrollan en la práctica social, son, en el mundo contemporáneo, recepcionadas en primer lugar por la política y sólo después y a través de ella, por las comunidades científicas. "En nuestros días la práctica científica se debe a políticas que se definen fuera de sus límites. Ella responde entonces a un acto de opción, prioridad y sentido que promueve -o no- en determinadas direcciones -o en otras- el crecimiento, la asimilación, difusión y aplicación del conocimiento. En la base de la organización de la actividad científica se encuentran definiciones de claro matiz político..."<sup>25</sup>

Las políticas de salud en particular, influyen significativamente en el proceso de transformación de la conciencia y práctica de las comunidades del sector. La política científica, de formación de recursos humanos y de atención en salud están entrelazadas dialécticamente y en su conjunto constituyen un importante factor del cambio de paradigmas en las Ciencias Médicas, del cual depende en gran medida la eficacia de la acción de los factores ideológico y sociopsicológico.

Corresponde a la política científica en salud promover a planos superiores las investigaciones de carácter medicosocial. En particular, la difusión de sus resultados a través de los distintos canales de comunicación sociales, en comparación con la que reciben los de las investigaciones biomédicas es pobre. Las investigaciones científicas en salud son además, la fuente que alimenta las transformaciones en el proceso de formación de recursos humanos en salud. La orientación paradigmática de éstas, por lo tanto, puede contribuir a que dicho proceso actúe como medio de reproducción de uno u otro paradigma.

La política de formación de recursos humanos en salud debe orientarse a la modificación de algunas importantes variables que intervienen en este proceso:

1. Personal docente: necesidad de influir sobre su orientación paradigmática con el propósito de aproximar su modo de ser profesional al ideal de "ser" profesional, propio del paradigma medicosocial. Estos aspectos deben también tomarse en consideración en el proceso de selección de nuevos docentes.
2. Literatura docente: entre los criterios para su producción y adquisición debe incluirse el de su orientación paradigmática, y favorecer aquélla caracterizada por el enfoque integral de los problemas de salud que distingue al paradigma medicosocial.
3. Escenario docente: donde sea posible y en la medida de lo prudente debe propiciarse su desplazamiento desde los hospitales, bastión del paradigma biologicista, hacia el sistema de atención primaria y la comunidad.
4. Plan de estudios: necesidad de promover el incremento del peso específico de lo social en el *curriculum*. Ello puede realizarse a expensas de la introducción de disciplinas sociales no contempladas en el mismo o del incremento del tiempo dedicado a su impartición. Pero la vía fundamental no es ésta, sino la de la orientación social de todas las disciplinas que conforman el plan. En la enseñanza de las asignaturas biomédicas y clínicas, lo filosófico, sociológico, histórico, ético, estético, ecológico, etc. es cuando más objeto de tratamiento superficial, marginal. La enseñanza de posgrado presenta similares carencias y debe reorientarse su desarrollo en la misma dirección.

Por último, la política de atención de salud debe proyectarse hacia la realización de una labor efectiva de promoción, en particular, por el subsistema de atención primaria. Los canales de comunicación social están llamados también a desempeñar un importante papel en la consecución de este objetivo.

Sería una ilusión sociológica esperar que sin la concurrencia de otros factores y condiciones sociales de índole económica, relacionados con el desarrollo de la salud y los servicios de salud, etc. el paradigma medicosocial pueda constituirse en dominante. Este es un proceso complejo en el cual también intervienen factores relacionados con el desarrollo del conocimiento científico en general y médico en particular.

El calificativo de "extracientíficos" otorgado a los factores sociales en su conjunto, responde al hecho de que éstos aún no han sido asimilados conscientemente por las Ciencias Médicas como factores de su desarrollo. Ellos son inherentes a éstas en la misma medida en que lo son los llamados "intracientíficos". El vínculo con su desarrollo no es, en ningún caso, un vínculo externo. Al biologicismo debemos la difusión de esta apreciación internalista, cientista, del desarrollo de las Ciencias Médicas.

Pero si bien es cierto que "sin ciencia no hay conciencia...", también lo es el hecho de que..." no es viable la ciencia sin conciencia". Por ello, "es preciso, hoy más que nunca, que el científico haga la ciencia a conciencia".<sup>(26)</sup> Las Ciencias Médicas deberán recorrer el camino que les permita liderar el proceso creciente de socialización de la salud que caracterizará al próximo siglo, expresado, entre otras cosas, en el desplazamiento progresivo del protagonismo en salud de los hospitales, hacia el sistema de atención primaria y de éste y por su medio al individuo, la comunidad y la sociedad en su conjunto. La sustitución definitiva del paradigma biologicista por el medicosocial será la respuesta lógica a necesidades sociales -y de salud en particular- que habrán alcanzado su plena madurez. La genuina científicidad y auténtico humanismo que dimanen de los enfoques integrales de la salud que lo distinguen, serán la mejor garantía de su capacidad para satisfacer dichas necesidades. La asunción consciente de lo social por las Ciencias Médicas y su penetración cada vez más profunda en éstas, posibilitará el tránsito de las mismas a un escalón superior de su desarrollo: el de conciencia médica, vertiente especializada de la conciencia salubrista que ocupará un destacado lugar en la estructura de la conciencia social de las sociedades futuras, determinado por el papel que a la misma corresponderá en el proceso de humanización progresiva del sistema de relaciones sociales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Ochoa F. Teoría y Práctica de la Medicina Social. En: Boletín del Ateneo "Juan César García". Representación de la OPS/OMS en Cuba. La Habana 1(1): octubre, 1993: 4-24. García JC. Medicina y Sociedad: las corrientes de pensamiento en el campo de la salud. En: Pensamiento social en salud en América Latina. OPS, México, 1994: 32-57.
2. Franco S, Ferreira JR. Las Ciencias Sociales en la formación del personal de salud. En: Revista Educación Médica y Salud. 26(1) enero-marzo, 1992: 1.
3. Núñez Jover J. Interpretación teórica de la Ciencia. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, 1989: 85-148.
4. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. Fondo de Cultura Económica. México, 1982: 269.

5. Op. cit. en 4: p.143.
6. Kedrov B. Lenin y las revoluciones científicas. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, 1989.
7. Rodríguez Rivera L. La entidad nosológica: ¿un paradigma?. En: Problemas Filosóficos en la Medicina-Coloquio T-3. ISCM-H, 1986: 169, 172.
8. Tealdi JC. La enseñanza de la Bioética como nuevo paradigma en salud. En: Temas de Bioética (manuscrito).
9. Mainetti JA. Ética Médica. Introducción histórica. Editorial Quirón, La Plata, 1989.
10. Departamento de Filosofía ISCM-Camagüey. Aproximación a la conceptualización del estilo de pensamiento médico. Las revoluciones científicas en la Medicina y el estilo de pensamiento médico (manuscrito).
11. Pechenkin A. Desarrollo intensivo y extensivo del conocimiento científico. En: Investigaciones soviéticas sobre historia de la ciencia. Editorial de Ciencias Sociales, Moscú, 1979.
12. Rodríguez Rivera L. Comprensión de la esencia social del ser humano para la solución de los problemas de salud. Fernández Sacasas JA. La relación médico-paciente en el sistema de salud. En: Filosofía y Medicina. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1989: 130-148, 164-179.
13. Op. cit. en 1.
14. Ramos BN, Alderegüfa J. Medicina social y Salud Pública en Cuba. Editorial Pueblo y Educación, 1990: 15
15. Araujo GR, Borroto CR. El problema de la determinación del proceso salud-enfermedad. Análisis crítico para su evaluación. ISCM-H: 11-12.
16. García González R. Programa de educación en diabetes. Evaluación de su impacto en la calidad de vida del paciente diabético adulto. Síntesis de la tesis presentada en opción al grado científico de Doctora en Ciencias Sociológicas. Ciudad de La Habana, 1994:15.
17. MINSAP. Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana (1992-2000). ECIMED. La Habana, 1992: 4.
18. Velez Correa. La Ética médica. Interrogantes acerca de la Medicina, la vida y la muerte. CIB. Medellín, 112.
19. Césarman E. Ser Médico. Edición de la lectura de ingreso a la Academia de Ciencias Médicas del Instituto Mexicano de Cultura. MA Porrúa. Librero-editor, México, 1991: 53.
20. Tolstoj VI. La producción espiritual. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1989: 120-140.
21. Pérez Cárdenas ME. La ideología social: significación de su comprensión científico filosófica para el desarrollo de la actividad ideológica. Trabajo presentado a la V Conferencia Científica Metodológica de Marxismo-Leninismo. Santa Clara. ISCM-VC. 1988: 22-23.
22. Rojas Soriano R. Crisis, salud-enfermedad y práctica médica. Plaza y Valdés Editores, México, 1990: 145-150. Op. cit. en 8 y 13.
23. Fabelo Corzo JR. Valores universales y problemas globales. En: compilación de temas para la asignatura Filosofía y Salud (2da parte) MINSAP, 1994: 419.
24. Mainetti JA. La transformación de la Medicina. Editorial Quirón, La Plata, 1992: 9-13.
25. Núñez Jover J. La ciencia y sus leyes de desarrollo. En: Problemas sociales de la ciencia y la tecnología. Editorial Félix Varela, La Habana, 1994: 21-22.
26. Polaino-Lorente A y otros. Manual de Bioética General. Ediciones Rialp, S.A., Madrid, 1994: 39

## Las doctrinas Médicas

*Dr. Antonio de Armas Vázquez*

Al referirnos a la medicina y su historia, pudiéramos también comprender el de ciencia y de filosofía, si queremos examinar la sucesión de enfoques, métodos y principios que se conjugan, aunque existan otros muchos ángulos de esa relación que sólo abordaremos en la medida en que sean necesarios para el enfoque de lo que llamaremos de las "doctrinas médicas".

Adoptamos este término para expresar de modo más claro, algunas particularidades de la medicina y lo que entraña su ejercicio, cuando intenta normar y controlar un problema tan complejo y relativo como la salud de los individuos en una sociedad determinada. Esto es, nos parece más adecuado hablar por tanto de doctrinas al referirnos a la medicina que al de otras ciencias porque por doctrina se entiende un cuerpo de afirmaciones solidarias y a la vez un sistema organizado de ideas, que "al insistir en el aspecto afirmativo de esas aseveraciones, se le añade una creencia inherente a su verdad".<sup>1</sup>

Una doctrina representa un sistema fortificado por elementos afectivos que lo hacen claramente rebelde a todo cambio, intocable por toda crítica. Se pudiera aseverar que figura como una opinión o sistema de opiniones que comúnmente profesan la mayoría de los autores que han escrito sobre una misma temática, a partir de elementos tenidos por científicos hasta ese momento.

Lo doctrinario de cualquier enfoque o modo de concebir la salud y las enfermedades, únicamente puede ser abordado desde diferentes ángulos y con un carácter transitorio, cuyo nivel de veracidad y certeza hace funcional su papel social.

Sin embargo, el hecho de habernos educado en que la ciencia constituye un conjunto de conocimientos objetivos; es decir de categorías, leyes, fórmulas y métodos que son atesorados de forma universal y acumulados, nos conduce a negar su carácter cambiante y grados de relatividad.

La ciencia como forma de la conciencia social, como saber o como institución entre otras manifestaciones, nos hace percatarnos que como un producto histórico, reviste formas y contenidos muy distintos según la época histórica, civilización o cultura, por lo cual se manifiesta susceptible a diversas interpretaciones en correspondencia con los principios de razonamiento que se adopten.

Alrededor de estos últimos, es esencialmente importante para nuestro ulterior análisis delimitar el papel que juegan éstos -incluyendo de cuáles partimos.

Porque quienes conciben a la historia y la recrean al enunciarla como crónica de los descubrimientos, no siempre se detienen en el concepto de ciencia que van a sostener durante distintas épocas, ni en el alcance limitado de ésta. Llegan a establecer líneas historiográficas capaces de "orientarnos" de acuerdo con una lógica que nos propone el autor.

Hay otro modo, además de representarnos la historia de la ciencia cuando nos detenemos a fundamentarla desde sus propios puntos de partida, de cómo catalogarla como realidad histórica que se transforma continuamente.

La primera línea historiográfica es la más común y en ella convivimos hasta el extremo de no tener en cuenta que una cosa es valorar un hecho científico y otra, la de ejercer una valoración sostenida de los sucesos observados por una ciencia a lo largo de toda su trayectoria; con la consiguiente variación de perspectivas metodológicas, exigencias sociales y clima cultural en general.

En la primera vertiente se inscribe la mayor porción de las historias de las medicinas, como la conocida *Historia Universal* del médico, historiador y filósofo *Lain Entralgo* que bien nos sirve para ilustrar lo que examinamos si nos ajustamos a los problemas que se derivan de su exposición. La historia que nos propone dividida en 2 eras: la pretécnica y la técnica, nos induce a un principio que luego rige en toda sus ordenaciones valorativas.<sup>2</sup> La era técnica la distingue en antigua y moderna, y sobre esa base, establece como eje de coordenadas la interpretación del desarrollo de la medicina como ciencia hasta nuestros días.

El plan de una obra así delineado, nos invita a aceptar sus propios principios, sobre los cuales recibe coherencia interna el decursar de los hechos, conceptos, teorías y etapas. Pero este paso inicial -casi obligado- de programación de la exposición de la historia de una ciencia, olvida que cada versión pretende hacer referencia a una lógica especial, circunstancial que de continuo varió y a la cual no podemos seguir desde un solo punto de vista. Lo contrario radica en la adopción de una lógica inmanente o de cierto objetivismo cuando en la realidad histórica no existió una sola Lógica, que ahora podamos describir con un sentido del todo congruente.

No tomar en consideración este aspecto nos lleva a errores.

La técnica o descubrimientos espectaculares, como se les muestra, no son los que producen los saltos en la medicina solamente, del mismo modo que el uso de la pólvora en la Edad Media, no fue a la que podemos adjudicar los cambios en el arte de la guerra.<sup>3</sup>

Una cuestión es atender el reclamo de valoración de las épocas al tomar en cuenta entre los distintos factores a la técnica y otra cosa es tomarla como punto central.

Otro ejemplo común de lo que ocurre en la etapa actual de finales de siglo, está referido a la tecnología médica, que se ubica como punto de articulación aún de forma más convincente, para correlacionar el avance progresivo de los conocimientos y de las prácticas médicas. Hay autores que llegan por esta vía a la afirmación de que la "medicina científica" está indisolublemente ligada a la historia del capitalismo, lo que remite obligatoriamente a una comprensión del significado de la actual tecnología médica, según ese punto de vista.<sup>4</sup>



Desde luego, todo resulta funcionable si nos limitamos al escenario que nos proponen, como el de la Europa Occidental, sus influencias en el mundo colonial y EE.UU; pero a la hora de evaluar otros períodos de estas mismas civilizaciones, nos son capaces de evitar que el marco de referencias se distorsione. Se pierden las contribuciones reales de las medicinas diferentes o paralelas en cuanto a sus conceptos y prácticas, así como en el grado en que contribuyen, no tanto a curar enfermedades como a preservar la salud. En este ángulo es donde se aprecia el grado de las congruencias de esas medicinas distintas con las definiciones sobre la naturaleza, el hombre y la sociedad en que se hallan, lo que implica cierta validez científica también.

En las medicinas comprendidas como no científicas existe un concepto totalizador de la enfermedad, un tratamiento sistematizado, cuentan con una noción de causa, apelan a tratamientos empíricos de las plantas medicinales y técnicas específicas, como a recursos psicológicos. Incluso se encuentran hasta prácticas más avanzadas con respecto a lo que se nos explica científicamente como la relación médico-paciente, que por otras medicinas se logra sobre la base de una comunicación social más efectiva en algunas direcciones.

Si cada una de las medicinas o de las doctrinas médicas, tienden a articularse con las condiciones sociales, económicas y culturales de los pueblos y regiones donde prevalecen, esto crea una constante metodológica que no es posible sustituir por uno de los últimos períodos de cualquier historia, por convencional que la encontremos. En el caso de los países capitalistas, de hecho, se abren varias vertientes que modelan distintos usos y tendencias de la medicina que se tienen por oficial; cuando la realidad es conformada por una red de servicios que le otorgan distintas formas concretas de aplicación social.

Una propuesta interesante que serviría para ampliar lo que se quiere significar en relación con la tecnología médica, sería analizarla como proceso dentro del cual identificamos a las técnicas, como sistemas de acciones y no sólo con los instrumentos y conocimientos en que se basan.<sup>5</sup> Después de todo resultarían inegables, aunque por el momento poco estudiadas, las diferencias que existen entre los conocimientos científicos y el de la técnica; que se remiten directamente a los resultados de la actividad humana.

Tener que valorar las acciones médicas para quienes van dirigidas, abre el espectro de una interpretación mucho más consecuente e integral, porque además de los instrumentos y conocimientos técnicos y científicos con que se aplican, existen otros criterios de eficiencia, utilidad, tradiciones, normas y valores culturales que terminan por completar el cuadro real en el que se desenvuelven. Lo que sucede por la misma razón que un medicamento limitado por lo alto de su costo, servicio o recurso de cualquier otro tipo; tradiciones, costumbres o creencias, sólo representa un relativo avance para la medicina.

¿Qué podría considerarse como progreso de las ciencias médicas?

Para apreciar con criterios concretos una etapa de la medicina en sus elementos científicos, es necesario que abordemos varios aspectos del problema a la vez, dado que permanece la contradicción entre el que toma por objeto de

la medicina a la enfermedad de acuerdo con la entidad nosológica y el diagnóstico, mientras por otra parte se trata de insistir en la prevención y administración de la salud a un mismo tiempo.

## RACIONALIDAD EN LAS MEDICINAS

La racionalidad de una ciencia en particular (como de cualquiera de sus etapas), no es común a otros campos del saber humano, por la razón de que los principios de racionalidad cambian de acuerdo con el observador y su actividad social. De tal modo junto a los principios de racionalidad científica, se le añaden los de racionalidad práctico-utilitaria, creencial y de la realidad social (moral, económica, burocrática o utópicas). En un plano más general de su significado y explicación el concepto de racionalidad se inscribe en una familia de conceptos cercanos a los de conocimiento, justificación, saber y verdad. También pudiéramos decir otro tanto para los principios si lo analizamos en calidad de hipótesis.<sup>6</sup> En este caso estamos en presencia de proposiciones generales que ayudan a cristalizar y organizar un pensamiento que se construye sujeto a posterior valoración. Precisamente por eso se considera que los científicos adquieren nuevos conocimientos mediante la enunciación de hipótesis que abren el camino a nuevas teorías, que en los casos de la medicina como de la salud en general se renuevan de continuo por la impronta de muchos factores.

Como a su vez todo acto racional requiere la aceptación de ciertas presuposiciones basadas en la observación e interpretación de la realidad y se hacen necesarias para el pensar científico que las somete a revisión; encontramos que "la lógica especial del objeto especial" estudiado nos recrimina el hecho de que la tomemos como principios absolutos. Su función de hipótesis, revela que la misma apreciación afirmativa puede resultar válida en ciertos contextos y para determinados fines, aunque sean falsas en otros casos de culturas que partan de niveles de desarrollo diferentes en lo técnico, político o económico.

La división en períodos de la historia, por zonas geográficas, escuelas y disciplinas, figuran igualmente como hipótesis válidas porque nos ayudan a ordenar y clasificar todo el material fáctico y a tratar de este modo, descubrir una determinada lógica histórico-concreta. Ahora bien, la interpretación de los hechos que se derivan de la adopción de cada una de ellas es discutible, sobre todo porque la generalización a la que nos conducen los estudios históricos está relacionada con las lecciones que enseña la historia, a qué concebir como progresos del saber humano. Esta es la razón por la cual no podemos aceptar que exista una sola Historia y menos de la Medicina, que nos deba interesar. En un plano metodológico, todavía es necesario aclarar que el conocimiento histórico, recogido por la historiografía de cualquier ciencia, tiene además de la vertiente señalada, otras.

Son aquéllas que de modo heterogéneo conciben la acción y fin de la historia e intentan sortear los escollos antes expuestos empleando variados enfoques. El perspectivista, como lo hallamos en *Nietzsche, Croce y Boyle*. En *Dilthey*

y *Windelband* cuando especifican el carácter individualizante de los procesos históricos en su irrepitibilidad. En *R. Aron* y *Popper* al plantear su condición de ser selectivo. En *Hempel, Gardiner* y *Bray* al insistir en dirigir el conocimiento histórico a la explicación condicional, más que causal, y por último en *M. Weber* y *P. Rossi* al señalar que la dirección del conocimiento histórico va hacia la determinación de las posibilidades retrospectivas.

Una y otras vertientes historiográficas están por igual sujetas al tratamiento de los principios, hipótesis, como ahora veremos además, cuando nos refiramos a los métodos y sus implicaciones doctrinarias.

Los métodos por su parte muestran igualmente una profusión doble al menos: tanto por el objeto de estudio particular de cada ciencia, como por los cambios en los que *Lakatos* ha dado en llamar las reconstrucciones racionales en historia de las ciencias.<sup>6</sup>

El autor nos previene de cuatro distintas "lógicas del descubrimiento": inductivismo, convencionalismo, falsacionismo metodológico y la metodología de los programas de investigación. La conclusión básica que se deriva de su estudio, para nuestro interés, es que abandonamos el supuesto de que la metodología dote a los científicos de un conjunto de reglas utilizables mecánicamente para resolver problemas. Lo cual se extiende a disciplinas que tratan de problemas históricos como no históricos en cuestión.

Las 4 metodologías citadas consisten en un conjunto de reglas para la evaluación de teorías articuladas, que establecen, según sus propios principios internos, lo que se puede admitir en el cuerpo de la ciencia de acuerdo con determinados enunciados.<sup>7</sup>

Este es el caso, por ejemplo, de la discusión clásica entre las vertientes positivistas inglesas y norteamericanas en la medicina de corte analítico. Como las referidas a la medicina social, la administración de la salud o simplemente a la historia de sus adelantos técnicos-científicos por un lado y el enfoque totalizador característico del idealismo alemán, con la antropología médica por el extremo opuesto. Ambas posiciones nos obligan a que no podamos aspirar a una elección científica aceptada por todos, por aspirar cada uno de estos estilos de pensamiento a constituirse en una metodología general y de facto convertirlas entre sí en no refutables desde sus propios principios, dado que por definición cada una de ellas no aceptan los marcos de la otra y faltaría una base común (de primeros principios) con respecto a los cuales se pudiera sostener una salida a un problema de simple clasificación o valoración.

Lo que aquí se trae a colación parece un tema bastante alejado del propósito inicial de nuestro tema, pero tiene una actualidad y relación muy estrecha con la interpretación doctrinaria dominante con la que hoy se difunde nuestra historia de la medicina occidental.

A inicios de los años de la pasada década, adquirió de nuevo mucha vigencia el problema de la construcción de teorías universales, se esgrimió que la esencia del conocimiento científico está en contra de las generalizaciones teóricas y el ideal reduccionista en la ciencia que se halla ampliamente extendido; debía sostener como esencial, que sobre la base de determinada teoría hay que explicar la esfera del conocimiento.

En cuanto a lo discutido aquí aludimos a cierta confusión que permanece latente a la hora de determinar cuál ha sido el rumbo correcto que ha seguido una ciencia, como es el caso de las ciencias médicas en plural. Si las denominaciones que exhiben son realmente universales y nos pueden conducir a formarnos una base lo suficientemente sólida como para reinterpretar nuestros propios aciertos y errores. La trayectoria que seguimos, su sentido y el de otras medicinas, sus implicaciones para la salud, y ante todo qué tomar como uno de los puntos de referencia centrales.

Para las enfermedades, todos parecen coincidir en que el reduccionismo que llevan a cabo las ciencias básicas es el acertado. Cumple con la condición de servirle de base a la medicina al permitir describir lo desconocido clínicamente a través de lo conocido biológicamente. Reducir así, justifica un proceso necesario para explicar determinados conocimientos desconocidos, pero en el caso de la medicina donde confluyen varias ciencias, no sólo básicas o biomédicas, referidas a la preservación de la salud, como la psicología y otras ciencias sociales; no es posible aceptarlo definitivamente.

En el estudio de las medicinas diferentes, paralelas o tradicionales, se aprecian fenómenos sociales que mantienen además de su interés histórico, un valor cultural y científicotécnico, puesto que los conceptos y prácticas que ejercen esas medicinas en muchos casos resultan consistentes a partir de las definiciones de la naturaleza, el hombre y la sociedad que poseen sus poblaciones. De ahí que la Folkmedicina o Etnomedicina se haya tratado de incorporar sin mucho éxito por el momento, dentro de otras especialidades de las ciencias médicas, porque éstas últimas no la consideran como actividades terapéuticas. Mas bien se contemplan al margen de la estructura científica predominante, y por tanto, las conciben como un saber no coherente del que pueden servirse por aspectos aislados.

Los paradigmas explicativos no aceptan por su esencia doctrinaria la inclusión de diferentes principios ajenos a los cuales fueron concebidos por el sistema que los crea, lo que provoca que continuamente excluyan áreas de conocimiento que no encuentran aplicación dentro del suyo propio. Esto sucede con la medicina más adelantada normalmente a nivel de profesionales, como de institutos y centros de investigaciones. Para ellos es discutible que sin hablar de ciencia, se pueda producir conocimiento científico bajo cualquier marco conceptual o trasfondo ideológico, al olvidar que la cuestión inicial radica en el grado de aproximación que un pensamiento alcance con la realidad y la función social que cumpla en ese momento.

Las medicinas tradicionales, si nos guiamos por el análisis de su estructura -no solo actual-, se articulan plenamente con las condiciones sociales económicas y culturales de las sociedades, poblaciones o grupos donde fueron o son prevalente, del mismo modo que nuestra conocida medicina es un componente inseparable de nuestras costumbres, hábitos y modo de concebir la vida. Lo que ocurre es que en el fondo, además de los principios, existen criterios valorativos que no aparecen de forma explícita tratados. Ni siquiera por los historiadores que pretenden influir sobre su auditorio cuando transmiten en forma de crónica,

relato o estadísticas una etapa de la medicina, como fue el ejemplo citado de la historia de *Lain Entralgo*.

La propia Historia de la Medicina nuestra, al institucionalizarse por primera vez dentro de los cánones de la medicina académica, en Alemania, a comienzos del siglo xx, trajo una orientación neokantiana, en cuanto al modo racional de ordenar e interpretar los hechos. No debemos olvidar que desde aquí se empezó a considerar a la medicina como una ciencia natural, mientras a la historia se ubicó en las ciencias culturales o del espíritu.

Bien se le reconozca a la valoración un contenido cognoscitivo o no, la especificidad del reflejo valorativo en comparación con el conocimiento es incuestionable, como lo es la interacción entre ambos. Precisamente desde los comienzos universitarios de la historia de la medicina lo que se patentiza es esa suerte de clasificaciones metodológicas que se adoptaron pronto como regla a falta de otras propuestas. En el caso de la salud se potencializan aún más el problema de los criterios valorativos al llegar a tomar la forma de ideales y establecerse como metas a alcanzar.

Las necesidades que priorizan cada sociedad con respecto al mantenimiento de la salud responden abiertamente a un ideal del cual se transita a la teoría, pero por caminos mucho más difíciles. Esto hasta el presente se le encarga a la medicina aunque, pasar con igual rigor del procedimiento reduccionista al plano de una teoría de la salud, resulta una empresa de distinta naturaleza; por lo visto demasiado compleja para una sola ciencia.

De lo examinado hasta aquí pudiera resumirse que:

1. Se necesita apelar a una forma doctrinaria para expresar los ideales de salud como a los de la ciencia que la trata para hacerla inteligible e incorporable como proyecto social.
2. Lo doctrinario se impone, no porque sea lo más científico hasta ese momento de modo total, sino porque son las creencias, valores y expectativas normativas predominantes de una sociedad (sistema social y cultural) los que predominan.
3. La doctrina en cuestión tiende a su vez a rechazar por su naturaleza intrínseca (con carácter cerrado) cualquier otra doctrina.
4. La superación de una doctrina se produce por diversas vías:
  - a) Por apertura del sistema debido a cambios de principios, no tanto de descubrimientos aislados.
  - b) Por cambios sociales, económicos, culturales, políticos.
  - c) Por conjunción con otros sistemas de valores, creencias y expectativas normativas predominantes de otras sociedades.
5. Una doctrina médica es vitalmente fuerte o consistente mientras se mantiene la base social que la genera y ejercita.
6. Si las enfermedades (hasta cierto punto) son moldeadas por la cultura, una de las formas posibles para enfrentarlas es apelar a una interpretación cultural (doctrinaria), que requiere también de esas explicaciones para hacerlas comprensibles.

7. Para el análisis de las doctrinas médicas junto a los componentes empíricos y descriptivos, es necesario contar también con los razgos modélicos que éstas incluyen: las concepciones conque cada individuo interpreta por lo saludable y qué debe proponerse como tal. Contiene modelos, ideales individuales, lo que por adición signa también la imagen que cada cual se forma de sí mismo. La transculturación es una de las formas más evidentes del doctrinarismo impuesto o que llega a predominar como influencias de un sistema social sobre otro.
8. La doctrinarización no es privativo de la medicina, como se sabe está presente en la política, la economía, etc.
9. Lo doctrinario muestra para la medicina, como para otras ciencias y formas de la conciencia social, que son producto de un pensamiento que articula diversos niveles de interacción social, por lo que nos debemos de referir a la existencia de un pensamiento medicosocial para el caso que nos ocupe. No es suficiente reconocer la existencia de una u otra doctrina médica en la historia. De modo particular el pensamiento médico social que la acompaña, representa la expresión viva de aplicación de los intereses que la animan y la situación histórico concreta en que se halla.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Foulquie M. Diccionario del Lenguaje Filosófico.
2. Entralgo Lain P. Historia Universal de la Medicina. Salvat, España, 1981 T1 p. 4.
3. Weber Max. Economía y Sociedad. Editorial Ciencias Sociales. La Habana, 1973. No II, p. 884.
4. Cordeiro H y Tavares R. Las contribuciones de las ciencias sociales al estudio de la tecnología en la salud. En, Ciencias Sociales y Salud en América Latina. OPS. CIESU. Montevideo. 1986: 335-343.
5. Quintanilla MA. Tecnología: un enfoque filosófico. Colección Impactos. Fundesco, Madrid, 1989.
6. Lakatos Imre. La historia de la ciencia y sus reconstrucciones racionales. Selección de Lecturas de Crítica a la Filosofía Burguesa Contemporánea. UH. 1986. Segunda parte. pp. 447-519.
7. Idem. pp. 450, 453, 456.

## El estilo de pensamiento y las revoluciones científicas en la medicina

*Lic. María Elena Macías Llanes, Lic. Rita Saavedra Roche,  
Lic. Doris Prieto Ramírez y Lic. Rosa Aguirre del Busto*

Los conceptos revolución, crisis, paradigmas, son frecuentes hoy en la literatura que trata de explicar el desarrollo del conocimiento científico conforme al desarrollo de la filosofía de la ciencia o cienciaología, que coloca como objeto de estudio la propia complejidad del proceso científico.

El vertiginoso desarrollo científicotécnico producido en la segunda mitad de este siglo y postrimerías del milenio, ha aumentado el lugar de la ciencia y la técnica en todas las esferas de la vida social, principalmente en relación con las ciencias de la vida, que imbricadas a la informática y otras, ha hecho imprescindible el estudio de la relación ciencia-sociedad. Especialmente en este proceso, un lugar significativo lo ocupa la comunidad científica, sobre todo en lo relacionado con su responsabilidad social. El énfasis leninista en el análisis de la "crisis" de la física, explicado magistralmente por *Lenin*<sup>1</sup> es según nuestro criterio, uno de los primeros ejemplos de acercarse al problema del desarrollo de la ciencia de una manera dialéctico-materialista. No se trata de desestimar lo aportado por *C. Marx* y *F. Engels*, en cuanto al análisis de la revolución operada dentro de la filosofía,<sup>2</sup> o al análisis realizado por *Engels* sobre las ciencias y las distintas formas de movimiento de la materia.<sup>3,4</sup>

El estudio sobre las ciencias transitó por la etapa de explicar los nexos entre ellas, es decir, por el momento de la clasificación, como sucedió con el conocimiento biológico, que en sus comienzos se ocupó de la clasificación de las especies, expresión de lo cual fue la Botánica y la Zoología. *Kedrov* ofrece una panorámica extensa y valiosa de las diversas teorías clasificadoras de las distintas ramas del saber.<sup>5</sup>

Para ubicar la ciencia y la conciencia científica como objeto de estudio es preciso además, penetrar en la interioridad de su proceso de desarrollo y allí se presentan 2 modos, a veces contrapuestos para explicarlo: la visión internalista que concibe al desarrollo desde la lógica interna del conocimiento, sin focalizar la relación ciencia-sociedad; y la visión externalista que ubica el progreso científico en el contexto de las relaciones sociales.<sup>6</sup>

El enfoque científico de este proceso exige la integración dialéctica de ambas interpretaciones, que significa analizar la ciencia en sus características

histórico-concretas,<sup>7</sup> sin descuidar las interioridades del desarrollo, incluido el aspecto subjetivo de la búsqueda científica.

Este desarrollo científico como proceso que integra los momentos revolucionario y evolutivo, unido a los conceptos de comunidad científica y estilo de pensamiento, podría cumplir con tales requisitos.

## THOMAS KUHN LAS REVOLUCIONES CIENTÍFICAS Y LOS PARADIGMAS

La obra del llamado filósofo de la ciencia *T. Kuhn* y su comprensión de los paradigmas ha tenido extensa repercusión y hoy es referencia obligada en este sentido.

En la *Estructura de las Revoluciones Científicas*, publicada en 1962, *Kuhn* tiene como uno de sus objetivos demostrar que el proceso de acumulación en la ciencia descrito por *Isaac Newton*, jugaba cierto papel en el avance de la misma, pero los principales cambios resultaban de las revoluciones científicas. El modelo kuhniano sobre el desarrollo del conocimiento científico gira alrededor del concepto paradigma, del cual explica: los paradigmas son realizaciones científicas universalmente reconocidas, que durante cierto tiempo proporcionan el modelo de problemas y soluciones a una comunidad científica y a continuación cita como ejemplos: la dinámica aristotélica, la astronomía ptolemaica, y la óptica corpuscular.<sup>8</sup>

*Kuhn* ofrece una teoría de cómo se habían producido los principales cambios científicos. Creía que la ciencia estaba siempre dominada por un paradigma específico. La ciencia normal consiste en un período de acumulación de conocimientos en el que los científicos trabajan para extender el paradigma dominante. Este trabajo científico genera anomalías, o hallazgos imposibles de explicar mediante el paradigma dominante. Si estas anomalías aumentan, se produce una etapa de crisis que puede desencadenar en una revolución científica.

La teoría de *Kuhn* se puede describir esquemáticamente de la siguiente forma:

Paradigma I \_\_\_\_\_ Ciencia Normal \_\_\_\_\_ Anomalías \_\_\_\_\_  
Crisis \_\_\_\_\_ Revolución \_\_\_\_\_ Paradigma II.<sup>9</sup> \_\_\_\_\_

En el concepto de paradigma se pueden apreciar 2 momentos:

- Como modelo explicativo de la realidad objetiva.
- En el sentido sociológico, como aglutinador de una comunidad científica dada.

La existencia de paradigmas en los marcos del conocimiento científico trae como consecuencia la aparición en la comunidad científica de un estilo de pensamiento en correspondencia con los mismos y condiciona que mientras estén



en vigencia, los científicos se moverán alrededor de un campo de problemas definidos, pues sólo elegirán aquéllos que se correspondan con: la interpretación, el método de investigación, la forma de organización del conocimiento y las soluciones que brinda el paradigma.

Según *Kuhn* lo que sucede es que todo aquello que rompe los límites del paradigma reconocido, es negado, no se le presta atención y sólo las generaciones de científicos menos comprometidos ponen en cuestionamiento el o los paradigmas existentes. Tal situación es la que el autor denomina período de crisis, durante el cual la actitud de los científicos para con los viejos paradigmas se revoluciona, y genera transformaciones en el proceso de investigación, el momento que se denomina Revolución Científica.

En efecto, el conocimiento se desarrolla a través de la sustitución de períodos evolutivos por períodos revolucionarios. Definamos qué entendemos por evolución y revolución de la ciencia:

Evolución: momento del desarrollo del conocimiento que se caracteriza por la acumulación cuantitativa de hechos, descubrimientos científicos y teorías, siempre y cuando las mismas no signifiquen una ruptura, ni pongan en crisis la teoría fundamental que tipifica toda una época del conocimiento.

El cambio o viraje radical del conocimiento, durante el cual el cuestionamiento de las teorías fundamentales lleva a su sustitución por nuevas teorías, trae por consecuencia una nueva forma de interpretar y comprender nuevos fenómenos de la realidad, así como de situar en su verdadero lugar a la vieja teoría, constituye el momento revolucionario del desarrollo del conocimiento y constituye el complemento cualitativo del momento evolutivo.<sup>10</sup>

Las revoluciones científicas se caracterizan por los siguientes rasgos:

1. El derrumbe y abandono por parte de la comunidad científica de las ideas incorrectas que dominaban en la ciencia hasta el momento y que son contradictorias con respecto a los fenómenos de la realidad objetiva.
2. El descubrimiento y penetración en nuevos campos de la realidad, que hasta ese momento nos eran desconocidos.
3. Las revoluciones científicas abarcan y transforman en lo fundamental la esfera de las teorías científicas, los conceptos y principios, o sea, transforman de manera radical la esfera de las representaciones teóricas hasta el momento vigentes.<sup>11</sup>

Un enfoque filosófico-sociológico de la ciencia lleva al análisis no sólo de cómo se sustituye una teoría por otra, o un paradigma cognoscitivo por otro, sino en verdad cómo se produce el proceso del pensamiento en la comunidad científica dada.

La vaguedad del concepto de paradigma en *Kuhn* desconcierta, un estudio realizado por *Margaret Masterman* (1970), señala que "*Kuhn* utilizó el término al menos en 21 sentidos",<sup>12</sup> y a veces debemos conformarnos con su compren-

sión en alguno de sus aspectos,<sup>13</sup> o con definiciones que otros autores brindan de él, al creer resumir el espíritu de su trabajo, como la siguiente:

"Un paradigma es una imagen básica del objeto de una ciencia. Sirve para definir lo que debe estudiarse, las preguntas que es necesario responder, cómo deben responderse y qué reglas es preciso seguir para interpretar las respuestas obtenidas. El paradigma es la unidad más general de consenso dentro de una ciencia y sirve para diferenciar una comunidad científica de otra. Subsume, define e interrelaciona los ejemplares, las teorías, y los métodos e instrumentos disponibles."<sup>14</sup>

En la exposición de *Kuhn* en ningún momento encontramos el término estilo de pensamiento, sin embargo, otros autores como *Mario Bunge*, identifican las revoluciones científicas con la transformación radical del estilo de pensamiento. Lo comprende como uno de los elementos de los marcos conceptuales, y lo iguala a la metódica.<sup>15</sup>

En el texto *Lecciones de Filosofía Marxista Leninista* se reconoce que en el curso de la revolución científica tiene lugar el cambio a un nuevo estilo de pensamiento y a un nuevo cuadro científico de la realidad estudiada.<sup>16</sup>

También se refieren a la necesidad de estudiarlo como punto de comparación entre las disciplinas científicas y los cambios en las ciencias.<sup>17</sup>

Reorientar la ciencia significa la aparición de un nuevo modo de explicar la realidad, la utilización para ello de nuevos métodos investigativos, transformación de las normas e ideales por los que hasta ahora se había regido la ciencia, una forma novedosa de organizar y exponer los resultados de la búsqueda científica y la aparición de un nuevo modo de hacer. Y esto nos ayuda a comprender no sólo los paradigmas o invariantes objetivadas en teoría, o incluso en más de una teoría, sino el proceso subjetivo que en el terreno de la conciencia científica juega el papel mediador entre la ciencia (sistema de conocimientos objetivados) y la práctica social.

El estilo de pensamiento que porta una comunidad científica dada incide, por un lado, en la desobjetivación del conocimiento -depositado en las teorías- en su interpretación y asimilación, lo que conduce a su vez a una determinada manera de aplicar esos conocimientos en la práctica. Y por otro lado, en el proceso de objetivación, en la forma en que son interpretadas las necesidades de conocimiento -los problemas de la práctica social- y por tanto, en la manera de hacer ciencia, allí está estimulando la búsqueda científica por uno u otro camino.

Ésa es la importancia que tiene el estilo de pensamiento en el proceso de objetivación -desobjetivación del conocimiento, directamente ligado a la dualidad pensar- hacer.

Es necesario distinguir entre los conceptos conocimiento y pensamiento, términos que comúnmente son utilizados como sinónimos. El conocimiento es un reflejo acertado de la realidad, contiene criterio de verdad, mientras que el pensamiento es el acto de proyectar lo conocido hacia lo desconocido, en él tiene lugar el error. Además, al poner en práctica el conocimiento, no sólo se

enriquece éste, sino que también lo hace el propio pensamiento, el cual como proyección se modifica, reforma y corrige. Este enriquecimiento del pensamiento es lo que nosotros denominamos estilo de pensamiento. Al estilo de pensamiento como regularidad subjetiva propia de una comunidad científica lo determinan paradigmas dominantes en un momento histórico-concreto y que como veremos intervienen en todos los elementos de su estructura.

## ESTILO DE PENSAMIENTO EN LA MEDICINA

El sistema de concepciones, principios, valores y métodos específicos de la comunidad médica, en los marcos de su actividad determinan:

1. La interpretación del conocimiento científico en dicha esfera del saber.
2. La comprensión de los problemas científicos derivados de la práctica médica.
3. La forma de llevar a la práctica en la solución de los problemas médicos los conocimientos adquiridos.

### **¿Cuál es la estructura del estilo de pensamiento médico?**

Consideremos los siguientes elementos:

1. Fundamentos filosóficos (concepción del mundo).
2. El cuadro imperante dentro de la ciencia médica en cada etapa de su desarrollo (sistema de conceptos y la comprensión del objeto de estudio).
3. Los métodos y procedimientos que son empleados tanto en la búsqueda científica, como en la puesta en práctica de los conocimientos .
4. Elemento eticoaxiológico (valores éticos que emanan del compromiso ideológico social, tradiciones y costumbres de la profesión).

Entre estos momentos que conforman el estilo de pensamiento existe una interrelación, no actúan por separado, sino que se condicionan mutuamente.

El punto de empalme del estilo de pensamiento médico en particular con respecto al que peculiariza toda una época, constituye el primer eslabón de su estructura, como toda concepción científica parte de determinada concepción del mundo nucleada en torno a fundamentos filosóficos específicos. Estos fundamentos filosóficos poseen una función difícil de no estimar, porque son ellos los que dirigen la reorganización de los ideales de la ciencia médica.

Postulados filosóficos como la materialidad, el reconocimiento del carácter dialéctico de la realidad y del pensamiento, la manera de comprender al hombre, su naturaleza, esencia, determinan en última instancia la orientación del estilo de pensamiento, ya que sobre su base se erigen los ideales de la medicina.<sup>18</sup>

El segundo elemento que particulariza al estilo de pensamiento médico significa el sistema de conceptos o matriz conceptual de la ciencia, y por supuesto, la comprensión de su objeto de estudio. La llamada de Candioti A. se inscribe en la perspectiva del tránsito necesario de un modelo biomédico (científico-natural), a un modelo médico antropológico.<sup>19</sup>

Hay otras opiniones que hacen ver que la medicina se cuestiona hoy su objeto de estudio, sus métodos y sus fines. Según *Mainetti JA*, por ejemplo, la medicina actual producto de la innovación bioética está llamada a conformar un nuevo paradigma humanístico que reclama una nueva comprensión del hombre (tiene que ver con el elemento estructural anterior), y una nueva epistemología médica, equivale a decir el desarrollo de los conceptos propios a la medicina.<sup>20</sup>

La comprensión del objeto de estudio define por su parte los métodos y procedimientos a emplear, su jerarquización, en definitiva, hasta donde la medicina puede intervenir. Los métodos que definen el accionar médico son muy variados, pero existen 2 métodos muy específicos que la caracterizan: el método clínico y el método epidemiológico. Las diversas formas de comprenderlos y de utilizarlos depende en última instancia de la orientación del estilo de pensamiento.

Por otro lado hoy se cuestionan también métodos que sirven para el discernimiento moral del acto médico, son determinados pasos para aunar los datos científico-médicos, con las circunstancias del acto y la singularidad moral del paciente y su familia, conocido por método casuístico.<sup>21</sup>

De lo anterior se deriva ya la importancia que tiene el cuarto de los elementos presentados en la estructura del estilo de pensamiento, se trata del elemento axiológico, del aspecto valorativo de la actividad, que tiene importancia transcendental en la medicina. Los valores que presiden el acto médico emanan del compromiso ideologicosocial, las tradiciones y códigos morales (deontológicos) de la profesión y por último, de determinados paradigmas morales.

El desarrollo de la Bioética en las últimas décadas, explica la importancia que ha tomado el considerar la ciencia y la práctica médica en su aspecto moral, valorativo. El acto médico no sólo es un acto científico-tecnológico, es un accionar "en un ambiente cargado de valores".<sup>22</sup>

## LAS REVOLUCIONES CIENTÍFICAS EN LA MEDICINA

Hasta muy avanzado nuestro milenio la práctica de la medicina disponía de pocos conocimientos, se sustentaba, sobre todo, en observaciones empíricas, lo que limitaba sobremanera sus posibilidades de intervención. Cuando más el médico podía aliviar el dolor, tratar algunas heridas corrientes o influir más o menos adecuadamente sobre la dieta de los enfermos.

A pesar del progreso que en el conocimiento de la anatomía y la fisiología humana exhibieron la época antigua y los albores de la modernidad, la medicina atravesó una larga etapa antes de que ocurriera la primera de sus revoluciones científicas, a esta etapa denominaremos precientífica.

El análisis de esta etapa nos brinda algunos argumentos sobre cómo se comprendía el hombre y la conformación de un determinado ideal de la profesión, a partir de diferentes premisas filosóficas. De la medicina hipocrática en Grecia, vemos emerger una visión de las causas de las enfermedades que demuestra un decidido materialismo, no menciona causas o cura de la enfermedad de tipo mágico, sino que alega refiriéndose a la epilepsia:

"...Me parece que la llamada enfermedad sagrada no es más divina que cualquier otra. Tiene una causa natural, al igual que las restantes..."

Esa visión natural de la enfermedad versus la visión mítico-religiosa que la antecedía fue un paso de avance, sin embargo, luchó por mucho tiempo con su contraria, la concepción idealista.

El ejemplo más fehaciente fue la doctrina de los humores que dominó por largo tiempo el quehacer médico, su idealismo derivaba de la especulación filosófica hacia una intervención sobre los enfermos con el objeto de equilibrar los humores. Esto puso grandes barreras en la posibilidad de conocer y transformar el estado de enfermedad.

La contradicción materialismo e idealismo la presentó la figura descollante de la medicina helenística: Galeno, quien sentó bases positivas para la observación anatómica y desarrolló el experimento, pero mezclaba en su sistema antiguas ideas filosóficas como la doctrina de los 3 espíritus.

En el Renacimiento comenzó a quebrantarse la tradición idealista a favor de una orientación descriptiva con aportes anatómicos y fisiológicos que mucho tuvo que ver con la entrada del conocimiento científico en la medicina. Fue el interés por la ciencia experimental lo que preparó la primacía de la experiencia directa sobre la autoridad, es decir, las doctrinas especulativas dominantes. La orientación descriptiva culmina en esta etapa con los aportes de la mecánica como ciencia naciente, el ejemplo clásico *Harvey*, que al descubrir la circulación sanguínea definiría al cuerpo humano como una máquina hidráulica. Su descubrimiento, aunque sólo tuvo efecto en la medicina de justificar científicamente los métodos utilizados desde mucho antes para evitar la muerte por pérdida de sangre, significó, sin embargo, un paso progresivo en el afianzamiento del materialismo como concepción del mundo en el terreno médico.

### **Rasgos de la etapa precientífica de la medicina**

1. Un estilo de pensamiento con orientación materialista, que busca las causas de las enfermedades y las posibilidades para su estudio al superar la forma mítico-religiosa de la enfermedad.
2. Su sustitución por el afianzamiento del idealismo, que a partir de doctrinas filosóficas limitó las posibilidades de intervención y detuvo el progreso del conocimiento casi un milenio.
3. El retorno a la explicación natural en la forma del mecanicismo, que aunque no significó el abandono total de los principios idealistas en la búsqueda de las causas de las enfermedades, fue un paso progresivo hacia el materialismo.

Trajo como una consecuencia la doctrina metafísica de la comprensión del hombre a partir de los fundamentos mecanicistas de su biología.

## **La Primera Revolución Científica en la Medicina**

Los avances en la biología condicionaron el carácter científico de la Medicina. El estilo de pensamiento biologicista basado en la patología celular, la patología clínica y experimental, la microbiología, la bacteriología e inmunología, ha estado presente desde la segunda mitad del siglo XIX.<sup>23</sup>

Éste se caracterizó por los paradigmas anatomopatológico, fisiopatológico y etiopatológico.

### *Concepción anatomopatológica*

Atribuye un carácter fundamental a la lesión anatómica, y prima el signo físico. Alcanzó una gran importancia con los estudios de *Rudolph Virchow*,<sup>24</sup> médico alemán que dirigió a partir del año 1856 el Instituto de Anatomía Patológica de Berlín. Estudió diversas enfermedades y creó diferentes términos: embolia y leucemia entre otros. Sus aportes al pensamiento médico social son también de gran relevancia.

"La tesis central de Virchow es la concepción celular del organismo y de sus enfermedades, el principio de que la célula es la forma última, irreductible de todo elemento vivo; y que, en el estado de salud como en el de la enfermedad, todas las acciones vitales emanan de ella".<sup>25</sup>

### *Concepción fisiopatológica*

El desarrollo de la fisiología alimentó esta mentalidad, encabezada por ilustres médicos: *Broussais*, *Wunderlich*, *Magendie*, *Claude Bernard*, entre otros.

El enfoque fisiopatológico subraya la necesidad de estudiar dinámicamente la enfermedad, al apoyarse en las ideas de proceso y de ley científica utilizadas por las ciencias físicas y químicas.<sup>26</sup>

Los fisiopatólogos reducen las funciones orgánicas a procesos materiales o energéticos, y formulan leyes que rigen sus alteraciones.

Intentan analizar los desequilibrios del organismo con técnicas y recursos explicativos (exámenes de laboratorios, etc.).

### *Concepción etiopatológica*

La doctrina acerca de que diversas enfermedades eran causadas por organismos vivientes, aunque sin precisar la naturaleza de estos organismos, existía

desde la antigüedad, pero triunfó en la segunda mitad del siglo XIX con los descubrimientos de *Luis Pasteur*.<sup>27</sup>

*Pasteur* y *Koch* construyeron una teoría de la enfermedad infecciosa, cuyo fundamento era la correlación entre la especificidad biológica del agente patógeno y la especificidad nosográfica de la enfermedad por él causada.<sup>28</sup> Por ejemplo: el bacilo de Koch es el causante de la tuberculosis.

El descubrimiento de *Pasteur*, en 1855, de la fermentación de los organismos vivos, condujo 10 años más tarde a la elaboración de la teoría de los gérmenes patógenos y el hecho conmocionó la práctica de la medicina.

La revolución pasteuriana dio la posibilidad de abandonar las ideas incorrectas que imperaban hasta entonces en la medicina, para abrir paso a una verdadera explosión de conocimientos, descubrimientos de gérmenes y de medios terapéuticos que permitían intervenir sobre la cadena de transmisión de diversas enfermedades contagiosas. El exponente más sistemático del estilo de pensar etiopatológico fue *Edwin Klebs*, cuyo pensamiento puede resumirse en lo siguiente:<sup>29</sup>

1. La enfermedad es siempre infección. Las agresiones mecánicas, físicas o químicas sólo son enfermedad si van acompañadas de infección.
2. La enfermedad es la expresión de la lucha entre la célula y el microbio, lo cual es un caso particular de la lucha por la vida. Para *Klebs* la diferencia entre estar sano y enfermo no es gradual, sino cualitativa. Según él la enfermedad debe ser entendida en términos de la selección natural, un ser vivo inmune es ser vivo más apto.
3. La índole nosográfica de la enfermedad depende de la peculiaridad biológica del germen infectante. Señala que "el sistema natural de las enfermedades infecciosas es idéntico al sistema natural de los organismos que las producen".<sup>30</sup>

### **¿Qué significado tuvo para el pensamiento médico lo antes señalado?**

En el aspecto cosmovisivo se produjo el establecimiento de un estilo de pensar con franca orientación biologicista. La balanza a favor de esta forma de resolver el problema metodológico central de la correlación de lo biológico y lo social se inclinó para quedarse por mucho tiempo. Si bien fue un paso de avance el tránsito de la concepción de individualidad enferma, al concepto de "enfermedad", debido a la obligatoriedad de considerar las implicaciones epidemiológicas; a su vez sentó las bases de un modelo de enfermedad que determinó toda una etapa de la medicina.

"El modelo de enfermedad que subyacía... era el de las enfermedades contagiosas que requieren la identificación de un agente causal específico y sobre el cual era posible intervenir rompiendo la cadena de transmisión de la enfermedad...."<sup>31</sup>

Ese modelo prosperó como nunca antes en la curación de la enfermedad y dio justificación suficiente al ideal médico correspondiente, al sentar base para la organización de instituciones y servicios médicos desde entonces. El surgimiento de la epidemiología como ciencia capaz de interpretar la historia natural de las enfermedades fue la consecuencia directa, con su esquema sobre agente causal-huesped-ambiente.

La comprensión de agentes causales como microorganismos, agentes físicos y químicos se complementan con la predisposición del huésped, y allí juegan su papel los factores sociales como parte del ambiente. Estos factores son considerados sólo en el esquema preestablecido por la imagen naturalista y biológica del hombre. Así el enfoque de la relación entre individuos será únicamente presentado como relación individuos-cadena de transmisión-enfermedad.

El completamiento de ese modelo de la enfermedad no fue otro que el afianzamiento de la comprensión de su antípoda: la salud como ausencia de enfermedad, como un estado de equilibrio entre el huésped y los agentes causales.

### **¿Una segunda revolución en medicina?**

La institucionalización del trabajo médico y la organización de los servicios de salud, lo que se ha dado en llamar salud pública, ponen en duda el carácter absoluto del paradigma biologicista.

Nos referimos a la justificación teórica del papel del estado en la salud pública, el surgimiento de la política médica producto de la concepción de *W. Thomas Raus*, y su continuidad en el libro *Política Médica* donde *J.P. Frank* propone una serie de medidas gubernamentales para la protección de la salud en relación con el ambiente y las condiciones de vida.<sup>32</sup>

Los principios enunciados por *Salomon Neumann*, tienen las mismas líneas: las condiciones sociales determinan la distribución de la salud y la enfermedad, la terapia médica debe estar junto a la terapia social.

Pero quizás el antecedente de mayor elaboración teórica de esa manera de enfocar sea la posición de *Alfred Grotjahn* en el libro *Patología Social*, de 1911.

Estos avances teóricos representaron, según *Aldereguía* "el crecimiento de las investigaciones medicosociales concretas, formulaciones de conceptos y principios propios que evidenciaban madurez en el conocimiento" y los autores lo señalan como muestra de una nueva disciplina: la Higiene Social.

Como iremos demostrando, no se trata sólo del surgimiento de una disciplina más dentro del conocimiento médico, sino la transformación del mismo a una nueva calidad de desarrollo. Según los mismos autores, dichos enfoques sufren a finales del siglo XIX el impacto de los éxitos de la microbiología y se debate en lucha contra las concepciones unicistas de la etiología que dominan el pensamiento médico.<sup>33</sup>

En realidad, el éxito de la biomedicina reforzó el punto de vista generalizado de que el biológico es el enfoque científico de la medicina. No otra cosa que el paradigma biologicista de la medicina y su fundamento filosófico idealista del positivismo.



Los avances provenientes de la bioindustria de nuestro siglo dejan intactos los paradigmas de tal concepción de la enfermedad y la salud, acentúan su peso en lo biomédico, y sus posibilidades de intervención se amplían y son efectivas siempre que se valoran a la luz de dicho fundamento filosófico.

Aquí es necesario detenernos en el momento axiológico del estilo de pensamiento biologicista, que al parecer ha quedado olvidado. Desde la antigüedad hasta el presente el ejercicio de la profesión médica y de la búsqueda de conocimientos había sido normado por la tradición hipocrática, en la que no es objeto detenernos, sino para demostrar que primeramente podía compaginar o coexistir con una ética naturalista, en el sentido de limitar la intervención médica a las causas naturales; más tarde, cuando fue posible como hemos visto, ampliar las posibilidades de intervención, el elemento valorativo estaba ausente.

Desde el punto de vista positivista lo importante y lo verdaderamente científico son los datos biomédicos, lo valorativo no tiene carácter de ciencia, por tanto siguen normando la actividad médica los códigos deontológicos anteriores -el "paciente" lo es- como sujeto pasivo y el médico es el agente moral por excelencia del acto.<sup>34</sup> Vale preguntarse cuáles condiciones sociales, económicas y políticas propiciaron tal enfoque en la práctica:

Primero, que la perseverancia del aspecto ontológico de la comprensión del hombre a favor del idealismo, modernizado como biologicismo, es sustentada por la burguesía con sus intereses en la medicina privada. Segundo, por la muestra de la efectividad -en la posición más pragmática- de la medicina curativa ante el cuadro de salud con predominio de las enfermedades contagiosas, donde de hecho el tomar medidas higiénicas no resultaba tan "efectivo" como el conocimiento del mecanismo de transmisión.

Y por último, estaba sólo en proceso de "conquista" de la ciencia y de las mentalidades la explicación científica de los procesos sociales y su profunda implicación práctico-revolucionaria.

En el propio contexto determinadas transformaciones han propiciado condiciones favorables para el resquebrajamiento del paradigma biologicista y se comienza a transitar hacia una nueva matriz conceptual.

Existen concepciones diferentes, que no admiten que el conocimiento médico ha transitado de lo biológico a lo social, sino que ha sido un proceso paralelo íntimamente ligado, imposible de separar.<sup>35</sup>

El proceso de la Revolución de Octubre, ejerció gran influencia en el tratamiento teórico de los problemas relativos al hombre y por supuesto, la salud con el surgimiento de la Higiene Social. Pero no sólo en el plano científico, los principios que emanaron como proceso político, también tuvieron gran repercusión en los derroteros de la organización de la salud pública a niveles internacionales. El reconocido higienista *Sigerist*, en los años 30, realizó un estudio del sistema de salud soviético y participó luego con su experiencia en la organización de la salud pública en un grupo de países, entre los que se cuentan Inglaterra y EE. UU.<sup>36</sup>

Se produce un hecho muy importante, el cambio del cuadro de salud en las naciones más desarrolladas, que ha transitado al aumento del peso de las enfermedades cronicodegenerativas sobre las infecciosas en las tasas de morbilidad

y mortalidad, obligó por una profunda razón económica, al ideal de la prevención como modo de abaratar la intervención médica que se torna cada vez más costosa. Las ciencias médicas se han visto impulsadas a la búsqueda de los factores sociales de las enfermedades, un nuevo enfoque de la enfermedad, la salud, el estudio de los factores de riesgo, aunque en la realidad el cuadro de salud de la mayoría de los países, los subdesarrollados no se comportan del mismo modo.

No es difícil comprender el papel que juegan los países desarrollados en la determinación de un patrón cognoscitivo, premisa indispensable para la formación de nuevos paradigmas en el desarrollo y la interpretación del saber médico.

En este contexto, se puede ubicar la gestación de un movimiento que a partir de Alma-Atá, se expresa a favor de una nueva estrategia de salud. Resulta evidente que existen nuevas ideas que se van abriendo paso con todas las características de un proceso revolucionario en lo científico-médico.

### **¿Cuáles son las ideas incorrectas que se abandonan?**

En el plano cosmovisivo: la comprobación de factores sociales en la causalidad de las enfermedades, significa un paso importante en la solución adecuada de la relación de lo biológico y social en el hombre, que depende de la comprensión de lo social. Este fundamento filosófico es la base necesaria de una medicina que deja de ser curativa para ser preventiva, y que apunta a la promoción de salud y a las ideas con respecto a la responsabilidad individual de la salud.<sup>37</sup>

El segundo elemento indicativo de este proceso revolucionario lo constituye la penetración de nuevos campos de la realidad, que en términos de estilo de pensamiento cambia el cuadro de la ciencia y su sistema de conceptos: el estudio del proceso salud-enfermedad como proceso social. En las principales vertientes que abarca hoy el conocimiento medicosocial, hay coincidencia en incluir el problema de la determinación del proceso salud-enfermedad en su objeto de estudio.<sup>38,39</sup>

Reconocer el proceso salud-enfermedad como integrador de procesos biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones -y el papel determinante de los últimos- es exponente de un nuevo estilo de pensamiento médico, que tiene por base la comprensión de lo social en un nuevo paradigma. Pero también nos da la luz acerca del por qué de las profundas reticencias del pensamiento médico contra lo social y a favor de lo biomédico.

Las referidas opiniones de que el hombre es un ser biosocial o biopsicosocial, llevan en sí la comprensión de que lo social es lo externo, y es común que lo consideren sólo en el sentido de relaciones económicas y políticas que afectan al proceso salud-enfermedad.<sup>40</sup>

"Estamos de acuerdo en que tal comprensión se refiere a lo social sólo en el sentido más estrecho del término y aún no revoluciona cardinalmente la matriz

conceptual del proceso salud-enfermedad. Hablamos de lo social en un sentido amplio considerado como toda relación consciente del hombre en su medio externo, natural o social que mediatiza de forma directa o indirecta toda la actividad biológica y psíquica humana. Lo social no es más que toda actividad humana que se manifiesta como resultado de la existencia comunitaria del hombre a diferencia de su existencia orgánica y física."<sup>41</sup>

Semejante tratamiento teórico-metodológico está acompañado por una proyección diferente de los conceptos médicos de salud y enfermedad.

Uno de los principales logros ha sido el abandono de la idea de que la salud es la ausencia de enfermedad, como lo expresa la formulación actual de la OMS. Esto es exponente de que en el terreno médico se está dando un proceso de sistematización de las cualidades de la salud, y se incluyen las que son ya bien conocidas como el caso de las enfermedades infectocontagiosas a las menos conocidas como el de las cronicodegenerativas.

Según el enfoque sistémico la salud es al mismo tiempo ausencia de daños morfológicos, de limitaciones funcionales, pero también determinado nivel de bienestar subjetivo, de bienestar social; esto significa posibilidades sociales de desarrollo en el plano económico, cultural, etc. La formulación de la salud como la "calidad de la existencia del hombre determinada por su relación armónica con el medio social-natural que le corresponde",<sup>42</sup> generaliza esa interacción sistémica de factores característicos de una nueva cualidad del conocimiento.

Concepciones como éstas son manifestaciones del cambio radical de la matriz conceptual de la medicina y están ligadas al pensamiento médico social más avanzado.

En el plano axiológico el asunto se presenta más complicado aún, recuérdese que hay quién afirma que la revolución contemporánea en medicina está unida a la medicina posbioética;<sup>43</sup> lo cierto es que el paradigma ético-moral de la profesión ha sido puesto en crisis por varios factores. Por un lado los avances de las investigaciones biomédicas, el aumento en las investigaciones en humanos que han trascendido los marcos de la terapéutica, como lo ilustran los hechos de la segunda guerra mundial, que hacen necesaria la sucesión de códigos reguladores: Nuremberg, Tokio, Manila, etc. Los avances ligados a la biología y genética molecular que han puesto al desnudo la intimidad genética de la humanidad, y al mismo tiempo la realidad de su intervención y manipulación a partir de los años 70 (ingeniería genética y el Proyecto Genoma Humano, aprobado en 1990).

Por otro lado, los cambios ocurridos en la atención de salud, en la relación médico-paciente, institucionalización creciente de la profesión, movimiento a favor de los derechos de los pacientes, el reconocimiento cada vez mayor del carácter moral del acto médico, etc., están conduciendo a una verdadera revolución axiológica en los marcos de la atención de salud y el desarrollo de las ciencias de la vida, que de modo muy diverso buscan una nueva fundamentación ética, dada la incompetencia de la ética tradicional.

Resumiendo, la segunda revolución en las ciencias médicas, con su correspondiente cambio de estilo de pensamiento está caracterizada por:

1. La puesta en crisis de los fundamentos filosóficos en los que se basa el paradigma biologicista, caracterizado por una comprensión metafísica acerca del hombre.
2. La crisis del ideal médico curativo y del concepto de enfermedad como entidad nosológica, y su enfoque centrado en el individuo.
3. Aparición y desarrollo de nuevas ramas del saber médico con la consiguiente integración de las ciencias sociales a la problemática medicosocial.
4. La utilización de investigaciones epidemiológicas avanzadas, que amplían el aspecto tecnológico para la realización de diagnósticos de salud, con orientación hacia la participación social.
5. El amplio cuestionamiento en sentido axiológico que caracteriza hoy un gran espectro de problemas bajo la denominación de bioética.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lenin VI. Materialismo y Empiriocriticismo. Editorial Progreso, Moscú, 1984.
2. Marx C, Engels F. La Ideología Alemana. Editorial Pueblo y Educación. 1973.
3. Engels F. Anti-Duhring. Editorial Pueblo y Educación. 1973.
4. Engel F. Dialéctica de la Naturaleza. Editorial Pueblo y Educación. 1973.
5. Kedrov BM. Clasificación de las Ciencias en 2 tomos. Ed. Progreso, Moscú, 1976.
6. Nuñez Jover J. Indagaciones Metodológicas acerca de las Revoluciones Científicas. En: "Filosofía y Ciencia" Editorial Ciencias Sociales, La Habana, 1985.
7. Bernal JD. Historia Social de la Ciencia. En 2 Tomos. Ed. C. Sociales, La Habana, 1987.
8. Kuhn T. La estructura de las Revoluciones Científicas. Fondo de Cultura Económica. México, 1982.
9. Ritzer G. Teoría Sociológica Contemporánea. Ed McGraw-Hill/Interamericana de España, SA. 1993: 597.
10. Colectivo de autores. Lecciones de Filosofía Marxista-Leninista. T-II. MES, 1991. Epig. Las regularidades de las Revoluciones científicas.
11. Kedrov B. Lenin y Las Revoluciones Científicas. Ed. Ciencias Sociales, 1990: 9-11.
12. Idem al (9): 597.
13. Rodríguez Rivera L. La entidad nosológica: ¿Un Paradigma? Problemas Filosóficos de la Medicina. Coloquio ISCM, La Habana. T. III.
14. Idem al (9): 598.
15. Bunge M. La Investigación Científica.
16. Idem al (10): 138.
17. Colectivo de autores. ACC. Metodología del Conocimiento Científico.
18. Laguna JA. La modernización del cientificismo y el arcaísmo nacional actual: el caso de la formación médica en el Perú. Rev Ed Med Salud 26(1) Ene-Mar, 1992.
19. Candiotti AN. Modelo médico. Curso de Ética en Medicina. Dr. Marcos Meeroff. Ed. Univ. Maimónides, 1994:61.
20. Mainetti JA. Antropobioética. Ed. Quirón, La Plata, 1993.
21. Sass HM. La Bioética: fundamentos filosóficos y aplicación. Bol of Panam.108(5-6), 1990: 391-395.
22. Idem (20).
23. Lain Entralgo P. Historia Universal de la Medicina. Salvat Editores, S.A., T VI: 138.
24. Idem p. 126.

25. Idem p. 128.
26. Idem p. 130.
27. Idem p. 175.
28. Idem p. 197.
29. Idem p. 198.
30. Idem p. 198.
31. Idem (18) p. 81.
32. Nerey Ramos B, Aldereguía Henríquez J. Medicina Social y Salud Pública. Ed. Pueblo y Educ. 1990.
33. Idem.
34. Gracia Guillen D. Introducción. La Bioética médica. Bol of sanit. Panam. 108(5-6), 1990.
35. Foucault M. The politics of Health in the Eighteenth Century. Power and Knowledge: selected interviews and other writings. 1972-1977. Ed Pantheon Books, New York: 166-182.
36. Terris M. Temas de Epidemiología y Salud Edit. C. Médicas.
37. Rojas Ochoa F. Algunos Conceptos y Prácticas sobre Salud Pública, Promoción de Salud y Educación para la Salud. ISCM, La Habana. 1993.
38. Araujo R, Borroto R. El problema de la determinación del proceso salud-enfermedad. ISCM. La Habana.
39. Franco S, otros. Debates en Medicina Social. OPS-ALAMES, Quito, 1991.
40. Quintana JL, La naturaleza y la esencia social del hombre. ISCM Camagüey.
41. Araujo R, Borroto R. "El problema de la determinación del proceso salud-enfermedad." ISCM. La Habana.
42. Barreras A, otros. Filosofía y Ciencia de la Salud. Ed. Pueblo y Educación, 1991.
43. Obra citada en (20).

## **La medicina actual y las organizaciones internacionales en salud. Tendencias y contradicciones**

*Dr. Rafael Araujo González*

El título del presente trabajo habría podido llamarse "Crisis de la Salud Pública" o algo por el estilo, pero decidimos no adoptarlo, no por lo usual del tratamiento del problema en el sector -en tanto sigue constituyendo un problema medular en las discusiones del sector salud- sino por el deseo de relacionar tales contenidos con 2 polos de una latente y permanente contradicción: la actitud biológico-curativa y la sociológico promocional y preventiva que debe caracterizar a la atención primaria en salud.

La actual crisis de la salud pública es definida en los propios documentos de la OPS como "la incapacidad de la mayoría de las sociedades de promover y proteger la salud en la medida en que sus circunstancias históricas lo requieren".<sup>1</sup> De modo que la crisis debe ser interpretada como momento de ruptura y de continuidad de un proceso contradictorio que ha de tener en su momento la lisis recuperadora, la solución de la contradicción y el camino del desarrollo en salud.

"La salud pública está en crisis. Poca gente la comprende, y son menos aún los que se interesan en ella,"<sup>2</sup> señala el informe del Comité para el Estudio del Futuro de la Salud Pública, perteneciente al Instituto de Medicina de la Academia de Ciencias de los Estados Unidos. Sin embargo, incontables documentos de la OPS como "Estrategias de Salud para todos en el año 2000" (1980), "Salud para todos en el año 2000: Plan de acción para la ejecución de las estrategias regionales" (1982), "Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud" (1989), los "Informes anuales del Director", y más recientemente "Desarrollo de la Teoría y la Práctica de la Salud Pública en la Región de las Américas", entre otros, demuestran la preocupación y lucha permanente en el sector salud manifestado en:

1. La ubicación de los problemas en las escuelas o en los procesos educativos de Salud Pública.
2. El planteamiento de tratamientos más integrales u holísticos para resolver este problema complejo.<sup>3</sup>

¿En qué radica el problema?

El predominio de la concepción "flexneriana" biologista de la medicina no se encuentra en condiciones de resolver las múltiples tareas de carácter social y

práctico que necesitan llevarse a cabo para eliminar las dolencias de los pueblos del continente en el sector salud.

Habría que recordar las condiciones en que triunfó la concepción fisiológico-biológica de Flexner frente a la ecológico-ambiental o la sociológica a principios de siglo. Tres Universidades concurren en 1916 a la propuesta de la Fundación Rockefeller para el proceso de desarrollo de la Primera Escuela de Salud Pública en América: La Universidad de Harvard, con un enfoque tecnológico-sanitario; la Universidad de Columbia con un enfoque sociológico, la cual otorgaba un papel secundario a los aspectos médicos y la Universidad de John Hopkins con un modelo flexneriano y biólogo de la atención médica, y en cuya decisión participó el propio Flexner.

No queremos plantearnos que hubiera sucedido si la opción hubiera favorecido a Harvard o a Columbia, en tanto no tenemos una visión coyuntural de la historia, y mucho más si tenemos en cuenta el peso cognoscitivo de las ciencias biomédicas (aún en pleno florecimiento en la época) frente a las sociales. En la historia siempre triunfan como regla, aquellas corrientes que constituyen las tendencias más acuciantes en cada momento de su desarrollo. El caso es que la concepción planteada ha continuado hasta el presente. La forma extrema de esta concepción es aquella que concibe la solución a la ansiedad con ansiolíticos, a la depresión con antidepresivos,<sup>4</sup> y se ha llegado incluso a coser la boca a un obeso para que baje de peso, o al menos, no engorde; sin tener en cuenta todo el conjunto de condicionantes psicosociales que toman parte en la determinación de tales situaciones de salud.

En el ya señalado documento "Desarrollo de la teoría y la práctica en la Región de las Américas" se establece la persistencia de la separación entre algunos programas y la infraestructura que soporta la atención; la discordancia entre la evolución de la Educación en Salud Pública y las necesidades sociales, y la imperiosidad del fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), se plantea la necesidad del análisis, tanto de la teoría como de la práctica de la Salud Pública, así como del análisis integral de los determinantes de los problemas de salud y sus posibles soluciones, tanto al nivel del microambiente como del macroambiente social.<sup>5</sup>

*Badgley* señala que "para que los programas de salud sean eficaces y sostenibles se deben ejecutar simultáneamente con otras actividades de desarrollo social y económico,"<sup>6</sup> sin embargo, se habla a menudo de servicios de salud al referirse a los servicios médicos y de atención en salud referidos a la atención médica, concepción que emana de la visión medicalizada de los servicios de salud.

El problema se hace aún más complejo cuando persisten todavía en los sectores de poder concepciones que llegan a contraponer el crecimiento económico al mejoramiento de la suerte de los pobres, incluidos aquí las pésimas condiciones de salud y la falta de acceso a los servicios de salud de una buena parte de la población del continente, estas concepciones son acompañadas, en el mejor de los casos, de un análisis epidemiológico positivista de las diferencias sociales en salud.

¿Existe entonces una contradicción paradigmática entre diferentes enfoques de la investigación y la práctica médica? Evidentemente sí.

*Frenk* tipologiza de forma interesante los diferentes enfoques de la investigación en salud, según el objeto y los niveles de análisis, lo que constituye a nuestro modo de ver una buena ilustración de las diferencias de objetos y de niveles de análisis existentes entre diferentes campos de la actividad médica.

¿Qué resulta del análisis cuantitativo de las relaciones entre las investigaciones pertenecientes a estas diferentes ramas de la ciencia en el sector salud? Un lugar secundario de las investigaciones en salud respecto a la investigación biomédica y clínica. Esto es evidentemente una crasa contradicción cuando las investigaciones en salud requieren para su desarrollo mucho menos recursos económicos que las biomédicas y clínicas, sobre todo si se tiene además en cuenta la significación social total de los resultados de las primeras. Se plantea entonces la necesidad del desarrollo de las investigaciones en salud y su interacción con las biomédicas y la medicina clínica, pero el problema se complica bajo las condiciones del "difícil matrimonio existente -según *Fee*- entre la poderosa y rica medicina y la más débil salud pública" en el que esta última "ve relegado su papel al de la mujer en el matrimonio actual en una sociedad machista."<sup>7</sup>

¿Cómo llevar a cabo entonces tal inversión? ¿Se trata simple y sencillamente de un problema cognoscitivo?

La concepción medicalizada de la salud, según la cual se llega a esta última al eliminar la enfermedad y que no ve la salud como un concepto positivo que no depende única y sencillamente de los servicios de salud, sino de una enorme multiplicidad de factores de orden eminentemente social, no ha continuado predominando por razones de orden estrictamente cognoscitivas que resultan del desarrollo de la lógica interna de la ciencia médica, sino que junto a ella tiene lugar un proceso de afirmación y defensa de relaciones de poder.

Cuando se realiza una reunión médica multidisciplinaria para evaluar un caso de difícil diagnóstico, el análisis se hace sólo entre médicos y no participa -casi siempre- ningún otro profesional de la salud. Entiéndase aquí el poder como capacidad de decisión sobre las acciones y la administración de las cosas. De modo que hay un poder político que decide sobre el trazado y control de las políticas. Hay un poder económico que está ligado a la propiedad o posesión de las cosas y un poder administrativo que determina la administración de las decisiones o las cosas. Si nuestro médico tiene poder administrativo de liderazgo sobre las decisiones en salud en su área de acción, como no será cuando el mismo se acompaña de un poder económico que alcanza una no despreciable riqueza como sucede, por ejemplo, en el sector médico de la sociedad norteamericana.

Por otra parte, la defensa de puntos de vista que incluyen una concepción social y preventivista de la medicina se realiza casi siempre por sólo algunos de nuestros profesores más experimentados -hablo en estos términos por no usar otros que comprometan las relaciones con el calendario-. Y nos preguntamos, ¿tuvieron ellos siempre tal visión o la adquirieron con el desarrollo de su activi-



dad profesional?, ¿tendremos que esperar a que pasen los años para que otros se incorporen al carro de la concepción sociomédica preventivista?, ¿Logrará el mal uso de los nuevos medios tecnológicos de diagnóstico vencer a la vieja lógica y experimentada clínica?, ¿Qué pasará después? La existencia de este conjunto de interrogantes obedece al predominio de un conjunto de prácticas y concepciones retrógradas afianzadas hoy día en el quehacer médico.

Se habla de la necesidad del debate, y estamos seguros de su enorme importancia. Pero si las causas no son sólo cognoscitivas, ¿puede el debate sólo resolver el problema?

Si a nivel individual la concepción medicosocial preventivista no es comúnmente aceptada, o al menos practicada, a nivel social en muchos países no son aceptados los principios proclamados y las tareas difundidas por la OPS/OMS en su intención -ya difícilmente lograda desde una posición conservadora- de lograr "salud para todos en el año 2000". Se señala en este plano del análisis falta de liderazgo en salud pública cuando en algunos países la dirección de la salud pública se encuentra en manos de médicos clínicos con una concepción biológica curativa de la atención médica y la mayor parte de los recursos de la atención médica se gastan en actividades curativas.<sup>8</sup> Es decir, que la acción de la actividad médica y de salud quedaría reducida en lo fundamental a la esfera de la actividad biomédica y clínica. *Frenk* destaca cómo la toma de decisiones obedece más en muchos casos, a presiones coyunturales o ideológicas, es decir, a intereses diversos establecidos, que a la propia evidencia científica.<sup>9</sup>

Nos preguntamos entonces ¿Cómo es posible que a finales del siglo xx y en los umbrales del XXI continúen predominando tales concepciones y prácticas?, si el propio *Flexner* señaló a principios de este ya vetusto siglo (1910) en su Informe sobre la Educación Médica en Estados Unidos y Canadá que "la función del médico se está haciendo rápidamente social y preventiva más que individual y curativa".<sup>10</sup>

Es harto conocido el enorme papel que desempeñan factores sociales como la vivienda, la nutrición, el nivel de vida, entre otros, junto a los servicios de salud de la Población. En importantes documentos programáticos, tales como el Informe Black y la Carta de Ottawa se reclama la acción de factores fuera del sector médico como camino necesario para disminuir las inequidades en salud.<sup>11,12</sup>

*Ferreira* refiere que como resultado de las peculiaridades del desarrollo social en nuestros países -si es que a esto se le puede llamar desarrollo- las características del crecimiento demográfico y los problemas del hacinamiento urbano, junto a marcadas diferencias en los distintos países en cuanto a mortalidad y morbilidad, dejan fuera del acceso a los servicios de salud a cerca de trescientos millones de personas, sólo en América Latina.<sup>13</sup>

¿Cómo resolver tal situación creada? El ejemplo de los cambios ocurridos en Cuba a partir de 1959 en el perfil de morbilidad y mortalidad motivado no sólo por las medidas adoptadas en el sector salud, sino también por aquéllos que emanaron de los cambios estructurales de la sociedad cubana, constituyó

una muestra fehaciente, no en la teoría, sino en la práctica, del enorme impulso que recibe el sector salud y sus determinantes como resultado de las transformaciones sociales de avanzada ocurridas en una sociedad cualquiera.

Evidentemente, en este nivel del análisis, el enfrentamiento de ideas y la intención de cambios en los paradigmas existentes constituyen una tarea válida y necesaria. Pero la solución tiene que ir más allá.

No hay que olvidar que el médico como sujeto de salud y el político, también como sujeto trazan y llevan a cabo las políticas sanitarias, no sólo son movidos por sus paradigmas científicos, sino también por sus intereses; intereses que están creados y que le imprimen más fuerza a la acción que cualquier concepción teórica de partida. De manera que es sobre las relaciones de la estructura social sobre las que debe fijarse el objetivo principal de los esfuerzos.

Además, no podemos bajo las condiciones actuales del mundo, pensar que los cambios sobrevendrán con procesos revolucionarios drásticos. Esto sería la solución más rápida y fácil, pero los procesos revolucionarios de cambio social no se imponen, sino que se realizan como resultado objetivo del desarrollo social.

La influencia de organizaciones tan prestigiosas como la OPS y la OMS sobre los gobiernos, los estados y a través de los sistemas locales de salud (SILOS) con capacidad de acción, pudiera ser también una importante vía de logro de los objetivos trazados.

Son válidas las ideas acerca del camino a que conducen los modos de pensar positivista y funcionalista en los marcos del pensamiento médico, y de la necesidad de influir sobre el mismo para cambiar la situación existente. Puede proclamarse entonces la imperiosidad del enfrentamiento de ideas. Pero, pensar que el simple enfrentamiento de ideas podrá revertir la situación, sería repetir la vieja ilusión hegeliana de izquierda de que al cambiar las cabezas podría cambiar entonces la sociedad. En la realidad social ocurre exactamente lo contrario. Es el cambio en las relaciones materiales el que ha de producir una transformación en las cabezas a nivel social, sin menoscabo de reconocer también el papel del enfrentamiento de ideas en el sistema de relaciones sociales; pero el motor impulsor principal para la acción humana es el sistema de relaciones materiales establecido que emana en buena medida de los intereses creados existentes. Tal punto de partida metodológico puede erigir entonces al filosofar de ejercicio teórico en instrumento de práctica.

Desde la misma antigüedad, la mitología griega puso de manifiesto la contraposición entre salud y curación a través de las representaciones de Igiás y Panacea respectivamente. Hoy día se sabe que debe ganarse el logro de la salud sin menoscabo de la mantención del papel de la curación en la acción de salud humana. Pero la realización de tales objetivos no puede obtenerse sin tener en cuenta la gran cantidad de relaciones mediadoras que van desde las condiciones materiales y los intereses humanos hasta los modos de pensar y los paradigmas existentes. En este complejo mundo de interacciones que son las relaciones sociales, el camino planteado ha de actuar como instrumento teórico-metodológico para su contribución a la realización de las transformaciones

propuestas. En la medida en que tales transformaciones puedan realizarse, sin duda a través de una ardua, y quizás a veces violenta lucha, podrá Igiás no vencer a Panacea, sino estrecharse con ella en un fraternal abrazo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Desarrollo de la Teoría y la Práctica de la Salud Pública en la Región de las Américas. Términos de referencia. OPS. En: "La crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate". OPS. Publicación Científica No. 540. 1992: 3.
2. Institute of Medicine. The future of Public Health. Washington, D.C.: National Academy Press; 1988. Citado por J.R. Ferreira. Obra citada. pp. 233-234.
3. "Desarrollo de la Teoría y la Práctica ...". Obra citada. p. 3.
4. Eyer J, Sterling P. "Mortalidad relacionada con el stress y la organización social". Univ. de San Carlos de Guatemala. Facultad de Ciencias Médicas. Fase IV. Programa para formación de docentes. Mimeo. p. 32.
5. "Desarrollo de la Teoría y la Práctica ...". Obra citada. p. 4.
6. Badgley RF. "Salud Pública: Tendencias y desafíos". Obra citada. pp. 57-58.
7. Fee E. "Disease and Discovery. A History of the John Hopkins University Press". 1987. Citado por E. Nájera. Obra citada. p. 125.
8. Frenk J. "La nueva Salud Pública". Obra citada. p. 81.
9. Idem. p. 89.
10. Odegaard CE. "Dear Doctor. A Personal Letter to a Physician. Menlo Park, Calif. :The Henry J. Kaiser Family Foundation; 1986. Citado por E. Nájera. Obra citada. p. 127.
11. Townsend P, Davidson N. Whitehead M. "Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide". London: Penguin, 1988.
12. Carta de Ottawa. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 103. (1): 77-81 Julio, 1987.
13. Ferreira JR. "La crisis". Obra citada. p. 235.

# **Correlación de lo biológico y lo social en la medicina.**

## **Actualidad del problema**

*Lic. Milvio Novoa Pérez*

### **INTRODUCCIÓN**

La Revolución Tecnológica actual le ha imprimido agudeza y actualidad al problema del hombre, desde el punto de vista de su relación con la naturaleza, y ha puesto en primer plano de análisis un grupo de problemáticas metodológicas acerca del reflejo del hombre como objeto de investigación de las ciencias médicas y sociales, entre otras. Estos 2 cuerpos teóricos han sido independientes hasta hace muy poco, en el campo de los estudios de la salud humana; de donde se puede distinguir un nivel metateórico de investigación y estudio de problemas como la relación de: lo biológico y lo social, la sociedad y la naturaleza, de la psiquis y el soma, de la salud individual y social, "cuya solución deviene en un conjunto de principios metodológicos generales que tienen valor para todo el conjunto de las ciencias médicas".

Un segundo nivel de análisis es el estudio científico de la salud, donde se elabora una representación lógico-abstracta de los factores que determinan el estado de salud y los elementos para medirlo, que pudiéramos denominar teórico particular y que apoyándose en las posibilidades heurísticas de la teoría filosófica en cuestión, constituye, junto a otros métodos científicos generales, el fundamento teórico inmediato de las diferentes disciplinas aplicadas para proyectar la política de salud a nivel social. Finalmente encontramos un nivel empírico, dirigido al estudio de problemas concretos: como la medición del estado de salud de la población, así como de la calidad de la atención médica, etc. En este último, se identifican nuevos problemas que pueden contribuir al enriquecimiento de la teoría.<sup>1</sup> Estas ideas aunque referidas para el análisis de la higiene social, nos permiten distinguir la dimensión teórico-filosófica en el estudio de los problemas de salud en la actualidad, frecuentemente no comprendida por la dificultad de que "la salud como objeto no ha sido parte del dominio de las ciencias sociales, aunque el desarrollo social y científico la han incorporado progresivamente,"<sup>2</sup> en calidad de tal, en dichas ciencias.

De tal modo, que en el análisis del papel de los componentes biológicos en el proceso del desarrollo humano, la aclaración de los factores naturales de la vida social se hacen cada vez más necesarios para la coordinación de los programas del desarrollo de la sociedad en correspondencia con las premisas naturales, así como para la solución de las contradicciones entre las condiciones sociales y naturales de existencia del hombre y su regulación consciente. Este último, es otro problema de creciente actualidad, el evitar que tanto la actividad humana como sus resultados se vuelvan hostiles al hombre, y se contrapongan a los fines para los cuales fueron creados en determinadas condiciones sociohistóricas.

Todo lo anterior nos permite ilustrar algunos de los factores que condicionan la actualidad del problema de la correlación de lo biológico y lo social en el hombre, al cual se le ha dedicado un volumen creciente de trabajos en la presente década, a partir de las más diversas orientaciones filosóficas e ideológicas dentro de las comunidades científicas, y en el cual nos detendremos a continuación desde una perspectiva marxista de análisis.

La sociedad actual ha sido transformada por el impetuoso desarrollo de la ciencia y la tecnología, esto ha modificado también el lugar y el papel del hombre en el mundo, como resultado de los avances de su propia actividad. El postulado marxista de que el hombre vive física y espiritualmente de la naturaleza se ha hecho hoy más que nunca evidente. De tal forma, que el análisis del papel de los componentes biológicos en el proceso de desarrollo humano y la aclaración del papel de los factores naturales en la vida social, se hacen cada vez más necesarios para la coordinación de los programas sociales en relación con las premisas naturales de nuestra existencia.

Hoy se abre camino la idea de desarrollo social como ecodesarrollo, y la eficacia de estos proyectos se mide por la calidad con que resuelven las contradicciones entre las condiciones sociales y naturales de existencia del hombre, su regulación consciente. Es importante evaluar las modificaciones de esta interacción en cada época histórica a partir de las particularidades de la actividad humana, donde tiene lugar la vida y el propio proceso salud-enfermedad. Los impresionantes avances de las ciencias biológicas, las ciencias de la salud y las diversas ramas de la medicina, junto a la complicación de la situación ecológica global, han hecho resurgir la lucha de ideas en torno a cómo concebir al propio hombre, lo cual ha sido objeto de las más enconadas polémicas en la bibliografía filosófica y científica en la década que concluye.

En su momento, también los clásicos del marxismo-leninismo sometieron a crítica las tendencias biologizantes en la interpretación del hombre, para desarrollar una comprensión dialéctica de éste en contraposición al reduccionismo que se ha caracterizado por: "el traslado de las nociones biológicas al campo de las ciencias sociales calificada por Lenin como palabrería".<sup>3</sup> Tesis que mantiene toda su actualidad, porque los retos que enfrenta la medicina para el siglo XXI auguran un inevitable proceso de síntesis de los conocimientos acerca del hombre, que pueden estimular nuevas variantes de biologicismo, asociadas al traslado mecanicista de las nociones de la Ingeniería Genética, la Neuropsicología,

la Psiconeuroendocrinología, entre otras disciplinas novedosas, al campo de los procesos sociales y las ciencias que los estudian.

Por otro lado, se debe evitar también toda sociologización en la interpretación de la vida y la salud humanas, pues también sería nociva para el nuevo paradigma del proceso salud-enfermedad que hoy se requiere; al respecto señala el doctor *Aldereguía*: "la medicina debe sintetizar las bondades del enfoque higiénico social y el epidemiológico desde las posiciones de la esencia social del hombre, su naturaleza sociobiológica y la estructura biosicosocial del individuo (...) contribuyendo así a la conformación de la ciencia única del hombre que avizoró *Marx*."<sup>4</sup>

Dentro de este contexto, es que debe ser planteado y resuelto el problema de la correlación de lo biológico y lo social en el hombre, para no caer en exposiciones divorciadas de las condiciones reales de existencia humana, muy abundantes en trabajos de antropología general. Para las ciencias biomédicas este problema resulta medular en el plano teórico y en el práctico, pues, de su solución depende uno u otro enfoque del proceso salud-enfermedad y su enfrentamiento concreto.

Para este análisis, podemos distinguir 3 grupos de fenómenos vinculados a la acción recíproca de las condiciones sociales y las premisas naturales en la vida humana con efectos para la salud:

Primer grupo: fenómenos asociados a la significación primordial de lo social, su influencia formativa sobre lo biológico humano. A lo largo de la formación en el pasado de nuestra especie así como en la actualidad, lo social ha modificado el contenido del propio proceso de adaptación biológica del hombre al medio circundante. Si en el pasado, el carácter de las patologías se determinaba por las influencias patógenas naturales fundamentalmente, ahora, como fuente de alteración de nuestra salud interviene crecientemente el medio artificialmente creado por el propio hombre a través de su actividad, es decir, nuestra segunda naturaleza: la cultura. Lo anterior ha sido confirmado por las investigaciones actuales sobre la salud poblacional, "el mejoramiento de ésta depende en un 50 % del estilo de vida de las personas, en un 20 % de la genética de las poblaciones, en el otro 20 % del estado del medio ambiente y en un 10 % de la salud pública tradicional."<sup>5</sup> Debiera destacar cómo, en diferentes épocas y contextos, el hombre ha experimentado la influencia de factores como la hiperdinamia, la subalimentación general (insuficiencia calórica) y la específica (insuficiencia de microelementos y vitaminas) asociados a condiciones precarias de vida, que hoy persisten en los países subdesarrollados. En los países económicamente desarrollados, encontramos en cambio, otros factores de riesgo de otras enfermedades: el sedentarismo, la sobrealimentación, la abundancia informativa, el *distress*, etc.

Segundo grupo: fenómenos asociados a la mediatización social de algunos procesos biológicos por su naturaleza. En este grupo se relacionan, ante todo, un amplio grupo de factores biológicos y sociales en los cuales el significado esencial pertenece a lo sicosomático en la generación de enfermedades, tales como las digestivas, hormonales, etc. En todas ellas participa activamente el Sistema Nervioso Central.

Tercer grupo: fenómenos vinculados al contenido biológico de procesos sociales por su origen y esencia, donde lo social no sólo dirige y va conformando a lo biológico, sino que se combina y recibe la influencia inversa de éste. Así encontramos la difusión de tales fenómenos sociales, que constituyen a su vez problemas de salud como la narcomanía, el alcoholismo, entre otros. Este último por ejemplo, durante mucho tiempo fue considerado y tratado como un mal social y enfrentado con medidas exclusivamente sociales. Se perdió de vista su sustrato biológico, como fenómeno asociado a la habitualidad, a la costumbre. La comprensión de esta complejidad al explicar y enfrentar los problemas de salud, permite el establecimiento de estrategias de intervención más eficaces.

Todos estos fenómenos analizados anteriormente, permiten conformarnos una representación teórica del estrecho nexo existente entre los fenómenos naturales y sociales en la vida humana. Este problema reviste una gran importancia no sólo para la explicación filosófica del problema abordado, sino también para la medicina en cada época y contexto social por el carácter cambiante de las propias condiciones de vida del hombre, donde tiene lugar la actividad humana y el propio proceso salud-enfermedad.

## EL ENFOQUE DIALÉCTICO DE LA CORRELACIÓN DE LO BIOLÓGICO Y LO SOCIAL Y SU IMPORTANCIA EPISTEMOLÓGICA PARA LA MEDICINA

El análisis de este problema persigue como objetivos delimitar el contenido de los componentes biológico y social en el hombre (nivel ontológico) y revelar la relación entre nuestro objeto de estudio y el cuerpo de conocimientos, con el que ha sido y debe ser abordado para su mejor comprensión (nivel epistemológico). Sin embargo, queremos destacar que el análisis de los problemas de salud en la actualidad se ha desarrollado en "cuatro niveles comprensivos para la explicación del objeto: el ontológico, el epistemológico, el teórico-conceptual y el técnico-instrumental"<sup>6</sup> estando todos estrechamente vinculados entre sí y donde el más integrador es el nivel ontológico y el más simple o menos integrador es el técnico-instrumental.

En las páginas anteriores fueron reveladas algunas mediaciones en la correlación de lo biológico y lo social en la época actual, como asociaciones con un sentido causal mínimo, a partir de los 3 grupos de fenómenos delimitados. En lo adelante, ambos componentes del hombre serán abordados como procesos concatenados casualmente, en la perspectiva temporal de modificaciones e interacciones sucesivas que tienen lugar dentro de los procesos únicos que constituyen la filogénesis primero, y luego la ontogénesis humana. Posteriormente, en concordancia con el segundo objetivo serán esbozadas algunas tesis derivadas de estudios concretos de la neuropsicología que representan una tendencia en el estudio de este objeto en la actualidad.

El primer objetivo nos lleva a plantearnos las siguientes interrogantes: ¿cómo debemos entender lo biológico humano?; ¿cómo debemos comprender lo so-

cial? Ambas interrogantes han sido resueltas por la concepción dialéctico-materialista del hombre, al superar el materialismo antropológico de *Feuerbach*. El marxismo reelabora e introduce un nuevo contenido de lo humano, como producto superior de la evolución biológica perfeccionada en la más eficaz forma de evolución: la social; la cual no puede ser comprendida en abstracto como algo externo al hombre, visto como individuo biológico acabado. Es decir, la clave para entender la compleja interrelación entre los 2 lados del hombre se puede encontrar en lo especial que tiene su actividad, ya que sólo en y a través de ésta, el individuo deviene en humano al incorporar y luego reproducir peculiarmente el conjunto de relaciones sociales donde vive. Esta tesis de *Marx* arroja luz al polémico asunto de la esencia humana, pues al afirmar su carácter social, estamos admitiendo que posee un carácter cambiante y, por lo tanto, que debe ser estudiada permanentemente, a partir de los cambios que provoca el hombre en sus condiciones de vida mediante su actividad práctica y que por supuesto, alcanzan a su componente biológico y a través de él su salud. Es decir, reconocer lo anterior nos lleva a superar el seudoproblema acerca de la confusión de la esencia social del hombre con el carácter biosociosocial de su existencia real por un lado, y a una comprensión sintética del hombre a partir de su vida como actividad, por el otro, donde lo biológico aparece estructurado en 3 niveles (genético, inmunológico y nervioso) intervenculados entre sí, como premisas y resultado de lo social.<sup>7</sup> A su vez esta comprensión supera el enfoque de lo social como realidad exterior al individuo, presente en el muy difundido enfoque ambiental del proceso salud-enfermedad, en el cual el hombre aparece como un ente pasivo sometido a las influencias de un medio no estructurado.

Lo social, por su parte, debe ser entendido como el modo esencialmente humano con que el hombre se apropia de la naturaleza, y de todo el mundo exterior a él, lo cual le imprime un sello peculiar tanto a su biología como a su psiquis. Surge entonces la siguiente interrogante relativa al carácter de las leyes que rigen los procesos vitales en los 2 niveles de regulación presentes en el hombre: ¿puede afirmarse que durante el proceso de formación de nuestra especie el papel rector le ha correspondido a las leyes sociales o, por el contrario, a las leyes biológicas? En este proceso de filogénesis es posible distinguir 2 importantes momentos para tener una representación aproximada de la acción de estas leyes: el primero es la aparición de las leyes sociales, aún cuando el papel rector lo jugaban las leyes biológicas en los marcos de una actividad instrumental muy rudimentaria; el segundo momento es la afirmación definitiva de las leyes sociales con el avance y consolidación de la actividad propiamente humana: el trabajo y junto con él, el lenguaje.<sup>10</sup> Esta importante tesis de *Engels* ha permitido deducir genéticamente, a partir de los contradictorios hallazgos de las ciencias humanas y naturales, dilucidar cómo lo biológico fue y es la premisa natural para el desarrollo típicamente humano, y cómo lo social al condicionar lo biológico lo mediatiza, lo subordina, sin llegar a sustituirlo.

La vigencia del enfoque engelsiano de la correlación de lo biológico y lo social como procesos concatenados rebasa los marcos de una simple especula-



ción filosófica, no sólo porque se apoya en los descubrimientos de la ciencia de su época, sino porque ha condicionado metodológicamente importantes investigaciones en el campo de la psicología y de las ciencias médicas, como principio metateórico en el estudio de complejos problemas que se operan durante el proceso de ontogénesis humana. Tal es el caso del diagnóstico y tratamiento de disfunciones orgánicas provocadas por lesiones cerebrales, así como los procesos de la conducta normal y patológica.

A continuación serán abordados algunos de los interesantes resultados obtenidos por el erudito investigador *A. Luria* en el campo de la neuropsicología; ciencia, acerca de la organización cerebral de los procesos mentales, que aporta métodos de diagnóstico y exploración neurológica, la cual encuentra su fundamentación teórica en la filosofía marxista y que desde la década de los 70 le viene asestando un duro golpe a la concepción localizacionista. Entre dichos resultados se encuentra la explicación científica de la organización y funcionamiento de los lóbulos cerebrales y de actividades mentales sintéticas como: la percepción, movimiento, atención, memoria, lenguaje y pensamiento, sobre la base de un copioso material asistencial y una sólida fundamentación filosófica; en particular se trata de cómo en el devenir del individuo en sujeto humano es insustituible el proceso de asimilación activa de la cultura, la autotransformación del hombre socioculturalmente y que lo hace específicamente distinto de las demás especies. En este punto del análisis corresponde esclarecer ¿cuál es la relación entre esta tesis marxista y la neuropsicología? esta relación consiste en que según el propio *Luria* "mientras que las funciones elementales de un tejido pueden tener una localización precisa en grupos determinados de células, (...) no ocurre lo mismo con la localización de sistemas funcionales complejos en áreas limitadas del cerebro o de su corteza."<sup>8</sup> y esto es válido para procesos sistémicos como la respiración.

En el caso del sustrato fisiológico de las formas elevadas de la actividad mental, que se establecen en el transcurso de las etapas de la ontogénesis del individuo humano, se explica con mucho más evidencia el proceso de mediación social de lo biológico. En la organización funcional de las zonas de la corteza cerebral bajo la influencia formativa de la actividad socialmente organizada, surgen "nuevos órganos funcionales" o "sistemas funcionales complejos", que no son posibles heredar genéticamente de nuestros antecesores.

Desde el punto de vista clínico (diagnóstico y terapéutico) es ilustrado por el propio *Luria*: "a nivel de comportamiento instintivo, con su estructura elemental, las tareas motoras son dictadas por programas innatos; a nivel de una acción compleja consciente formada durante la vida, son dictadas por intenciones que se forman con la estrecha participación del lenguaje, regulando el comportamiento humano...lesiones masivas del cortex frontal pueden conducir a la apraxia de acción, pero ésta va a ser diferente de aquélla que es tradicional, pues la primera consiste en la incapacidad del paciente para subordinar sus movimientos a la intención expresada verbalmente."<sup>12</sup> Desde el punto de vista metodológico más general esta tesis es relevante porque ilustra cómo los complejos procesos que operan en la fisiología del cerebro humano, aun cuando

forman parte de la actividad biológica, no pueden ser explicados a partir de ella misma sin tomar en cuenta la mediatización social que presupone la formación de “nuevos órganos”.

Desde el punto de vista filosófico, lo más interesante es la contradicción dialéctica que preside el estudio de la correlación de lo biológico y lo social: el fundamento primero de toda vida humana es su sustrato natural, sin embargo, éste es el resultado de toda la evolución natural de la especie condicionada por la actividad del propio hombre, la cual le imprime un carácter social al proceso salud-enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldereguía J, et al. La higiene social Rev Cubana de administración de salud. vol 8, 1982: 291-292.
2. Jarillo E, et al. El conocimiento de la salud. Rev Española de Salud Pública. vol 69, 1995: 265-266.
3. Lenin V. Materialismo y Empiriocriticismo. Buenos Aires, 1956:33.
4. Aldereguía J. La medicina social y el próximo siglo, en Problemas Sociales de la Ciencia, La Habana. 1994:1.
5. Idem. obra citada. p: 158.
6. Jarillo E. obra citada. p: 268.
7. Filosofía y salud p: 369-371.
8. Luria A. El cerebro en acción. Ed. Revolucionarias.

## ¿Qué es la antropología?

*Prof. Rosa María de Lahaye Guerra*

"Allá por los comienzos del siglo xx se daba el nombre de antropólogos a los eruditos que se interesaban en escrudñar los aspectos raros, impresionantes y misteriosos de la historia de la Humanidad. Eran hombres que se empeñaban en encontrar a los antecesores más antiguos del hombre, en descubrir la Troya de que nos habla Homero, en indagar de dónde vinieron los indios que poblaron el Continente Americano, en precisar la relación que existen entre el color de la piel y los vivos rayos solares, en averiguar de dónde salieron la rueda, los alfileres de seguridad y los utensilios de cocina. A tales hombres les interesaba saber "cómo llegó a ser el hombre moderno lo que es hoy": por qué ciertos pueblos se gobiernan por reyes, otros por guerreros y ninguno por mujeres; por qué dentro de ciertos pueblos los bienes se legan a los varones, en otros a las mujeres y en otros a todos los vástagos, sin diferencia de sexos; por qué algunas personas caen enfermas y mueren sin sospechar que alguien los embrujó, y en cambio hay otros que se ríen de todo eso. Estos hombres querían encontrar los principios universales que regían la vida y la conducta humanas"<sup>1</sup>

Efectivamente, la Antropología es el estudio del hombre y sus obras, pero semejante información es arriesgada y restringida en extremo.

Análogo resultado obtendríamos si alguien nos dijera, que la biología es la ciencia de la vida y las modalidades con que ésta se manifiesta en los organismos. O que la medicina es la ciencia de conocer, prevenir, aliviar y curar las enfermedades.

Para quien se inicia en estos estudios, las anteriores sólo son declaraciones de partida que poco explican. Salta a la vista lo difícil que resultaría tratar de dar una visión lo suficientemente amplia y convincente de qué es la antropología, sin introducirnos en la historia de esta ciencia y comprender desde su propia lógica interna cuáles han sido los móviles de su desarrollo, vale decir, la evolución de su objeto de estudio y los medios de los cuáles se han valido los antropólogos para conseguir sus propósitos.

El método más acertado para resolver cualquier problema científico es el de su enfoque histórico, ya que el objeto de estudio de una ciencia no es una realidad dada, sino que se hace. Es histórico. Ha cambiado y sigue cambiando. Y se debe tener plena conciencia de que esta determinación histórica no es nada externo, sino una determinación esencial.

En la historia de la propia actividad antropológica es donde único se puede esclarecer la interrogante: ¿qué es la Antropología?

Esta disciplina no se desarrolló de forma plena y autónoma hasta bien entrado el siglo XIX. Tras los grandes descubrimientos geográficos, se acumula una cierta cantidad de conocimientos sobre los habitantes de diversas partes del mundo. Según *Radcliffe-Brown* esto produjo un incentivo creciente para tratar de explicar su variedad.

Ya a mediados del siglo XVIII era claro, al menos para un pensador de la talla de *Rousseau*, que el conocimiento que existía sobre el hombre era muy imperfecto, dada la inteligencia superficial que se poseía sobre los pueblos no europeos. Por eso *Lévis-Strauss* consideraba a *Rousseau* el fundador de la Antropología. Sobre todo, por el énfasis que éste ponía en la necesidad de conocimiento de primera mano, es decir, recogidos en trabajos de campo.

De acuerdo con esta manera de pensar, la Antropología nació como una disciplina desapasionada, dedicada al problema de explicar la diversidad cultural y su objetividad nacería del hecho de contemplar las cosas a distancia: sería algo así como la cosmografía de las ciencias sociales. Pero la Antropología está muy lejos de ser tal desapasionada ciencia.

Ella es hija del colonialismo, incluso la práctica antropológica fue posible en primera instancia, gracias al contexto colonial.

Como hija del colonialismo es el "producto de un proceso histórico, el mismo proceso que ha hecho que la mayor parte de la humanidad esté subordinada a la otra y durante el cual millones de seres humanos inocentes han sido despojados de sus recursos, en tanto que sus instituciones y creencias han sido destruidas; muchos de ellos muertos despiadadamente, otros sometidos a la esclavitud o contaminados por enfermedades que les era imposible resistir. La Antropología es hija de esta era de violencia... en que una parte de la humanidad trata a la otra como un objeto".<sup>2</sup>

Y esto, por supuesto, no ha pasado sin consecuencias. Cuando se intentaba el estudio de otras culturas, pueblos o civilizaciones se hacía ante todo, con el fin de conocer al "otro" con intereses de dominación. Ese pecado original ha marcado indefectiblemente el desenvolvimiento de esta ciencia. Mas, por fortuna, ha sido la propia disciplina la que ha distinguido otras direcciones.

El "otro" es aquella comunidad o cultura a la que se dirige el antropólogo para investigarla con sus conocimientos, métodos y características personales. Con mucha frecuencia la distancia que separa al antropólogo del "otro" se mantiene de manera rígida y se la exagera de forma artificial. Por lo que, en muchos casos este distanciamiento conduce a una focalización exclusiva del "otro" como algo primitivo, curioso, exótico e inferior.

Esa brecha entre "nosotros y ellos" es un obstáculo para la comprensión cabal del "otro" inconveniente que sólo puede salvarse mediante la participación del antropólogo en aquel mundo, sin motivarse, sin convertirse en el otro para no perder la pretendida objetividad de su investigación. ¿Cuál es el universo que ocupa al antropólogo?

Las más diversas proposiciones encontramos en los libros especializados: la cultura, las relaciones sociales, las etnias, las razas, los sistemas económicos

y los sistemas de parentesco, las leyes, el matrimonio, la familia, el género, la religión, el lenguaje, etc.

Para los antropólogos, la cultura incluye mucho más que la educación, apreciación de las bellas artes y sofisticación. No sólo los profesionales, sino toda la gente tiene cultura, y las fuerzas culturales más interesantes y significativas son las que afectan a la gente en su quehacer cotidiano.

La cultura, definida antropológicamente abarca características que a veces se consideran frívolas y vulgaridades, como la cultura **popular**. Pero ocurre, por ejemplo, que para entender la cultura norteamericana contemporánea, hay que tener en cuenta los partidos de fútbol, el consumo de pizzas y Mac Donalds, los parques de atracciones, la televisión, los conciertos de rock, las formas en que se llevan los pantalones vaqueros, las peregrinaciones a Disneylandia en California, Halloween, la moda, los juguetes infantiles y hasta los restaurantes de comida rápida.

Al antropólogo le interesan las culturas, en tanto éstos, no son colecciones fortuitas de costumbres y creencias, sino sistemas totales orgánicos. Integrados por las actividades económicas y políticas, los valores, las visiones del mundo, las reacciones psicológicas, estéticas y los hábitos y tradiciones de los individuos.

Todo el material acumulado por esta ciencia en los más de 150 años de su existencia es impresionante. Pero el mismo no existe caóticamente. Las subdisciplinas o ramas de la Antropología se han encargado de ordenarlo y clasificarlo.

## LA ANTROPOLOGÍA FÍSICA O BIOLÓGICA

Es la subdisciplina que estudia al hombre en cuanto organismo biológico y su diversidad o variación.

Según resume *C.P. Kottak* muy acertadamente, en este estudio de la variación humana se destacan 5 intereses especiales:

1. La biología, evolución, comportamiento y vida en comunidad de los monos, los simios y otros primates no humanos.
2. La evolución de los homínidos a partir de los restos fósiles. Este es el objeto de la paleoantropología.
3. La genética humana.
4. El crecimiento y desarrollo humano.
5. La plasticidad biológica humana (capacidad del organismo de enfrentar presiones como el frío, el calor, la altura, etc.).

Esta subdisciplina se interrelaciona a su vez con la biología, la geología, la fisiología y la medicina.

## LA ARQUEOLOGÍA

Es la subdisciplina encargada de reconstruir, describir e interpretar los comportamientos humanos y los patrones culturales a través de los restos materia-

les. Su especialización es el estudio de la prehistoria (período anterior a la revolución de la escritura hace algo menos de 6 000 años), pero también estudia las culturas históricas e incluso las vivas.

Tiene un vínculo particular con la ecología y la paleontología.

## LA LINGÜÍSTICA ANTROPOLÓGICA

Se ocupa del estudio del lenguaje en su contexto social y cultural. A través de esta especialidad se reconstruyen lenguas antiguas mediante la comparación de lenguas descendientes contemporáneas, y se puede seguir paso a paso el desarrollo ulterior de una lengua específica. Además, el estudio antropológico del lenguaje es el estudio de la cultura en cuestión, pues como señala el conocido lingüista suizo *Saussure*: "Las costumbres de una nación tienen repercusión en su lengua y, a su vez, la lengua es la que en gran medida hace la nación."<sup>3</sup>

## LA ANTROPOLOGÍA SOCIOCULTURAL

Estudia no al hombre y la cultura en general, sino las instituciones económicas, los nexos de parentesco y filiación, los sistemas políticos y las prácticas religiosas, las relaciones étnicas y las realizaciones artísticas, las maneras y proceder y las costumbres, los rituales y las valoraciones morales de los hombres en un contexto cultural determinado. No escapa a su atención ningún campo de la creación y metamorfosis cultural capaz de dar luz sobre la variedad de patrones y formas del comportamiento y el pensamiento humano.

Su propósito esencial es explicar al hombre en sociedad, a través de la interpretación de su propia obra material y espiritual, del proceso y los resultados de su actividad vital; es decir, a través de la comprensión de su cultura, siempre temporal y espacialmente determinada.

## LA ANTROPOLOGÍA RAMAL O APLICADA

Es aquel espacio que ocupa esta ciencia con el fin de identificar, evaluar y resolver los problemas prácticos muy específicos. Los antropólogos aquí proceden de las 4 subdisciplinas anteriores. Así, la **Antropología Económica** estudia entre otras, las relaciones económicas como parte de la vida social, el problema del mercado, las formas sociales de apropiación, producción y circulación, las relaciones sociales en la unidad doméstica, las relaciones interpersonales en el comercio. Es decir, se estudia el hecho económico y se priorizan el ambiente y las relaciones sociales que lo sustentan.

En la **Antropología Visual** la mirada del antropólogo sobre la imagen lleva a abandonar las retinencias y la oposición radical de los lenguajes, pone en marcha una nueva perspectiva científica: la antropología de la imagen y la

visualidad. Es la construcción del discurso antropológico a través de la imagen dibujada, fotográfica o cinematográfica.

La **Antropología Política** estudia las cuestiones relacionadas con la estratificación social y el poder; el poder en las sociedades no occidentales y occidentales, la organización política tradicional y la dinámica de las tradiciones; la modernización y la postmodernidad y sus vínculos con la cultura política, así como, los mitos, ritos y ceremonias políticas, entre otros.

La **Antropología Pedagógica** desarrolla líneas tales como la educación y el aprendizaje, la técnica y la cultura, la informatización, la autonomía y la socialización del proceso educativo, la teoría de la interpersonación y el estudio de casos como modalidad de la investigación educativa. El acento pasa a la diversidad, las cualidades individuales y las situaciones únicas, así como a los casos críticos, es decir, a los éxitos y fracasos inesperados del proceso docente educativo. Aspectos todos que ofrecen enorme interés para los estudios culturales y pedagógicos actuales.

El objeto de la **Antropología Urbana y del Trabajo** es profundizar en el estudio de uno de los fenómenos que en los últimos tiempos y sobre todo, en los países subdesarrollados, ha constituido motivo de serias preocupaciones para las ciencias sociales y especialmente para las ciencias antropológicas, que es el rápido proceso de urbanización con todas las contradicciones que acarrea y su necesario vínculo con el mercado laboral. Es el estudio transcultural de la urbanización global o de la vida en las ciudades.

La **Antropología Religiosa** presta atención a los hechos, las prácticas, los procesos, los ámbitos o contextos, los practicantes, los especialistas y las fundaciones de orden religioso desde una perspectiva transcultural.

La **Antropología Marítima** es un nuevo campo de investigación que se va abriendo paso desde hace 2 décadas y tiene un inapreciable futuro sobre todo en aquellas comunidades que tienen una parte sustancial de su economía basada en los recursos del mar y específicamente de la pesca.

Su vínculo más estrecho es con la Arqueología, la Antropología Física, la Ecología y la Economía. Así la lista de especialización que va perfilando la Antropología en nuestros días, es en sentido literal amplísima y muestra la preponderancia que va cobrando cada vez más dentro de las ciencias sociales el enfoque antropológico.

Una de las ramas que ha ido poco a poco ganando espacio y prestigio rediscutido es la **Antropología Médica**. Según los autorizados especialistas *Foster* y *Anderson* es "una disciplina preocupada por el aspecto biológico y sociocultural de la conducta humana y particularmente con el modo en que ambos interactúan y han interactuado a través de la historia del hombre, y han influenciado la salud y la enfermedad."<sup>4</sup>

Ésta es una disciplina muy joven, de una dinámica y una complejidad extraordinaria que trata sobre la forma en que la gente en diferentes culturas y grupos sociales explican las causas de la salud-enfermedad, los tipos de tratamientos en que creen y a quién acuden cuando se enferman. Y a la vez, el estudio del modo en que estas creencias y prácticas se relacionan con cambios biológicos y psicológicos en el organismo sano o enfermo.

En muchos lugares de Latinoamérica, la Antropología Médica es considerada una subdisciplina de la Antropología Social, con circunscripción en la Etnomedicina, y en otros espacios como Europa y Estados Unidos se le estima como una disciplina independiente.

El antropólogo de esta especialidad necesita tener claro las diferencias que subyacen en los distintos sistemas en que él se mueve: la *medicina oficial* como el sistema sanitario asistencial reconocido por el Estado, que establece líneas preventivas en materia de salud a partir de un conocimiento técnico adquirido en facultades universitarias; la *medicina popular* es la enraizada en la cultura tradicional propia. Se articula a partir del uso de plantas medicinales o de componentes simbólicos, mágicos y religiosos; la *medicina alternativa* generalmente es utilizada por especialistas de la *medicina oficial*, y la despoja de algunos de sus elementos cosmogónicos, me refiero al yoga, la acupuntura, la homeopatía, etc.; y la medicina casera que es la ejecutada por nuestras abuelas y madres, u otra persona de reconocido prestigio en los ámbitos limitados de un grupo, pues a partir de aquí es que puede interactuar positiva y efectivamente con el personal de la salud.

En cualquier parte del mundo los comportamientos y creencias relacionadas con la salud están influidos por múltiples factores: individuales, educacionales o culturales que no se aprenden en una escuela de medicina. Es decir, cuando se hable de la relación médico-paciente, se refiere a una relación muy teórica que poco tiene que ver con orientaciones colaterales.

Una pregunta clave que mueve a la Antropología Médica es ¿pueden los especialistas en medicina, o los trabajadores de la salud en general, con todos sus conocimientos, ser lo suficientemente críticos como para integrar las demandas de la población con sus propias demandas?, ¿pueden los egresados de las escuelas de medicina, en cualquier lugar del mundo, con la autoridad indiscutida que les da el título que obtienen, probar dicha autoridad y a la vez mostrar una actitud de cambio y constituir ellos mismos sujetos de reforma?

Nuestro programa da atención primaria, al igual que el de Brasil, México, Australia, y otros muchos países, es un buen objeto para el estudio de la Antropología Médica. El médico de familia es como el salvador de la tribu, entre sus preocupaciones está prevenir la aparición de enfermedades, promover el saneamiento ambiental, garantizar un diagnóstico temprano y la atención médica integral, lograr cambios positivos en la integración social de la familia y la comunidad, pero sobre todo, promover la salud mediante cambios positivos de los estilos de vida (hábitos y costumbres) de las personas. ¿En qué medida pueden estos médicos lograr sus propósitos? El secreto del éxito está en el respeto a la cultura local.

Hay muchos que estiman que en medicina las explicaciones científicas carecen de importancia, vale decir, lo que el médico piensa es menos importante que lo que el paciente cree por tradición.

¿Cómo puede el más experto de los galenos luchar contra los mitos populares sobre el alcohol? En muchas culturas se le asume como un agente que combate la hipertensión y el infarto del miocardio, que mejora la actividad sexual,



que sirve para combatir el frío, que sirve de estimulante y hasta que tiene propiedades alimenticias.

¿Cómo promover y establecer programas nacionales o internacionales de control para la liberación de los hábitos tóxicos provocados por el café, el tabaco y el alcohol, con una parte considerable de la población mundial cautivas de usos milenarios y leyendas de importantes raíces?

Es evidente que sin sólidos conocimientos del medio cultural, cualquier variación deseable en el universo de la salud, resultará infecunda.

Un aspecto importante de la aplicación de la antropología al campo de la salud ha sido la participación de especialistas en equipos de salud, fundamentalmente en el área de la concepción seguimiento y evaluación de programas. Los especialistas en Antropología facilitan la labor de los salubristas en la modificación del proceso salud-enfermedad en sentido negativo.

La necesidad de estos profesionales es mayor cuando existen diferencias culturales, étnicas, religiosas, idiomáticas entre el personal de la salud y la población beneficiaria, que pudieran expresarse en la desigual apreciación del problema de salud, hábito o conducta que se pretende modificar.

Pero, según el profesor *Cecil G. Helman* "en el lado biológico del *spectrum*, la Antropología Médica se mueve en las técnicas y hallazgos de la ciencia médica, y de sus especialidades, incluye la microbiología, la bioquímica, la genética, la parasitología, la patología, la nutrición y la epidemiología. Por ejemplo, una enfermedad hereditaria transmitida por un gen recesivo puede ocurrir con mayor frecuencia en una población específica a causa de la preferencia cultural de ese grupo por la endogamia (es decir norma que restringe el matrimonio a los miembros de una misma aldea o grupo social). Para establecer este problema se necesitan varias perspectivas: la medicina clínica (para identificar manifestaciones clínicas de la enfermedad); la patología (para confirmar la enfermedad a nivel celular o bioquímico), la genética (para identificar y prevenir las bases hereditarias de la enfermedad y su relación con el gen recesivo); la epidemiología (para mostrar la alta incidencia de una población particular en relación con costumbres y prácticas matrimoniales); y la antropología social y cultural (para identificar los patrones de casamientos de esa sociedad, y conocer qué tipos de relaciones son en cada caso probables)."<sup>5</sup>

Es evidente la apertura de todo un espacio para el reconocimiento del extracto biocultural, que lejos de significar una vuelta a los orígenes, se revela como toda una innovación interdisciplinaria.

Al interior de la Antropología Médica se van perfilando investigaciones cada vez más prometedoras relacionadas con la práctica clínica, los programas de educación para la salud, la ayuda médica extranjera, la medicina preventiva, incluso se han desarrollado importantes pesquisas orientadas hacia los aspectos puramente teóricos de la propia Antropología Médica.

Ya desde los años 60 se dio el debate sobre el debilitamiento del modelo médico prevaleciente entonces y se comienza a reconocer la importancia de las ciencias sociales en el terreno de la salud. Y es además el momento en que se produce el tránsito del concepto de enfermedad al concepto de salud. Y como

afirman los sociólogos venezolanos *Isabel Rodríguez y Jorge Pérez* esa conversión se produce porque la capacidad de respuesta de la ciencia médica comienza a evidenciar signos de agotamiento en cuanto a la explicación de los factores que generaban la enfermedad; se han gestado trabajos críticos que cambiaron la óptica de la enfermedad hacia la óptica de salud. Fue entonces que se tomó conciencia de la influencia que ejercen las condicionantes sociales en el proceso salud-enfermedad, que de ninguna manera es un problema exclusivamente biológico e individual.<sup>6</sup>

Resumiendo, la Antropología Médica se sustenta en la aplicación de la teoría antropológica a los problemas de salud-enfermedad en su contexto biológico, social y cultural.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kluckhohn, Clyde. *Minor for man*. NY. Mc Graw Hill Book Co. 1949: 2.
2. Lévi-Strauss, Claude. *Antropología Estructural*. Ed. Ciencias Sociales, 1970.
3. Saussure F. de. *Curso de Lingüística General*. Ed. Ciencias Sociales. La Habana, 1973.
4. Foster G. and Anderson BG. *Medical Anthropology*. NY. Wiley, 1978: 2-3.
5. Helman Cecil G. *Culture, health and illness*. Second edition published by Butterworth-Heinemann, 1990: 8.
6. Rodríguez Isabel y Jorge Pérez. *Salud y Participación Social "Comunitaria"* En: *Revista Espacio Abierto. Cuaderno Venezolano de Sociología* Vol.5, No. 3 Sept-Dic. 1996: 372-373.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Carozzi, Maya, Magrassi. *Conceptos de Antropología Social*. Centro Editor de América Latina Bs As, 1980.
- Kottak, Conrad. *Antropología. Una exploración de la diversidad humana*. Mc Graw-Hill/ Interamericana de España S.A. Sexta Edición, 1994.
- Lisón Tolosana, Carmelo. *Antropología Social. Reflexiones incidentales*. Ed. Siglo XXI. Centro de Investigaciones Sociológicas. España. 1986.
- Loowie, Robert H. *Historia de la Etnología*. FCE. México DF., 1985.
- Rodríguez, Josep y de Miguel, Jesús. *Salud y poder*. Ed. Siglo XXI. Centro de Investigaciones Sociológicas. España. 1990.
- Scarduelli, Pietro. *Introducción a la Antropología Cultural*. Colección E.V. Madrid, 1997.

# **La determinación del proceso salud-enfermedad en el pensamiento médico-social: vertientes, tendencias fundamentales y perspectivas de su desarrollo**

*Dr. Rafael Araujo González y Dr. Radamés Borroto Cruz*

## **INTRODUCCIÓN**

El problema de la determinación del proceso salud-enfermedad ocupa un importante papel dentro de la concepción médico-social ya que su solución teórica constituye un elemento medular, en tanto se trata de la precisión de los factores o elementos de la realidad que producen el movimiento hacia la salud o hacia la enfermedad. De modo que el punto de partida teórico-conceptual actúa como instrumento metodológico en la dirección de la búsqueda y la orientación teórica. Un punto de vista puede conducir a resaltar unos factores, y otro punto de vista a destacar otros, de lo cual resulta acercarnos o alejarnos de la esencia del proceso que constituye nuestro objeto de investigación o de trabajo. La historia del pensamiento médico-social como conceptualización teórica sistematizada destaca sus orígenes en la obra del destacado médico austríaco *John Peter Frank* a fines del siglo XVIII. Posteriormente, tuvo lugar en Alemania, en 1848, la continuidad de tal conceptualización como resultado del desarrollo del movimiento obrero y social (revolución de 1848), proceso en el cual se encontraban inmersos muchos médicos como *Virchow* y *Newmann*, así como *Guerin* en Francia y *Chadwick* en Gran Bretaña. Mucho ha recorrido el pensamiento médico-social en su devenir hasta alcanzar, ya en nuestros días, personalidad propia a través de las principales vertientes del pensamiento médico-social en la actualidad; nos referimos a:

1. La epidemiología tradicional.
2. La higiene social.
3. La epidemiología social o epidemiología crítica.

Analizaremos, por tanto, los criterios relacionados con el problema de los factores determinantes del proceso salud-enfermedad en las 3 señaladas vertientes del pensamiento médico social.

## LA DETERMINACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN LA EPIDEMIOLOGÍA TRADICIONAL

La epidemiología tradicional parte en el análisis del proceso salud-enfermedad del llamado método epidemiológico, el cual es definido por *Piédrola* como "...el método científico aplicado a los problemas de salud de una agrupación humana."<sup>1</sup> Este método podemos considerarlo un sistema de métodos en el sentido de que éste incluye la observación del fenómeno, la tabulación y comparación de los datos observados, la elaboración de la hipótesis, la experimentación o validación de ésta, así como la formulación de la ley (búsqueda de un mecanismo). En este mismo sentido se pronuncia también *Mac Mahon*,<sup>2</sup> así como otros conocidos epidemiólogos.

Aquí, el método actúa como instrumento de búsqueda de los elementos determinantes del proceso salud-enfermedad, cuyo objetivo final es la elaboración de una hipótesis que describa las relaciones causales de dicho proceso. La elaboración de hipótesis en epidemiología está dirigida fundamentalmente a la búsqueda de relaciones causales o de aquellos elementos o condiciones que producen la enfermedad, donde las características de tiempo, de lugar y de personas son las variables más comunes examinadas en ella como elementos causales. Es importante el hecho de que en epidemiología se establece claramente la diferenciación entre asociaciones estadísticas y causales.

*Mac Mahon* define la asociación causal como "la existente entre dos categorías de eventos, en la cual se observa un cambio en la frecuencia o en la cualidad de uno que sigue a la alteración del otro."<sup>3</sup> En este sentido, la idea de la alterabilidad es un componente básico del concepto de causalidad en epidemiología según él. Esta consideración debe ser precisada en tanto la alteración o variación de un componente de un fenómeno puede ser considerado causa de otro, cuando existe una relación genética entre ellos que hace que aquél produzca a éste o aparezca como resultado de su acción. De modo que la simple variación de uno y otro no basta para afirmar una relación causal entre 2 fenómenos. No obstante, la idea de la variabilidad entre 2 clases de eventos puede ser considerada como premisa para la determinación de una relación causal. Existe un conjunto de consideraciones para determinar cuándo una asociación en epidemiología expresa una asociación causal entre las que se encuentran: la secuencia en el tiempo, la firmeza de la asociación y su relación con el conocimiento existente. Como puede verse hasta aquí, el problema de la causalidad constituye un elemento fundamental dentro de la concepción epidemiológica general, tan es así, que *Fox* considera que "la historia de la Epidemiología es realmente la historia de la evolución de las ideas sobre la causalidad de la enfermedad."<sup>4</sup> La importancia del problema de la causalidad en epidemiología se deriva no de su valor teórico conceptual, sino de su valor práctico, en tanto se trata de determinar los factores que producen y determinan el movimiento hacia la enfermedad. De la precisión de las relaciones causales en el proceso salud-enfermedad resultan los elementos determinantes de éste. Es bien conocido que la epidemiología tradicional ha utilizado históricamente

la fórmula utilizada por *Leavell* y *Clark* acerca de la relación agente-huesped-ambiente en la producción de la enfermedad.<sup>5</sup> Tan es así, que ésta, que se hace evidente en la producción de las enfermedades infecciosas, es llevada más allá de ellas y considerada también válida, en un sentido más amplio, para las enfermedades no infecciosas o crónicas. Precisemos entonces el contenido de los 3 elementos fundamentales componentes de la fórmula propuesta por *Leavell* y *Clark*. En lo que al agente se refiere, es interesante la concepción en sentido amplio de *Lilienfeld* entre los que considera a los elementos nutritivos, agentes químico-tóxicos, agentes físicos y agentes infecciosos.<sup>6</sup> Agentes pueden ser entonces elementos físicos, químicos, biológicos o sociales que actúen sobre el organismo o la población y produzcan la enfermedad. Dentro de esta misma consideración, el problema de la relación medio ambiente-salud humana se constituye en un problema fundamental, en tanto el concepto de **ambiente** es precisamente uno de los más utilizados en la epidemiología tradicional. Si revisamos los contenidos del tratamiento del problema de la relación ambiente-salud humana en cualquier texto de epidemiología tradicional encontramos aspectos semejantes a los tratados por *Piédrola* en su obra "*Medicina Preventiva y Salud Pública*" tales como: ecología y salud humana, contaminación atmosférica, agua como factor higiénico, servicios de abastecimiento de agua, evacuación de excretas domésticas y urbanas, residuos sólidos, problemas sanitarios de los contaminantes físicos, el hábitat humano, entre otros.<sup>7</sup> De aquí puede deducirse que del ambiente forman parte (como ya señalamos anteriormente) elementos físicos, biológicos y socioeconómicos, lo que hace de él un concepto muy general que incluye absolutamente todo lo que rodea al hombre en su actividad. Este concepto necesita de mayor precisión para su operacionalización en el trabajo y la consideración epidemiológica, en tanto su carácter globalizador hace impreciso el elemento de acción para la intervención epidemiológica al no esclarecer los elementos específicos sobre los que hay que actuar. Otro aspecto importante en la determinación del proceso salud-enfermedad es el relacionado con el problema de la relación genes-ambiente. Éste puede ser considerado como un elemento del huésped en tanto aquélla depende de las características de este último. Existe una tendencia en epidemiología (a partir de la propia fórmula de *Leavell* y *Clark*) a buscar la causa de la enfermedad en la relación del organismo con su ambiente (dentro del cual puede hallarse también el agente correspondiente), mientras el desarrollo de la genética como ciencia precisa cada vez más la determinación genética de una cantidad creciente de enfermedades. De este modo, la relación genes-ambiente constituye un elemento esencial de la epidemiología para la determinación primaria de la red de causalidad. En este sentido queremos resaltar con fuerza la idea de *Mac Mahon* de que "...el genotipo del individuo es, en sí mismo, el resultado final de la acumulación del efecto del ambiente sobre sus antecesores; es decir, de las circunstancias que indujeron mutación."<sup>8</sup> De nuevo entonces, el concepto ambiente vuelve a estar en el centro de la evaluación epidemiológica.

Queremos dirigir, también, nuestra atención al hecho de que en el estudio de las características personales que interesan al epidemiólogo (características

de persona) son considerados aspectos tales como características demográficas; características biológicas; factores sociales y económicos; hábitos personales y características genéticas,<sup>9</sup> todos los cuales incluyen dentro de sí procesos de orden biológico en unos casos y social en otros. De manera, que el problema de la relación entre lo biológico y lo social se encuentra contenido en problemas tan importantes como el de la consideración del agente, del ambiente, el de la relación genes-ambiente, así como el de las características de las personas que constituyen el objeto de la investigación epidemiológica. Así, el problema de la relación entre lo biológico y lo social constituye una célula teórica fundamental en la consideración del proceso epidemiológico. En el análisis específico de las enfermedades crónicas, tal y como lo conceptualizamos al inicio, nos encontramos factores de riesgo que son indistintamente de carácter biológico o social, así se señala en el caso de las enfermedades cardiovasculares factores tales como el hábito de fumar, la hipercolesterolemia y dieta, así como la hipertensión arterial; en el caso del cáncer se señalan factores como el genético, la dieta, el tabaco, etc. Aquí se reafirma una vez más la importancia de la delucidación del problema de lo biológico y lo social en la teoría y la práctica epidemiológica. No obstante, la epidemiología tradicional se dedica a precisar y utilizar en la acción epidemiológica los elementos concretos que constituyen factores de riesgo, no globaliza, por tanto, a éstos en sus elementos comunes, y cuando lo hace, es a través del concepto ambiente, que se caracteriza por su imprecisión al incluir dentro de sí elementos físicos, químicos, biológicos y sociales. La importancia de esta globalización o generalización radica en la posibilidad de acción del hombre sobre los elementos organizados racionalmente que evita la pérdida en el *maremágnum* de relaciones causales que determinan el proceso salud-enfermedad. La realidad tiene una lógica expresada en sus leyes, por lo que la acción eficiente sobre ésta precisa del conocimiento y la comprensión de aquéllas, y esa comprensión tiene una estructura lógica que necesita ser determinada. De lo contrario la acción sobre la realidad estaría presidida de una multiplicidad de elementos como punto de partida, en los cuales están inmersos elementos esenciales y no esenciales. De ahí la importancia del problema de la relación entre lo biológico y lo social como elemento metodológico en la teoría y la práctica médico-social, en tanto lo social, a nuestro modo de ver, constituye un elemento de última instancia, es decir, esencial. La epidemiología tradicional al menos explícitamente no se plantea ese problema.

## LA DETERMINACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN LA HIGIENE SOCIAL

Esta corriente de orientación marxista se desarrolló en los ex-países socialistas de Europa, principalmente en la ex-URSS y la ex-RDA, así como también en Cuba, como resultado de la influencia cultural y científica soviética, entre otras, sobre nuestro país. Esta teoría trata de realizar una conceptualización general de los problemas de la salud y la sociedad a través del estudio del

subsistema teórico del estado de salud de la población (ESP) y del subsistema teórico de la salud pública.

A nosotros, en lo que al análisis de los determinantes del proceso salud-enfermedad se refiere, nos interesa en particular el contenido del subsistema teórico del Estado de Salud de la Población. En este sentido los aspectos más tratados se relacionan con los fundamentos teórico-metodológicos de la estadística médica; la salud de la población y los métodos para su estudio (aspectos demográficos, morbilidad y mortalidad de la población, etc.) así como el problema de la relación entre lo biológico y lo social. Este último aspecto constituyó un importante problema metodológico para el análisis del proceso salud-enfermedad desarrollado por la higiene social, tan es así que el mismo "se ha dado en llamar por algunos autores el problema metodológico central de las ciencias médicas."<sup>9</sup> El problema de la correlación de lo biológico y lo social parte del análisis de la biologización del pensamiento médico en la medicina tradicional, punto de vista a través del cual los procesos etiológicos son considerados los fundamentales en la determinación del proceso salud-enfermedad, y deja, por tanto, afuera los procesos sociales en los cuales ellos están inmersos. La higiene social parte de la consideración de la no supremacía de lo biológico sobre lo social, sino que, teniendo en cuenta precisamente la importancia de los procesos sociales, considera que lo que tiene lugar es la mediatización de lo biológico por lo social, postulado que no va al extremo opuesto, sino que advierte frente a las posiciones biologizadoras o sociologizadoras en la consideración del proceso salud-enfermedad. Pese a señalar que el subsistema teórico del **estado de salud de la población** es aquél donde menos desarrollo teórico y sistematización hay, en general, el problema de la relación entre lo biológico y lo social fue uno de los aspectos teóricos más desarrollados dentro de las consideraciones de la higiene social. Al analizar el cambio que ocurre en el ESP con el desarrollo social los higienistas sociales observan la transformación del patrón epidémico del ESP en crónico o no epidémico, explicándose las causas por factores netamente sociales. Aquí se resalta una vez más el papel esencial de lo social en la determinación del proceso salud-enfermedad. Hay que aclarar el hecho de que los higienistas sociales como regla señalan la necesidad de atender a la etiología y la profilaxis, saneamiento de las condiciones de vida y de trabajo, etc., teniendo en cuenta así, tanto los factores biológicos como sociales.

La higiene social estudia el papel de las leyes sociales en los procesos de enfermedad que profundiza específicamente en la influencia que sobre la salud del hombre y de la sociedad ejercen los factores del medio social, y en elaborar medidas higienicosanitarias efectivas para erradicar la influencia dañina de ese medio. Hay que destacar aquí el carácter partidista del enfoque de la higiene social, dentro del cual se incluye la consideración del análisis clasista en la determinación del proceso salud-enfermedad, es decir, se ocupa del estudio de las correlaciones entre la salud de los diferentes grupos y clases, y las condiciones de su vida bajo un determinado perfil patológico.

Por último, queremos resaltar la utilización del término **estado de salud de la población** por el de **proceso salud-enfermedad**, a través del cual se designa

"cómo se está expresando concretamente el proceso salud-enfermedad en un momento histórico dado."<sup>10</sup>

## LA DETERMINACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD EN LA EPIDEMIOLOGÍA SOCIAL

Otra muy importante tendencia del pensamiento médico-social en la actualidad es la llamada epidemiología social o epidemiología crítica, representada fundamentalmente por autores latinoamericanos, además de *Hernán San Martín* en Francia, y *Vicente Navarro* en los Estados Unidos. Esta corriente, que parte también esencialmente de la teoría marxista, tiene una orientación diferente a la higiene social, motivado, fundamentalmente, por la influencia en la formación de sus representantes de otras tendencias marxistas europeas. La epidemiología social, al criticar el carácter biologizante de la epidemiología tradicional expone las limitaciones de su método positivista al interpretar la sociedad como un agregado de elementos homogéneos y naturales; así oculta así su carácter social y la naturaliza. Conjuntamente critica también el carácter funcional de su método que no da importancia al análisis lógico-histórico de los procesos epidemiológicos. Por eso señala *J. Breihl* que es necesario el desarrollo de un "...perfil epidemiológico como una alternativa conceptual que pueda operar como recurso lógico para desarrollar clasificaciones epidemiológicas que superen el absurdo mosaico nosológico positivista y nos permitan reconstruir la unidad dialéctica salud-enfermedad."<sup>11</sup> En este mismo sentido es criticado el enfoque ecológico-funcionalista de la epidemiología tradicional. De forma general, la epidemiología social o epidemiología crítica está orientada fundamentalmente a la oposición frente al positivismo, funcionalismo y a la fenomenología de la epidemiología tradicional como método teórico-filosófico. Si quisiéramos explicar de forma sintetizada tal orientación se trata de la oposición al método estrecho de consideración de los procesos epidemiológicos, es decir, de la oposición a la valoración técnica o naturalista de los determinantes del proceso sin tener en cuenta su condicionamiento histórico y su determinación socioclasista. El método positivista tiene en cuenta las relaciones causales concretas en su expresión particular, dejando a un lado el elemento general o esencial en la determinación del proceso, el cual en el proceso salud-enfermedad tiene carácter social. La epidemiología social, a través de los representantes que ya señalamos anteriormente, parte de la aplicación de las leyes del materialismo histórico al estudio de los principios de determinación y distribución social que, según ellos, son los fundamentales de la epidemiología. Por eso señala también *Breihl* que "la Epidemiología deberá reconstruir totalmente su propia sistematización del saber y su método, subsumiendo la lógica particular de interpretación del proceso salud-enfermedad a la lógica general (Materialismo Histórico) que refleja el proceso más amplio del movimiento social."<sup>12</sup>

Tomando precisamente como centro de nuestro análisis el problema de la reconceptualización del proceso salud-enfermedad, si revisamos el contenido



de los fundamentales textos de los principales representantes de la epidemiología social podemos encontrar aparentes contradicciones en la consideración de la esencia del proceso salud-enfermedad. *San Martín* señala en su obra *Salud y Enfermedad* que "la Epidemiología es un fenómeno biológico, como lo es la enfermedad."<sup>13</sup> Sin embargo, en *Salud, Sociedad y Enfermedad* expresa que "la observación del proceso salud-enfermedad desde el ángulo de la Epidemiología, no se reduce a la constatación de trastornos biológicos o psíquicos en una serie de individuos, sino que busca integrar unidades de observación que expresen las interrelaciones de los procesos determinantes estructurales y particulares del grupo socio-económico al que pertenece esa unidad de observación...";<sup>14</sup> y en esa misma obra señala también: "El objeto de estudio de la Epidemiología es, evidentemente, el proceso de "salud-enfermedad" como proceso particular de las formaciones sociales humanas en cuanto a su origen social y en cuanto a su distribución social...".<sup>15</sup> Posiblemente este hecho no muestre en sí mismo una contradicción, sino más bien el resultado del proceso de desarrollo de tal reconceptualización, si nos atenemos a la diferencia en el tiempo entre una publicación y la otra, y sobre todo si tenemos en cuenta que la primera corresponde a su cuarta edición. De manera que en el centro de este proceso de reconceptualización se encuentra el problema de la relación entre lo biológico y lo social y su relación con el proceso salud-enfermedad.

Este problema (la relación entre lo biológico y lo social) alcanza tal valor, que la epidemiología social lo señala como una de las más importantes necesidades del aspecto conceptual epidemiológico para entender el proceso salud-enfermedad en la sociedad; al mismo tiempo destaca que en esta relación el lugar central lo ocupa el proceso productivo del hombre (la vida biológica de la especie sólo resulta posible a raíz del proceso de vida social). La consideración del problema de la determinación social del proceso salud-enfermedad ha tomado tal alcance que el propio *Mac Mahon* considera a los factores socioeconómicos como un concepto teórico que todavía está en espera de una clara definición, aceptando no obstante, la existencia de categorías socioeconómicas en el condicionamiento del proceso salud-enfermedad desde el punto de vista científico.<sup>16</sup> En este aspecto, la epidemiología social sitúa en el centro de la cuestión el problema de la concatenación de los hechos sociales con los biológicos, y señala el error de la epidemiología tradicional que extrapolando los datos obtenidos de la clínica bajo un paradigma reduccionista interpreta lo social como la agregación estadística de datos individuales, yuxtaponiendo así los índices de morbilidad con los llamados factores socioeconómicos. Es importante aquí destacar, que en este sentido la epidemiología social sigue las palabras de *Marx* cuando señala que "la historia de la sociedad humana" tiene ante sí una naturaleza histórica y una historia natural, considerando así en sentido unitario y globalizador que existe una sola ciencia: la ciencia de la historia. En el esclarecimiento del problema de la relación entre lo biológico y lo social, de su concatenación interna, los representantes de la epidemiología social consideran que el proceso salud-enfermedad constituye una expresión particular del proceso general del desarrollo social, lo cual incluye formas inferiores de

movimiento de tipo inorgánico, orgánico y social, sujetos a un ordenamiento jerarquizado. Esto constituye una de las proposiciones más importantes de esta corriente.

Sin embargo, al tratar de encontrar una quinta esencia que explique la unidad esencial del proceso salud-enfermedad como proceso complejo, estiman que la categoría más abstracta, aquélla que concentra en embrión todas las contradicciones del proceso epidemiológico, es la categoría de **producción**. A nosotros nos parece mucho más precisa en el análisis de la concatenación entre lo biológico y lo social, entre lo natural y lo social, por su carácter globalizador de un fenómeno complejo, la categoría de **corepidemia** acuñada por *Breihl* y *Granda* (CEAS) la cual "expresa una síntesis de la historia natural o modelo social donde se distinguen formas de desarrollo de la estructura económica implantada en el territorio, se acumulan ciertos patrones de vida social preponderantes y características con perfiles de salud-enfermedad típicos (incluidas formas fenotípicas y genotípicas), todo lo cual ocurre en formas de vida específicas principalmente determinadas por condiciones de fertilidad, pluviosidad, humedad y temperatura promedio, producidas históricamente y que participan en la determinación (codeterminación) del proceso salud-enfermedad".<sup>17</sup> La profundización y precisión de esta categoría a través de su operacionalización en el trabajo teórico-práctico pudiera llegar a ser de gran valor (no solo teórico, sino también práctico) para la epidemiología como ciencia.

En general, no se trata de discutir en sentido teórico acerca de la preponderancia o relevancia de lo biológico o lo social, sino de profundizar en las relaciones causales primarias que alteran la homeostasis del individuo o de una población determinada, y que producen por tanto la enfermedad.

Queremos destacar además, por su importancia, que en el análisis de las categorías básicas de la epidemiología, *Breihl* destaca, entre otras, categorías tales como necesidad, mediación y producción. Otro aspecto tratado en el intento de operacionalización de las categorías que reflejan los procesos epidemiológicos es el relacionado con el vínculo existente entre las leyes generales y los procesos particulares, considerando que las leyes generales condicionan el desarrollo y el comportamiento de los procesos particulares y establecen los límites y posibilidades de las leyes de lo particular. A partir de lo antes planteado se clasifican a los indicadores sociales de salud en indicadores de procesos estructurales, indicadores de procesos particulares e indicadores individuales, de este modo critican el carácter limitado de la epidemiología tradicional, que restringe su análisis al campo de los indicadores individuales y a algunos aspectos aislados del proceso reproductivo social. "Tan es así, que cuando se contrastan los más recientes materiales latinoamericanos sobre métodos epidemiológicos y teorías sobre causalidad, por ejemplo, con aquéllos publicados estos días por poderosas entidades sajonas que capitaneaban la epidemiología positivista y se enrolan en la nueva práctica lucrativa y empresarial en que va sumergiéndose crecientemente el quehacer epidemiológico en dichos contextos, no puede dejar de reconocerse una oposición diametral entre el enfoque integrador y dinámico de las investigaciones latinoamericanas y el avance unilateral y formalista

con que las teorías de la orilla dominante profundizan en un refinado positivismo...<sup>18</sup> En este sentido, el punto de partida teórico-conceptual de la epidemiología social, es mucho más efectivo y científicamente preciso (referido a su carácter más integrador y abarcador de la realidad de los procesos epidemiológicos) que el de la epidemiología tradicional. Resumiendo todo lo planteado hasta aquí, queremos realizar ahora algunas consideraciones teóricas importantes.

## LA DETERMINACIÓN DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD: ANÁLISIS CRÍTICO PARA SU EVALUACIÓN

El sistema de métodos aplicados en el método epidemiológico por la epidemiología tradicional, ha servido considerablemente para la indagación empírica y para la investigación epidemiológica concreta, para solucionar así múltiples problemas del proceso salud-enfermedad a través del análisis de la interacción entre los diferentes **factores de riesgo**. No obstante, el carácter positivista y funcionalista, de sus puntos de vista, dirigido fundamentalmente al estudio de las relaciones causales específicas, a través del análisis de asociaciones estadísticas adquieren un carácter naturalista, así consideran a lo social como un factor externo más, aspecto éste que tiene, por supuesto, orígenes, en unos casos e implicaciones en otros, de carácter ideológico. La epidemiología social critica el carácter naturalista de la epidemiología tradicional, dirigiendo su atención en forma explícita a su enfoque positivista de análisis, por tanto plantea la necesidad de una reconceptualización para una nueva epidemiología. La epidemiología tradicional en el análisis del proceso salud-enfermedad parte de un concepto poco preciso de ambiente, en el cual se incluye lo físico, lo químico, lo biológico y lo social. Aquí, lo social aparece como un elemento más al lado del otro, cuando en la realidad lo que existe son relaciones de jerarquización entre estos niveles.

Por otra parte, la higiene social no posee métodos empíricos propios para la solución de los problemas de salud, tarea ésta que deja, fundamentalmente, a la epidemiología de orientación positivista y se dedica en especial al análisis teórico general. Sin embargo, la higiene social plantea realizar una conceptualización general del proceso salud-enfermedad desde una óptica marxista -al menos así lo afirma-, pero al analizar los llamados determinantes del ESP, como puede verse en varios de sus principales textos, lo hace poniendo lo social, lo biológico, etc., uno al lado del otro al igual que la epidemiología tradicional de corte positivista.<sup>19,20</sup> En ambos casos no se rebasa el enfoque metafísico de evaluación de tal problemática teórica.

La epidemiología social latinoamericana parte del punto de vista de que las regularidades de los procesos epidemiológicos se subordinan a las leyes estructurales generales, es decir, las leyes objeto de estudio del Materialismo Histórico, en este sentido se plantea la necesidad de la reconceptualización del proceso salud-enfermedad, lo que significa en el plano metodológico la ampliación

del objeto de la epidemiología. En este aspecto consideramos necesario hacer algunas valoraciones teóricas generales. Para iniciar el análisis, profundizaremos en el problema de la relación entre lo biológico y lo social.

El problema de la relación entre lo biológico y lo social había sido planteado ya de forma implícita por la epidemiología tradicional. En el análisis de la relación entre el hombre y su ambiente, al precisar las características de las personas se señalan factores demográficos, biológicos, socioeconómicos, hábitos personales, así como factores de carácter genético, todos los cuales forman parte de los factores biológicos o sociales que determinan el proceso salud-enfermedad. Lo mismo sucede con el concepto de ambiente, que por su carácter impreciso, incluye dentro de sí una multiplicidad de factores de orden biológico o social. En el análisis de tal problemática por parte de la epidemiología tradicional lo más interesante, a nuestro modo de ver, es la consideración según la cual los factores genéticos están determinados en última instancia por la historia de las generaciones anteriores en su relación con el ambiente. De gran importancia es tener en cuenta aquí el hecho de que ese ambiente en el hombre es esencialmente social, de modo que lo social se convierte en un elemento de última instancia en la determinación del proceso salud-enfermedad. La consideración en el análisis de la relación entre lo biológico y lo social acerca de la existencia de una sola historia, de modo que los procesos sociales que tienen lugar en el proceso salud-enfermedad tienen antecedentes biológicos que incluyen al mismo tiempo dentro de sí procesos orgánicos e inorgánicos, ayuda a comprender que el proceso salud-enfermedad se presenta como una estructura jerarquizada de procesos determinados esencialmente por lo social.

Siguiendo esta lógica planteada, una de las vertientes fundamentales de la epidemiología social considera a la **producción** como la categoría más abstracta que concentra en embrión todas las contradicciones del proceso epidemiológico.<sup>21</sup> Consideramos que tal proposición es cuestionable, al menos en sentido absoluto. Es verdad que *Marx* señala que "...el trabajo es, en primer término, un proceso entre la naturaleza y el hombre, proceso en que éste realiza, regula y controla mediante su propia acción su intercambio de materia (...) Y a la par que de ese modo actúa sobre la naturaleza..."<sup>22</sup> De este modo, la producción es esencial para el sistema de relaciones sociales en su determinación, pero el proceso salud-enfermedad abarca esencialmente también procesos biológicos que están mediados, entre otros factores, por la producción, pero esta última no lo agota. El proceso salud-enfermedad existe antes que el hombre, con un carácter biológico o natural, sólo que en el hombre éste alcanza un carácter social. En este sentido lo social mediatiza la biología humana, es decir, que lo social constituye una mediación (aunque esencial) en el sentido de *Hegel* que concibe la mediación como "principio y paso a un segundo término", o sea, paso a "algo que es otro respecto de él".<sup>23</sup> Es decir, concebimos la mediación como "eslabón de engarce", como punto de continuidad que condiciona un modo de existir, y en el hombre su actividad biológica está mediada, eslabonada por su actividad social; y esto es precisamente aquello que hace que el proceso salud-enfermedad humano sea cualitativamente diferente al animal. Aquí nuestro concepto de

mediación es concebido en un sentido más amplio que como lo expone *Breihl* que considera que "las mediaciones son procesos necesarios para que se especifique la determinación",<sup>24</sup> es decir, que para él ésta es concebida sólo como un modo de especificación de niveles más altos.

En tal relación entre lo biológico y lo social, lo social incluye lo biológico, pero si bien hay entre ellos relaciones de subordinación, lo social no sustituye (ni puede hacerlo) a lo biológico, y el proceso salud-enfermedad tiene como uno de sus elementos esenciales la biología humana, aunque esta última esté socialmente determinada. Aquí no es válida la representación simplificada de que no existe determinación natural en la existencia del hombre, y por tanto, de su proceso salud-enfermedad. De manera que los procesos biológicos no pueden quedar fuera de la consideración de la esencia de dicho proceso. Sería ingenuo pensar que los hombres han superado por completo todo lo natural, en tanto el organismo humano nace, se forma y desarrolla a partir de las leyes biológicas socialmente mediatizadas. La esencia social del hombre sólo puede funcionar en presencia del sustrato biológico del hombre.

¿Cuál es la relación que existe entonces entre lo biológico y lo social? En primer lugar es evidente que entre ambos niveles de organización existe una relación de especificidad, es decir, de no identidad o de diferencia; pero al mismo tiempo existe una relación de unidad, sucesión e interacción entre lo biológico y lo social. Esta relación, que en la filogenia tuvo un carácter de sucesión, aparece en la ontogenia humana como interacción de niveles, pero no de forma pura, sino mediada esencialmente por el Sistema Nervioso Central. El Sistema Nervioso es el aparato más importante en la mediatización social de lo biológico en los procesos morbosos del hombre. Llama tremendamente la atención el hecho de que no existe un vínculo directo estructural-material entre lo biológico y lo social, como ocurre entre los niveles biológico, químico y físico; sino que es a través de la actividad psíquica humana que tiene lugar este vínculo.

De todo lo hasta aquí expuesto se deduce que es necesario encontrar un eslabón de engarce entre los procesos salud-enfermedad animal y humano que nos permita explicar con mayor precisión la esencia de tal proceso en el hombre con toda la multiplicidad de interacciones que lo conforman. A nuestro modo de ver, la categoría central que eslabona la relación entre los procesos salud-enfermedad animal y humano es la categoría de **actividad**, donde el proceso salud-enfermedad humano encuentra su prehistoria. Es cierto que *Marx* y *Engels* hablan del papel determinante del modo en que los hombres producen sus modos de vida (modo de vida) en el sistema de las relaciones sociales. Al hablar de él, se refieren fundamentalmente a su influencia sobre todo el sistema de relaciones socioeconómicas y culturales del hombre en la sociedad, pero, en última instancia, el modo de vida no es más que una forma específica e importante de la actividad humana.

Profundizando precisamente en la prehistoria de la actividad humana, *E. S. Markarian* considera la actividad como "activismo dirigido de los sistemas vivos, surgido sobre la base de sus relaciones con el medio circundante con el fin de autoconservación."<sup>25</sup> En este sentido, existe una actividad de los sistemas

vivos emanada de su relación con el medio circundante en su proceso de mantención de la homeostasis con él, en medio de la cual tiene lugar el proceso salud-enfermedad animal. Sin embargo, la actividad humana tiene características esencialmente diferentes. A este respecto *M. D. Kagan* señala: "...teniendo en cuenta este activismo humano, la actividad abarca: la actividad biológica del hombre y su actividad específicamente humana, sociocultural."<sup>26</sup> Es precisamente la actividad humana el proceso donde tiene lugar el proceso salud-enfermedad del hombre, en el cual están inmersas las relaciones entre los procesos biológicos y sociales.

Por otro lado, la actividad humana desempeña un importante papel en el desarrollo de la actividad psíquica humana, tan es así, que los procesos y facultades psíquicas se forman en la actividad el trabajo, el estudio, la comunicación, etc., (principio de la unidad de la psiquis y la actividad de *S. L. Rubinstein*) de manera que la actividad como proceso de intercambio e interacción del hombre con el medio social y natural, abarca los procesos biológicos, psíquicos y socioeconómicos del hombre, que por estar precididos por su acción consciente adquiere un carácter eminentemente social.

En la actividad humana el hombre posee no sólo un grupo de necesidades biológicas, sino que también en ella tienen lugar un conjunto de necesidades sociales fundamentales, tales como la necesidad de la seguridad, la necesidad del contacto y la comunicación, la necesidad de ocupación y de trabajo, etc., teniendo todas ellas un alto componente psicológico. De manera que en la actividad del hombre los procesos biológicos, psíquicos y sociales se entremezclan e interactúan entre sí.

De este modo, la actividad laboral, conjuntamente con la familiar, la escolar, la del grupo social, así como la actividad biológica y psíquica del hombre, forman parte de la actividad humana en la cual tiene lugar el proceso salud-enfermedad.

La actividad laboral puede ser considerada como una relación de última instancia o de determinación en la vida social, pero ella no abarca ni agota todo el conjunto de interacciones (biológicas y sociales) en las cuales tiene lugar dicho proceso. La multiplicidad y el carácter complejo de las interacciones que tienen lugar en la actividad humana como base de la producción del proceso salud-enfermedad en el hombre, nos obliga a pensar en una tipología de la actividad que nos caracterice los diferentes niveles de interacción existentes entre lo biológico, lo psíquico y lo social. En este sentido sería necesario pensar en la interacción entre los niveles biológico y social, mediados por la actividad psíquica, y en los cuales tienen lugar procesos morbosos algunos más determinados por los factores biológicos, otros por los psíquicos y otros por los sociales. Podríamos encontrar entonces:

1. Procesos morbosos genéticamente determinados, en los cuales los factores psicosociales están más alejados de su determinación (enfermedades genéticas).
2. Procesos morbosos con predominio de los factores biológicos pero donde los factores psicosociales ejercen su influencia (neoplasias).

3. Procesos morbosos con predominio de los factores psicosociales pero donde los factores biológicos ejercen su influencia (enfermedades cardiovasculares).
4. Lesiones físicas determinadas psicosocialmente, en las cuales los factores biológicos están más alejados de su determinación (accidentes y lesiones autoinflingidas) (Cuadro 1).

Cuadro 1

Nivel biológico	Nivel Psíquico	Nivel social
Enfermedades genéticas	Enfermedades neoplasias cardiovasculares	Accidentes y lesiones autoinflingidas

Esta clasificación contiene dentro de sí cierto esquema que no sólo puede ser susceptible de cambio, sino que encierra en sí misma el esquematismo inherente a toda clasificación teórica. Lo importante que queremos resaltar con esto es la necesidad de encontrar ciertas subdivisiones que nos permitan precisar las diferencias esenciales en la determinación de las diferentes manifestaciones del proceso salud-enfermedad, en correspondencia con las peculiaridades del sistema de determinantes que en él tienen lugar, para poder entonces influir sobre ellas.

En el análisis de la relación entre factores biológicos y sociales, mediados por la actividad psíquica humana, ocupa un importante papel la consideración de A. *Leontiev* sobre los sistemas órgano-funcionales, quien al analizar los mecanismos por los cuales se produce el proceso de apropiación de la cultura, expresa y demuestra el surgimiento y desarrollo de los "sistemas órgano-funcionales".<sup>27-29</sup> ¿Qué son los órganos funcionales del cerebro? Son órganos que funcionan de la misma manera que los habituales morfológicamente permanentes, pero que a diferencia de aquéllos son neoformaciones aparecidas durante el desarrollo individual.

Múltiples investigaciones empíricas confirman estos criterios. Basta señalar la realizada para discriminar distintas frecuencias sonoras agudas entre vietnamitas y rusos, en la cual los vietnamitas discriminaron un conjunto de frecuencias agudas mucho mayor que los rusos, de acuerdo a los **sistemas órgano-funcionales** que los primeros han desarrollado en la apropiación de su lenguaje eminentemente agudo (tonal). *Leontiev* concibe los sistemas órgano-funcionales del cerebro como el substrato morfofisiológico que por medio de "conexiones temporales", transitorias o definitivas, garantiza la mediatización permanente y estable de las influencias sociales a través del Sistema Nervioso con su consiguiente repercusión eminentemente biológica sobre el organismo del individuo; repercusión que puede ser etiopatogénica de diversas enfermedades. El proceso salud-enfermedad humano es por tanto un proceso complejo que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales, y

sus interacciones, que forman parte de la actividad humana y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte del hombre y su sistema de relaciones, y donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación pero no agotan ni sustituyen a los procesos psíquicos o biológicos. Precisamente, teniendo en cuenta este carácter sistémico y complejo del proceso salud-enfermedad en el hombre es que consideramos importante la profundización en la investigación, en el concepto **corepidema** expuesto por *Breihl y Granda*.

Cuando señalamos el papel de determinación de lo social en el proceso salud-enfermedad no nos referimos a lo social en el sentido de las relaciones económicas, políticas, etc., en sentido estrecho, sino que hablamos de lo social en un sentido amplio considerado como toda relación consciente del hombre con su medio externo natural o social que mediatiza de forma directa o indirecta la actividad biológica y psíquica humana. En resumen, que lo social no es más que toda actividad humana que se manifieste como resultado de la existencia comunitaria del hombre a diferencia de su existencia orgánica y física. Por supuesto que es necesario tener en cuenta aquí que los procesos psíquicos y biológicos tienen al mismo tiempo una influencia importante sobre la actividad social humana, y su propia independencia relativa en tanto a sistemas autoregulados. En el análisis del problema de la determinación social del proceso salud-enfermedad uno de los problemas más complejos es el referido a la determinación genética de una determinada enfermedad o a cierta predisposición a enfermar. En el plano de la determinación genética directa de una determinada enfermedad (como es el caso de la fenilcetonuria, por ejemplo) es importante, aquí de nuevo, destacar la consideración referida a la determinación del genotipo por la historia de la relación con el medio de los antepasados del individuo, es decir, de las circunstancias que produjeron la mutación. En este sentido, y a partir de un concepto de lo social en sentido amplio, el genotipo también está socialmente determinado. En la medida en que se pueda influir sobre esas condiciones que produjeron mutación se podrá actuar sobre la verdadera causa primaria de la enfermedad, y esto adquiere, por tanto, una enorme importancia epidemiológica, al menos para las generaciones posteriores. Todo esto sin considerar, por supuesto, las múltiples acciones del hombre que pueden influir para alcanzar un desarrollo normal del niño enfermo.

Por otra parte, desde el punto de vista inmunológico, se puede señalar ya hoy, que la exposición repetida a determinadas sustancias o acciones externas pueden inducir cambios en el genoma y, por tanto, cambios en la predisposición o no a enfermar. De modo que la estructura genética no es una estructura cerrada y puede modificarse a través de la influencia del organismo con su medio exterior. En este sentido, y comprendido también en sentido amplio, lo biológico está socialmente determinado. Es necesario a este respecto, realizar exploraciones de los sistemas biológicos que sean indecibles a corto o a largo plazo (en sentido inmunológico o genético respectivamente) como modelos para poder desentrañar estos niveles de subordinación. En la medida en que esto pueda ser hecho, adquirirá una mayor fuerza su significado preventivo y por ende, epidemiológico.



Este es el valor teórico fundamental (y por supuesto, también práctico) de la consideración de lo social en sentido amplio en la determinación del proceso salud-enfermedad. Si lo social, en este sentido comprendido, no se reduce a la actividad socioeconómica, sociopolítica, etc., humana, sino que incluye dentro de sí todo vínculo del hombre con su medio natural y social, será mucho mayor el rango de elementos determinantes del proceso salud-enfermedad sobre el cual se podrá actuar como medidas de intervención con el objetivo de modificar en sentido positivo el desarrollo de dicho proceso. La ampliación de la conceptualización de lo social permite visualizar en forma integral, y no a través de ejemplos aislados, toda la multiplicidad de determinaciones esenciales del proceso salud-enfermedad, ampliando entonces así nuestras posibilidades de acción sobre éste, sin reducir su determinación a simples procesos etiológico-biológicos.

Además, tal consideración planteada permite influir sobre las causas de primer orden y no sobre aparentes causas que son en última instancia consecuencias de la acción de relaciones precedentes. Es en este sentido que consideramos importante desde el punto de vista epidemiológico el problema de la determinación social del proceso salud-enfermedad. La importancia de lo social es tal, que el proceso morboso humano se ha modificado con creces en relación al de sus antepasados animales. La modificación de la enfermedad humana no es un simple proceso biológico, sino que por el contrario, la humanidad se libera de la influencia de los mecanismos de la selección natural a costa de la acción de las relaciones sociales. El hombre al liberarse de la selección natural produce un cambio en el fondo genético de la humanidad, de modo que complica y diversifica así el proceso patológico. La tendencia a la modificación del patrón patológico humano de un cuadro epidémico hacia uno crónico degenerativo como resultado de la multiplicidad de acciones del hombre sobre su vida social, constituye un elemento demostrativo más acerca del determinante papel de lo social en el desarrollo del proceso salud-enfermedad humano. Pero por su puesto, que el cambio en el desarrollo del proceso salud-enfermedad del hombre como resultado de su propia acción sobre la vida social, no puede ser reducido a acciones de tipo económicas, políticas o jurídicas, entre otras, sino a ellas y a toda una multiplicidad de acciones socioculturales que mediatizan e inducen la actividad biológica y psíquica del hombre. Sobre esa multiplicidad de acciones y sus relaciones con la biología y la psiquis humana, es que es necesario influir para contribuir a modificar el proceso salud-enfermedad humano.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Piédrola Gil G, et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 8va. Edición. Salvat Editores. S.A., Barcelona 1988: 86.
2. Mac Mahon B y TF Pugh. "Principios y métodos de Epidemiología". 2da. Edición. La Prensa Médica Mexicana, México, 1975: 25-41.
3. Idem. Pág. 15.

4. Fox JP, et al. "Epidemiología. El Hombre y la Enfermedad". La Prensa Médica Mexicana, México, 1981: 34.
5. Leavell HR. y Clark EG. "Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiological Approach". McGraw-Hill Book Company, New York, Toronto, Sydney, London, 1965: 18 y 21.
6. Lilienfeld AM y Lilienfeld DE. "Fundamentos de Epidemiología", Addison-Wesley Iberoamericana, EUA, 1987: 39-56.
7. Piédrola G, et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. Obra cit. pp. 137-304.
8. Mac Mahon B y Pugh TF. "Principios y métodos de Epidemiología". Obra Cit. p. 281.
9. Lilienfeld AM y Lilienfeld DE. "Fundamentos de Epidemiología". Obra Cit. pp. 1-18.
10. Fox J, et al. "Epidemiología. El Hombre y la Enfermedad Obra Cit. pp. 75-100.
11. Granados Toriño R. "La Higiene Social Marxista como Ciencia". IDS Fundamentos de la Higiene Social. La Habana, Cuba. 1984: 12.
12. Idem. p. 8.
13. Breihl J. Epidemiología, economía, medicina y política. Edit. Fontamara, México, 1989: 146.
14. Idem. p. 67.
15. San Martín H. "Salud y Enfermedad". 4ta. Edic, La Prensa Médica Mexicana, S.A, México, 1983: 112.
16. San Martín H. et al. Salud, Sociedad y Enfermedad. Edit. Ciencia 3, Madrid, 1986: 191.
17. Idem. p. 29.
18. Idem. pp. 23 y 24.
19. Franco S, et al. Debates en Medicina Social. OPS-ALAMES, Quito-Ecuador, 1991: 188.
20. Idem. pp 167-168.
21. Serenko AF y Ermakov VV. "Higiene Social y Organización de la Salud Pública". Edit. Mir, Mosc., 19 p. 19.
22. Narey Ramos B y J Aldereguía HJ. Higiene Social y Organización de la Salud Pública. Edit. Pueblo y Educación, 1987: 76.
23. Breihl, J. Epidemiología, economía, medicina y política. Obra cit. p. 179.
24. Marx C. El Capital. La Habana, 1965. Tomo I. p. 139.
25. Hegel JGF. Enciclopedia de las Ciencias Filosóficas. Estudios, Instit. del Libro, La Habana, 1968: 32.
26. Franco S, et al. Debates en Medicina Social. OPS-ALAMES, Quito-Ecuador, 1991: 200.
27. Markarian, ES. Ensayo sobre teoría de la cultura. Erevan, 1969. (En ruso). p. 56.
28. Kagan, MD. Actividad Humana. Experiencias de un análisis sistémico. Politizdat, Moscú, 1969: 39.
29. Leontiev, AN. Biologicheskoe y sotsialnoe v psijikie chelovieca. En: Izbrannie psijologicheskie proizvedenia. Edit. Pedagógica. Moscú, 1983.

## **Reflexiones teoricometodológicas acerca de lo clínico y lo epidemiológico**

*Lic. Alberto Bujardón Mendoza y Lic. Mercedes Mayoral Olazabal*

La dialéctica materialista interviene como método y metodología universal de la investigación científica, ella nos señala la manera adecuada y correcta de abordar cualquier objeto, proceso o fenómeno de la realidad que intervenga como objeto de conocimiento. Ella nos enseña que la fuente del método se encuentra en la realidad objetiva y en las leyes que rigen sus procesos, se conforma como tal en la medida que el científico lo incorpora a su quehacer y en los resultados que se obtengan y las veces que se apliquen, se va estableciendo como método de investigación en la medida que el producto obtenido (conceptos, leyes, procedimientos, ordenamientos, etc.) reflejen acertadamente las interacciones de la realidad objetiva.

En dependencia del nivel de aplicación de los métodos, éstos se clasifican en:

1. Universal: Dialéctica Materialista.
2. Generales:
  - a) Observación.
  - b) Experimentación.
  - c) Ascensión de lo abstracto a lo concreto.
  - d) La unidad de lo histórico y lo lógico.
  - e) Análisis y síntesis.
  - f) Inducción y deducción.
  - g) Otros.
3. Particulares:
  - a) Clínico.
  - b) Epidemiológico.
  - c) Modelación.
  - d) Otros.

El método y metodología dialéctico materialista nos muestra los principios científicos en los que cualquier método de investigación debe fundamentarse, a la vez que nos señala los pasos lógicos de la investigación. Así vemos que entre el método dialéctico, el clínico y el epidemiológico no existen dife-

rencias de concepciones ni de principios, sino en su esfera de aplicación, en su grado de generalización de las leyes sobre la que se estructura el método, en la amplitud de la esfera de la realidad en que sea viable aplicarlo, en la extensión de las leyes que descubre, como las categorías y conceptos que corresponden a su objeto de estudio, es en realidad el método clínico y epidemiológico, el método dialéctico que adopta una forma peculiar en una ciencia particular.

Es importante que el profesional de la esfera de la salud preste atención a las leyes, categorías y principios de la dialéctica materialista, pero a su vez debe dominar conceptos de su rama de actividad, como son: salud, enfermedad, diagnóstico, medicamentos terapéuticos, control, erradicación, cuarentena, epidemia, etc. No es que la filosofía marxista leninista sustituya o se inmiscuya en el objeto de la ciencia particular, pero sí la pertrecha del arsenal gnoseológico, de un método y una metodología para encontrar solución a los problemas de la ciencia en cuestión, debemos evitar la espontaneidad y las casualidades en el trabajo científico.<sup>1</sup>

Así podemos decir, que el método clínico y el método epidemiológico son métodos de "lo particular".

Atendiendo a las peculiaridades de estos métodos encontramos entre ellos más unidad que diferencias al referirnos a la dialéctica del problema salud-enfermedad y la correlación de lo biológico y lo social en el hombre, como principios metodológicos de la integración de las ciencias en la esfera de la salud humana.

Por otro lado, es importante conocer que el proceso de formación y establecimiento de la teoría científica sólo es posible si para abordar el problema científico se utiliza el método y la metodología correcta, es así que la Teoría del Conocimiento del marxismo leninismo elaboró las etapas necesarias para llegar a una nueva teoría, concepto, ley, etc., o enriquecer el campo donde ella actúa.

Es significativo reconocer cómo el camino hacia una nueva teoría sigue el curso del conocimiento, como señalara *Lenin* en sus *Cuadernos Filosóficos*, "de la contemplación viva al pensamiento abstracto, y de éste a la práctica: tal es el camino dialéctico del conocimiento de la verdad, del conocimiento de la realidad objetiva."<sup>2</sup>

En cada uno de estos pasos se utilizan diferentes métodos que corresponden al nivel del conocimiento en que abordamos al objeto que investigamos.

Podemos entonces reconocer cómo en el caso de los métodos clínico y epidemiológico, se sigue ese camino y se descubren los principios dialécticos para llegar a la verdad objetiva.

Todo profesional de la salud que aborda a un enfermo para descubrir su padecimiento, diagnosticarlo y de allí elaborar el plan a seguir para la cura, restablecimiento y devolución de la salud al hombre, utiliza su arsenal cognoscitivo.

El método clínico comienza su intervención al reconocer el orden lógico de atención del paciente, de su exploración: interrogatorio (investigación de antecedentes), inspección (primero somática y luego local, palpación, percusión, auscultación, examen físico general y examen por aparatos y sistemas).

La práctica médica inicial, aunque de un fuerte contenido empírico, requiere de elaboración racional, lógica y sistemática, negar esto sería asumir posiciones metafísicas y absolutistas, o someternos al sentido común que puede llevarnos a premisas falsas.<sup>3</sup>

En esta etapa deben recogerse todos los datos aportados por el paciente, pues en ocasiones cuestiones que parecen insignificantes son importantes para el análisis, presentación y fundamentación de la hipótesis, así es recomendable que el médico debe ser abierto y comprensible, pues puede frenar el flujo de información del paciente o de la familia. De igual forma el examen físico debe ser completo, independientemente de que nos detengamos más en el aparato, sistema u órgano hacia el cual subjetivamente nos orientamos. Es conocido que sólo por el interrogatorio se puede llegar al 60-70 % de los diagnósticos y si se suma el examen físico se ha comprobado que la aproximación llega al 80 %. Aquí se pone de manifiesto el llamado diagnóstico intuitivo, producto de captar la realidad por ella misma.<sup>4</sup>

En estos momentos el investigador debe a través de los diferentes síntomas, características, rasgos, etc., ir obteniendo y develando los aspectos esenciales, fundamentales, que lo conduzcan al diagnóstico de la enfermedad que afecta al paciente.

Hay aquí un acercamiento a la verdad, la acumulación de información permite al especialista formular la hipótesis, es decir, el diagnóstico clínico presuntivo, que además impone tomar medidas generales inmediatas para un tratamiento inicial paleativo, que lleve al alivio, sedación, protección del individuo, etc.

En el planteamiento de la hipótesis se conjugan la información aportada por el paciente y/o sus familiares con la obtenida en el examen físico y como colofón los conocimientos y experiencia del profesional para hacerla explicativa del problema.

No obstante, es conveniente aclarar que no existe método que no tenga márgenes de errores, que no tenga límites de sensibilidad, y en estos casos sucede, por lo que no debemos confiarnos de manera absoluta de los resultados obtenidos de la aplicación de la técnica y sus múltiples aparatos, aunque sea real que la aplicación de las diversas técnicas lleven a la confirmación de los diagnósticos hasta el 95 %.<sup>5</sup>

Pero ninguna técnica o tecnología puede sustituir la capacidad de análisis, de creatividad del hombre, por lo que el investigador no debe olvidar jamás la información obtenida de la fuente, pues en ocasiones hay datos clínicos más importantes que lo que puede aportar cualquier equipo técnico automatizado.

Este diagnóstico nos permite indicar la terapéutica (tratamiento medicamentoso, quirúrgico, higiénico dietético, etc.), la educación al paciente sobre su enfermedad, como también se pueden describir nuevos problemas en el paciente motivo de otras investigaciones, o la necesidad de profundizar aún más. En el peor de los casos, y son los menos, se puede negar la hipótesis elegida, por lo que se tendrán que plantear nuevas y nuevos diagnósticos y programas de investigaciones.

Con el tratamiento o terapéutica a aplicar llegamos a la praxis, las conclusiones a que se han llegado a través del seguimiento que se efectuó con el paciente.

También debemos significar que el método clínico, su aplicación completa en el tiempo oscila en dependencia del caso de atención o problema que se investiga, del riesgo para la vida del paciente, si se atiende por consulta externa, en el consultorio o en la casa, de los exámenes, etc. De igual forma, si las condiciones de gravedad del paciente así lo exigen, la aplicación del método clínico para llegar al diagnóstico final debe ser automático. En todos esos casos, queda por exponer y evaluar los resultados finales obtenidos con la aplicación certera o no del método clínico.

Con el método clínico se investiga además de una afección, de una enfermedad, se estudia a la persona, al ser humano que las padece, miembro de una familia, un colectivo, de una comunidad, el médico puede conocer a partir del mismo qué incidencia puede o no tener en el colectivo en que se desarrolla o la comunidad en que vive, es por esta razón esencial y a la vez social que hace que el especialista en salud de cualquier rama, tenga conocimientos claros y seguros de epidemiología.

De igual forma, hemos chocado con la realidad de que los conocimientos en la esfera de la epidemiología se han abordado de manera cuantitativa y friamente, sin abordar al hombre concreto como expresión de las relaciones sociales.

El método epidemiológico como procedimiento que nos permite aprehendernos de los nexos y regularidades de la realidad objetiva, sigue en su aplicación, los mismos momentos del conocimiento señalados para el método clínico.

Este método se aplica en el estudio de la colectividad enferma y parte de las premisas concretas, a través de la observación que tiene una estrecha relación con el método clínico, pues se basa en el diagnóstico dado, al analizar la sintomatología y característica, si se trata de una enfermedad conocida o no y la similitud de los casos, en este momento se apoya también en las pruebas de los medios auxiliares (rayos X, anatomía patológica, etc.) y llega a la confección de la historia epidemiológica.

En esta etapa se valora la frecuencia, incidencia y prevalencia de los casos, es necesario comprobar si se han dado casos anteriores o no, la frecuencia de los mismos, esto lleva al especialista a la investigación de las historias clínicas en los hospitales, a realizar entrevistas a los médicos de la zona, etc.

Todo nos hace llegar a la conclusión de si se trata de una epidemia o epidemia, de igual forma debemos valorar la situación actual del problema que lleva varios aspectos como son:

- Casos en el tiempo.
- Casos en el espacio.
- Casos en las personas.

Otro elemento a valorar son las características del medio que incluye la información demográfica del área climática, sistema de abastecimiento de agua, disposición de escretas y residuales, recolección y disposición de basura, abastecimiento de alimentos, transporte, estado higiénico sanitario de las viviendas, escuelas, centros de trabajo, círculos infantiles, etc., así como también la convivencia con animales.<sup>6</sup>

Por último, en este momento del proceso cognoscitivo queda el ordenamiento y elaboración de la información para llegar a plantearse la hipótesis, por las características de esta ciencia, pueden aparecer diferentes hipótesis, incide en ello la capacidad humana de razonamiento.

Ante esta situación, los especialistas pueden y deben tomar medidas generales inmediatas de carácter preventivo (cuarentenas, aislamiento, vacunación, etc.).

Llegamos a la etapa de verificación, es decir, llevar a la práctica la hipótesis y lo que se deriva de ella para confirmar el diagnóstico epidemiológico definitivo, como son exámenes de laboratorio, de higiene y epidemiología a especímenes del medio, investigaciones de comprobación con grupos de control, etc.

Comprobada así la hipótesis, verificado el diagnóstico epidemiológico, puede definirse la enfermedad, sus causas, el camino para su control y eliminación, podemos entonces aplicar las medidas definitivas, como son el control de focos, medidas preventivas y permanentes, erradicación y educación al pueblo sobre la situación dada.

El método epidemiológico tiene su aplicación por primera vez en Inglaterra en el siglo XIX por el médico *John Snow*, que además fue un clínico destacado. Este método nos permite obtener y ampliar los conocimientos sobre enfermedades y otros problemas que afectan la salud y su relación con la población, programar los momentos de la evolución y tendencia de las enfermedades, evaluar los diferentes programas de salud y su incidencia en la población, así como la utilidad de los servicios médicos que se brindan, también nos permite a partir de los problemas de salud plantear las soluciones y el nivel de acción que requieren.

En nuestra opinión, para el trabajo con la comunidad, para el equipo de atención primaria, el método epidemiológico en su unidad con el clínico permite valorar la necesidad y profundidad con que se aplique uno u otro programa de salud, permite dirigir correctamente la acción de estos profesionales en correspondencia con las necesidades objetivas y subjetivas que motivarán la acción de los colectivos y grupos sociales.

El análisis exhaustivo, tanto del método clínico como epidemiológico, en su bregar hacia el conocimiento acertado de la enfermedad, nos devela la propia dialéctica de la realidad objetiva, que en el proceso de aprehensión de la misma nos da la lógica subjetiva del conocimiento humano.

Ambos métodos (clínico y epidemiológico) no tendrían resultados confiables sino accionan con la observación, la medición y la experimentación científica al acumular datos y hechos, que permitan fundamentar una posición u otra.

La propia aplicación de estos métodos científicos generales y que actúan en el nivel empírico del proceso cognoscitivo, le permiten al especialista ascender en el conocimiento, a través de la abstracción pueden eliminar aspectos circunstanciales, fortuitos, etc., y acercarse a lo esencial, a lo fundamental, para formular la hipótesis como posible solución del problema, es el interactuar con él, es el llevar a través de imágenes logicoabstractas el problema a nuestra cabeza y transformarlo en ella.

En estos momentos no sería posible el planteamiento de la hipótesis sino recurrimos a los métodos del nivel teórico del conocimiento, es decir, el análisis-síntesis, la inducción-deducción, la unidad de lo lógico y lo histórico, etc. La propia definición y comprobación de la hipótesis (posible enfermedad, epidemia, etc.) exige a su vez de su comprobación en la práctica, como grado o nivel de confiabilidad, es el propio camino del conocimiento humano, es el paso del pensamiento abstracto a la práctica, es el acercamiento a una nueva teoría, ley, concepto, etc., es lo concreto pensado a partir de lo más avanzado de la *praxis* historicosocial.

Pero seríamos injustos, si no reconocemos las capacidades de abstracción, creatividad, la pericia, el nivel de análisis, etc. del especialista, del investigador, del hombre. Este hombre, no como ser aislado, no como individuo solo, sino como parte de una sociedad, como expresión de determinadas relaciones sociales, que se esfuerza, que lucha por cumplir con el encargo social que se le ha hecho, pues, esta misma sociedad lo ha formado como profesional y ha puesto en sus manos recursos materiales y técnica y tecnología de avanzada para que vele y contribuya al bienestar de la humanidad.

## TENDENCIA ACTUAL DE LA EPIDEMIOLOGÍA

Escribir o hablar de epidemiología no es algo nuevo, la historia de esta ciencia y a la vez método científico de investigación se remonta a los propios orígenes de la sociedad y se dio junto a la lucha entre el materialismo y el idealismo, entre la dialéctica y la metafísica, entre los explotados y los explotadores, entre los científicos y los seudocientíficos.

El desarrollo de la epidemiología ha estado ligado armónicamente al movimiento histórico de la sociedad, al desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción y al desarrollo de la cultura universal. Sin embargo, por su relevancia y dimensión científica es considerada una ciencia joven (alrededor del año 1854 con el doctor *John Snow* y seguido, en 1868 con los trabajos del doctor *Finlay* con la epidemia del cólera en La Habana).<sup>7</sup>

Así se define la epidemiología como una ciencia básica del campo de la salud pública, que se encarga de los problemas médicos relacionados con la población en su conjunto, es decir, como fenómeno de masas, de grupos humanos.

Los basamentos metodológicos que en realidad han hecho variar el significado, importancia e incluso el objeto de estudio de esta ciencia, lo podemos



señalar en la noción de una pluralidad causal vinculada al medio físico, químico, biológico y social, a la interacción entre la comunidad o grupo humano y su medio ambiente, de igual forma todo esto descansa en la interpretación y desarrollo que ha tenido la relación salud-enfermedad y la correlación de lo biológico y lo social, en la explicación y argumentación de la misma, lo que ha motivado que el campo de acción de la epidemiología haya ido cambiando.

Además de todo lo señalado, debemos agregar la idea marxista leninista, de que en una sociedad dividida en clases, las ciencias no están al margen de éstas, de hecho la epidemiología es parte de la superestructura y responde a la base económica que determina la formación socioeconómica específica de que se trate.

Así el desarrollo de esta ciencia ha estado y está en dependencia de las necesidades que enfrentan los investigadores en cada sociedad.

Podemos decir entonces que para llegar al conocimiento actual y hablar de epidemiología social se transitó por la llamada epidemiología tradicional y en otros casos llamada convencional.

El pensamiento epidemiológico en su decursar histórico ha estado matizado por diferentes posiciones ideológicas, unas por las posiciones positivistas, otras por las posiciones marxistas y en la práctica se ha visto enrolada en la actividad lucrativa y mercantil. Se ve la contraposición entre un pensamiento epidemiológico con un enfoque integrador y dinámico, y uno unilateral y formalista con que los teóricos serviles a la clase dominante incursionan, y reducen la investigación epidemiológica, en la mayoría de los casos, a un refinado análisis de los fenómenos o expresiones formales cuantificables.<sup>8</sup>

Sin embargo, es reconocido las diferencias que existen en las investigaciones epidemiológicas en dependencia de la diferencia estructural, que no sólo se manifiestan en las necesidades que enfrentan los investigadores que trabajan en países con sistemas socioeconómicos diferentes, con uno u otro grado de dependencia económica o no, entre las formas de desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones de producción, entre el crecimiento diferencial de sus clases organizadas y entre la distinta evolución de su "sistema de necesidades".

Todo lo anteriormente dicho, condiciona el desarrollo teórico de la epidemiología como ciencia y de su método científico de investigación, tal es así, que en un contexto determinado el desarrollo del conocimiento epidemiológico se proyecta hacia el enriquecimiento de todos los instrumentos y consignas del enfrentamiento social, hacia la denuncia, organización y transformación en dependencia del grado de desarrollo de la conciencia de clase.<sup>9</sup>

Por otro lado, en las sociedades como la nuestra, el énfasis mayor está dirigido a la resolución directa y práctica de los problemas técnicos y emergentes de una sociedad que hereda las penurias del capitalismo. Esto nos lleva a correr el peligro de adoptar posiciones utilitaristas en el uso de la ciencia y perder la visión de reformulación teoricometodológica (y es lo que ha pasado).

Así es, que el desarrollo de la epidemiología crítica o social, debe asimilar lo positivo de su antecesora, la epidemiología tradicional, fundamentada en el neopositivismo y con interpretaciones de datos empíricos, que no es

capaz de diferenciar entre el fenómeno y la esencia epidemiológica y que no distingue entre la práctica funcional y utilitaria y la tarea orgánica de crítica y transformación. Así se retoman conceptos como son: cadena epidemiológica, historia natural enfermedad, procesos de control, etc., pero hay que ir a procesos de abstracción, a buscar el proceso esencial sobre el que se desarrolla el aparato de categorías de la ciencia, a su fundamento social, a su razón de existencia.

Pero otro aspecto de suma importancia es la función metodológica y social de la epidemiología, que cumple a través de su carácter de diagnóstico de la medicina social, puesto que contribuye a establecer un orden de prioridades respecto al estudio del problema salud-enfermedad y su impacto en el orden social imperante.

Si bien el desarrollo de la epidemiología hacia peldaños científicos está indisolublemente ligado al principio metodológico de la correlación de lo biológico y lo social en el hombre y el proceso salud-enfermedad, hay que reconocer que la misión de la epidemiología como ciencia es la producción de conocimientos que permitan abordar esta problemática y viabilice la toma de decisiones a nivel de formulación de políticas de salud, la organización del sistema y acciones concretas encaminadas a solucionar problemas específicos.

Un aspecto central es la investigación epidemiológica, fundamento de la práctica social en la esfera de la salud, que debe estar orientada a la identificación, descripción e interpretación que determinan la frecuencia y distribución de los problemas de salud a través de la dialéctica de lo individual y lo colectivo.

Esto nos hace llegar a la conclusión de que la epidemiología nos da un diagnóstico de la situación de la salud, nos permite establecer un orden de prioridades en cuanto a grupos poblacionales y sus problemas de salud y activar las acciones, a seleccionar la estrategia de intervención y la evaluación del impacto.

La correcta valoración de la situación de salud se debe hacer a través del análisis de sus indicadores, los procesos de identificación y explicación de problemas prioritarios en función de su transformación, y no limitarla a la enumeración de los indicadores de morbilidad y mortalidad. La sociedad es un organismo social íntegro, en constante movimiento y desarrollo, la población de hecho no es homogénea, por lo que los problemas de salud varían constante y considerablemente de un grupo a otro, en dependencia de las condiciones objetivas de su existencia, de los procesos biológicos, ecológicos, psicológicos, culturales y socioeconómicos en lo individual, familiar y social. Es así, que en la determinación de la situación de salud incide una serie de pasos esenciales, que engloban factores determinantes en la vida de la sociedad:

1. Determinación de los perfiles de salud de grupos de población (se proyectan a la determinación de leyes y principios generales y del conjunto de procesos mediadores entre las condiciones objetivas existentes y los problemas de salud).

2. Decisiones (está enfilada a la utilización de dichos conocimientos para la transformación de la situación de salud, lo que implica acciones políticas).
3. Acciones (son las propias acciones políticas que están condicionadas no sólo por el conocimiento, sino también por la gobernabilidad del sistema, la capacidad de administrar y los recursos de que se disponen).
4. Intereses (éstos determinan en última instancia los dos anteriores, pues está en dependencia de los diversos actores sociales).

Así podemos inferir que la epidemiología como ciencia y como investigación juega un papel esencial en la determinación de la política de salud, que debe estar en relación dialéctica con las necesidades que en este campo tiene la población, que debe convertirse en fuerza movilizadora en la medida en que perciba y aprehenda el problema. Por lo que no basta con la acción del personal médico y paramédico, sino que además hacen falta métodos y técnicas que promuevan la participación de los diferentes grupos sociales.

En las concepciones modernas sobre los servicios y reorientación de la salud colectiva, la epidemiología se proyecta como una ciencia imprescindible. Sin embargo, por la proyección social de la misma, existe una serie de limitaciones, tanto en el plano metodológico como político que frena su desarrollo: en la vigilancia epidemiológica, las técnicas y métodos utilizados que no producen respuestas satisfactorias, atentan contra la propia vigilancia, por lo que las técnicas empleadas deben ser adecuadas a las características epidemiológicas del problema y a las condiciones, necesidades y capacidades de respuesta de cada región y sistema de salud.

De igual forma, esta acción debe ampliarse a otra gama de problemas que requiere de los servicios de salud una mejor y mayor preparación por su complejidad, como son las enfermedades crónicas, los accidentes, la violencia, el uso indebido de las drogas, etc., estos nuevos elementos hacen que se alerten sobre la necesidad de evaluación periódica, la magnitud y la tendencia de estos problemas, la efectividad de las medidas de control con el objetivo de variar, reformar, etc., las acciones con más eficiencia.

Otro aspecto significativo lo constituye la investigación epidemiológica, que en otras palabras podemos decir, que la epidemiología es investigación, que es ante todo la aplicación del propio método científico, es decir, la dialéctica materialista en toda su amplitud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Epidemiología. Colec. de Autores, Edit. Pueblo y Educación, La Habana, 1984: 11.
2. Cuadernos Filosóficos. Lenin.VI. Edit. Política, La Habana, 1964: 161.
3. Ilizastigui F. y Rodríguez Rivera L. Método Clínico. En: Filosofía y Salud. Tomo II: 549.
4. Idem. p. 563.
5. Idem. p. 563.
6. Colect. de Autores. Epidemiología. Edit. Pueblo y Educación. La Habana, 1984: 17.
7. Idem. p. 3.

8. Debates en Medicina Social. OPS-ALAMES, Quito, 1991. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. p. 167.
9. Ciencias Sociales y Salud en la América Latina. Tendencias y Perspectivas. OPS-CIESU. 1986: 252.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- "Ciencias Sociales y Salud en América Latina. Tendencias y perspectivas". OPS-CIESU. 1986.
- "Debates en Medicina Social". OPS-Alames. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Quito, 1991.
- "Epidemiología". Colectivo de Autores. Edit. Pueblo y Educación. La Habana, 1984.
- "La Dialéctica y los Métodos Científicos Generales de Investigación". Colectivos de Autores. Edit. Ciencias Sociales. La Habana, 1981.
- Revista "Educación Médica y Salud" (Vol. 24, No.1, 3/1990 OPS).

## **El diagnóstico médico y los métodos del conocimiento científico**

*Lic. Mercedes Mayoral Olazábal, Lic. Alberto Bujardón Mendoza y Lic. Jorge Flores Rodríguez*

El conocimiento humano es un proceso complejo, contradictorio y dialéctico "...es la aproximación eterna, infinita, del pensamiento al objeto. El reflejo de la naturaleza en el pensamiento del hombre debe ser entendida, no en forma inerte, no en forma abstracta, no carente de movimiento, no carente de contradicciones, sino en el eterno proceso del movimiento, en el surgimiento de las contradicciones y en su solución."<sup>1</sup>

El conocimiento al ser un proceso puede ser cotidiano, espontáneo, que al realizarlo todas las personas sin distinción de calificación puede presentarse no crítico y no sistémico. No obstante, tiene gran importancia y sería un gran error subestimarlos, pues mediante este proceso fueron, son asimilados y conocidos gran cantidad de objetos y fenómenos que rodean al hombre. En la medicina popular tuvo una gran significación, pues se acumularon y comprobaron importantes conocimientos acerca de la acción curativa de plantas, fueron descubiertas la quinina, la efedrina y otras. Además, permitió crear hábitos de conservar y utilizar estos conocimientos. La medicina popular, como es conocido, fue el antecedente de la medicina científica y aún hoy no ha agotado los servicios que puede prestar a la misma.

Pero lo que nos proponemos es analizar una forma particular de conocimiento, el que se refiere a la producción científica. Tiene características propias, que le imprimen su especificidad como es el ser sistémico, crítico, ordenado, sujeto a reglas y procedimientos metodológicos. Es una forma, que se organiza de manera especial y se encamina a lograr objetivos determinados. Nos referimos al conocimiento científico.

Es una actividad cognoscitiva que se realiza por un grupo de personas preparadas para ello. Se realiza en forma de investigación científica, requiere de medios especiales como equipos, tecnologías, instalaciones, lenguaje específico, etc. Los objetivos a investigar son de interés social ya que responden a necesidades sociales.

El conocimiento científico es resultado de la relación sujeto-objeto, donde el sujeto al valerse de toda una serie de métodos aprehende al objeto en lo que le interesa. Esta relación básica y esencial se da en la medicina como la relación

médico-paciente, donde ocurre la aprehensión de las entidades nosológicas que porta el individuo a través de la actividad práctico-médico transformadora.

Este proceso cognoscitivo de obtención de nuevas verdades tiene fundamento objetivo en tanto su contenido no depende del sujeto. Como dijera *Lenin*, no depende ni del hombre ni de la humanidad, encuentra su basamento en los postulados gnoseológicos (bases) que sirven de punto de partida para la estructuración de cualquier sistema cognoscitivo. Estos elementos epistemológicos son:

1. Existen cosas independiente de nuestra conciencia.
2. No existe diferencia de principio entre el fenómeno y la cosa en sí, sino entre lo conocido y lo no conocido.
3. Necesidad de razonar con dialéctica, indagar de qué manera el conocimiento incompleto e inexacto llega a ser más completo y más exacto.<sup>2</sup>

Por lo que la primera premisa del conocimiento es la existencia objetiva de los fenómenos, que aún cuando no se conozca y no se pueda explicar, éste no aparece incognoscible, sino que el sujeto se valerá de determinados procedimientos que le permita llegar a la esencia. Estos proceder expresan el razonamiento dialéctico que se opera en el sujeto, es decir, los métodos o reglas metodológicas que permiten seguir la lógica objetiva del objeto, de manera que la esencia sea descubierta, descrita y expresada.

La penetración en el objeto deviene como un proceso subjetivo de asimilación espiritual de la realidad, transpone de forma ideal las características y propiedades del objeto en nuestra cabeza y lo transforma en ella.

El conocimiento que se expresa cuando se realiza la aprehensión, identificación, descripción, explicación de las cualidades de un fenómeno es a lo que se denomina diagnóstico.

Etimológicamente la palabra diagnóstico proviene del adjetivo griego *diagnostikos* que quiere decir capaz de conocer y éste del verbo *diagnostiko* que significa reconocer, conocer enteramente.<sup>3</sup>

En general, el diagnóstico (ya sea socioeconómico, nivel de desarrollo de la ciencia, una situación de transporte, etc.) es " un proceso cognoscitivo, que tiene su punto de partida en el pensamiento concreto sensible, a partir de determinados hechos, se desarrolla en el pensamiento abstracto y tiene el criterio de la verdad en la práctica."<sup>4</sup>

Es un proceso de identificación de un fenómeno de la realidad objetiva que toma en cuenta sus múltiples relaciones con el medio en que se desarrolla.

El Diccionario Enciclopédico de la Unión Tipográfica Editorial Hispano Americana define la diagnosis como el estudio o proceso encaminado a identificar una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos. Comprende el conjunto de métodos y procedimientos de que se vale el médico para reconocer la naturaleza del mal, entre otros, la inspección, la auscultación, palpación, la percusión, los diversos análisis y prueba de laboratorio, el examen radiológico, etc.<sup>5</sup>

Por lo que se admite al diagnóstico médico como "el proceso cognoscitivo que desarrolla el médico, con el objetivo de identificar la entidad o entidades nosológicas que tiene el paciente,"<sup>6</sup> o la identificación de componentes y relaciones esenciales del proceso salud-enfermedad.

Entre el médico y el paciente se da una relación en la que se refleja por el sujeto (médico), aquellas entidades nosológicas que tiene el paciente. El sujeto las identifica, explica y soluciona, en otras palabras, se reflejan éstas no de manera mecánica, sino en la lógica real de su movimiento dialéctico.

En el caso del diagnóstico médico, éste es siempre individual. Es el proceso que partiendo de los síntomas y signos obtenidos, se desarrolla a través de la interpretación del pensamiento teórico y se comprueba con los exámenes complementarios y se resuelve con la terapéutica empleada.

El diagnóstico clínico debe rebasar los límites biologicistas, no reducir los conocimientos acerca del objeto (paciente) a signos y síntomas, sino que éstos son parte de un todo: el hombre. De esta manera el principio sistémico del conocimiento se pone de manifiesto al comprender la dialéctica de lo singular específico (cuadro clínico) con lo general hombre social que tiene los signos y síntomas .

Es evidente que el pensamiento sistémico, como paradigma científico especial exige la construcción de concepciones metodológicas.<sup>7</sup> Esas construcciones metodológicas son los métodos.

Como es conocido, el conocimiento científico se nos presenta en 2 niveles: empírico y teórico, cada uno de ellos tiene su función específica, el primero de recopilar, aportar, recolectar datos y el segundo explicar y elaborar teóricamente lo empíricamente aportado.

En el primero se procura contrastar empíricamente las ideas con la realidad a través de observaciones, mediciones y experimentos que permiten obtener determinadas informaciones externas del objeto, es decir, los datos fenoménicos.

El diagnóstico médico tiene como punto de partida a los hechos. Los mismos constituyen aquellos datos que son considerados de interés y se caracterizan por ser objetivos."La acumulación y elaboración de datos empíricos constituye la etapa inicial del conocimiento, por lo que resultan importantes en la investigación"<sup>8</sup> médica.

Los hechos en el diagnóstico, los constituyen los signos, síntomas (entidades nosológicas) así como aquéllas que pueden detectarse en el proceso del interrogatorio, examen físico y exámenes complementarios.

Los hechos están presente en el cuadro clínico que presenta el paciente. Para penetrar en él es necesario el método de la observación.

La observación se encuentra en la base de todos los procedimientos empíricos y constituye su forma más elemental.<sup>9</sup>

Se diferencia de la observación cotidiana, en que es dirigida a objetivos planeados a partir de determinadas necesidades.

Constituye el punto de partida en la determinación del diagnóstico médico. Es muy utilizado en el momento empírico sensorial del diagnóstico, pues se pone al alcance del sujeto (médico) síntomas y signos, así como la utilización

de determinadas técnicas complementarias (endoscopia, microscopia, exámenes de sangre, exámenes radiológicos, etc.) donde se captan determinados datos a través de la multiplicación de las posibilidades de los órganos sensoriales "La observación directa o indirecta es un método básico, debe ser desarrollado por el especialista y plasmado en la descripción"<sup>10</sup> del cuadro clínico que presenta el paciente. Requiere del sujeto (médico) agudeza, destreza y precisión. Este método requiere de la precisión de magnitudes, por lo que también se utiliza el método de la medición, que exige un lenguaje cuantitativo, es decir, conceptos que expresen la cualidad medida.

Todos los objetos tienen determinada cualidad, ejemplo, grande, caliente, blando, áspero, etc. Después de esta determinación cualitativa, son necesarios conceptos comparativos, por ejemplo, más grande, más caliente, más o menos blando, etc., esto permite ordenar los objetos investigados en una determinada secuencia, y ocupar cada uno un lugar determinado, de esta manera, esta comparación de magnitudes es lo que nos permite cuantificar los objetos y fenómenos, por eso en el proceso de la medición se le atribuye valores numéricos a las propiedades de los objetos. La medición del dato clínico es un elemento importante en el nivel empírico del diagnóstico.

La medición de una entidad nosológica es de inestimable valor en la precisión de síntomas y signos, por ejemplo, el dolor precordial para una determinación nosológica, es necesario realizar determinadas mediciones como es la relación inspiración y espiración, pulso radial, tensión arterial, etc.

El método de la medición permite precisar los hechos que se revelan en el diagnóstico, de ahí su importancia en el conocimiento del dato clínico.

Con la terapéutica se hace una incursión en la entidad nosológica del paciente. Y esto daría la impresión que ella es siempre un experimento en la transformación de la entidad, "pero si su propósito no es la obtención de nuevos conocimientos, no es conceptualmente un experimento."<sup>11</sup>

Este método de la experimentación es más bien reservado para investigadores, clínicos, etc., pues como se expresa es un tipo de actividad que se realiza con la intención de obtener conocimientos científicos. Se considera que "es el estudio de un fenómeno artificialmente producido en condiciones dadas, por medio de la medición premeditada de estas condiciones y que por lo general, se gesta dentro del marco limitado del laboratorio con la ayuda de equipos e instrumentos correspondientes."<sup>12</sup>

A los fines de precisar el diagnóstico médico, el método experimental no es utilizable y queda reservado, como ya señalamos, a las investigaciones clínicas, tan necesarias para el avance de la medicina y la terapéutica. Todos estos métodos aportan los datos necesarios para que el sujeto (médico) al enfrentarse al objeto (caso) comience a elaborar ciertas conjeturas no estudiadas suficientemente, pero que permiten orientarse hacia las futuras demostraciones. Estas conjeturas iniciales aportadas por estos procedimientos, hacen que el médico arribe al llamado diagnóstico presuntivo, intuitivo o inicial, y posibilita llevar a efecto una terapéutica inmediata.



*Lenin*, acertadamente, señalaba que el conocimiento transita del fenómeno a la esencia y de ésta a otras de más profundidad y así sucesivamente. Es así que estas conjeturas iniciales se nos revelan como un acercamiento al conocimiento de la esencia.

Estas conjeturas son las hipótesis, que constituyen conocimiento supuesto, no comprobado. Son proposiciones, supuestos o predicciones que se basan en conocimientos existentes o bien en hechos nuevos que se intentan explicar.<sup>13</sup>

Para explicarlas, comprobarlas y elevarlas a una teoría es necesario la ascensión del conocimiento, proceso que se realiza a través de un conjunto de métodos (inducción-deducción, análisis-síntesis, etc.) que en su relación condicionan o forman la ley básica y fundamental del conocimiento teórico: la ascensión de lo abstracto a lo concreto.

Transitando el camino dialéctico del conocimiento científico, a partir de estos métodos se puede elevar el diagnóstico presuntivo a diagnóstico definitivo o diagnóstico médico.

Se ha de comprender que el diagnóstico es por tanto un proceso, que ha de partir de abarcar al enfermo en su totalidad sin desechar nada de su particularidad, o sea, en forma concreta real. Es aquí donde se da el primer momento e inicio de la ascensión del conocimiento, cuando se aprecia al objeto (enfermo) como algo concreto sensible. Esto debe entenderse como totalidad e integridad, donde aún no se conoce nada acerca de la entidad, sólo en su aspecto externo, fenoménico, aquí se tienen datos aportados por los métodos de la observación y la medición. Este conocimiento aún es impreciso, pues no toma al objeto en sus conexiones profundas y es incapaz de llegar a la auténtica integridad.

Para elevarse a un peldaño superior hay que tomar primero al objeto, en este caso entidad nosológica, en un aspecto determinado, se destaca las propiedades esenciales y la función que cada una y sus interrelaciones desempeñan en el cuadro clínico total del paciente, o sea, que la abstracción es un medio importante de comprensión del objeto que permite destacar la propiedad, el aspecto esencial en una relación dada y presupone una división mental del fenómeno en sus propiedades y relaciones.

Por ello, se llega a la abstracción a través del método del análisis.

El análisis, es pues, la desmembración o separación mental del objeto en sus partes.

Los datos aportados son sometidos a un análisis racional para la determinación de la cualidad esencial en la entidad nosológica que tiene el paciente. Esta cualidad esencial o abstracción permite comprender y captar más a fondo al objeto.

*Lenin* señalaba en su obra *Cuadernos Filosóficos*:

"El pensamiento al elevarse de lo concreto a lo abstracto, si es correcto.... no se aleja de la verdad, sino que se acerca a ella".

La abstracción de la materia, de una ley de la naturaleza, la abstracción del valor, etc., en una palabra, todas las abstracciones científicas (correctas,

serias, no absurdas) reflejan la naturaleza de una manera más veraz y completa".<sup>14</sup>

El conocimiento no se detiene en la abstracción, este es el momento de formación de definiciones abstractas y de pasar a nuevos conocimientos. Es el momento de la elevación de lo abstracto a lo concreto a través del método sintético-deductivo.

"La síntesis es el procedimiento mental que reduce a la unidad las diversas relaciones y propiedades descubiertas",<sup>15</sup> es el procedimiento que permite avanzar en el diagnóstico, pues conduce a la emisión de conceptos, juicios, razonamientos acerca de la entidad nosológica que tiene el paciente. La síntesis, pues, es el procedimiento que permite explicar y fundamentar teóricamente los datos obtenidos en el conocimiento inicial aportado por el momento empírico.

Es el momento en que mediante este proceso se llega a lo concreto pensado o lo que es lo mismo a la determinación de la entidad nosológica, que permite arribar al diagnóstico clínico. En este proceso contribuyen y complementan al ya analizado (ascensión de lo abstracto a lo concreto) otros métodos, por ejemplo, la unidad de lo lógico y lo histórico.

Toda enfermedad tiene su historia lógica. Cuando se analiza la sucesión cronológica y se describe al detalle la evolución particular del paciente, la reproducción es en esencia histórica.

No se desecha ningún momento por intrascendental que parezca.

Aquí se toman en cuenta los momentos fundamentales y no fundamentales, importantes o no, significativos o insignificantes de la evolución.

Pero cuando sólo se da lo esencial, los aspectos más notorios, los que determinan el contenido fundamental del cuadro clínico en su evolución, el pensamiento está utilizando el método lógico. No obstante, ambos métodos se complementan, pues toda evolución de una entidad nosológica, desde su detección hasta su explicación y argumentación en un diagnóstico, sólo puede hacerse a través de un pensamiento histórico-lógico que exprese su comportamiento.

Concluir un diagnóstico quiere decir:

1. Conceptualizar esa entidad nosológica que tiene el paciente. Por ejemplo, esplenomegalia, identificamos de manera inmediata crecimiento del tamaño del bazo, independientemente de los mecanismos fisiopatológicos o lesiones causales que lo determinen. En esta determinación el pensamiento se mueve de lo general a lo particular de manera inductiva. Este método posibilita la obtención de más conocimientos a partir de los datos que se poseen con antelación y que se han convertido en su premisa.
2. Emitir juicios, razonamientos, acerca de la entidad nosológica, quiere decir, determinar, explicar y fundamentar, así como establecer la terapéutica al respecto. Este momento es posible sólo con la utilización del método deductivo, es decir, mover el pensamiento de lo particular a lo general, al describir en detalle el cuadro clínico y plantear su posible solución.

El diagnóstico médico es, sin dudas, un conocimiento, concluirlo es el objetivo y fin del conocimiento médico, pero éste es al mismo tiempo absoluto y relativo, y lo es por ser un conocimiento que se desarrolla constantemente y nuevos hechos y concepciones pueden determinar el paso a uno nuevo, más acabado, superior cualitativamente, de esta forma aseveramos la tesis de *Lenin* de que nuestros conocimientos no son acabados, ni dados de una vez y por toda.

Todo lo dicho encuentra su concreción en los pasos que caracterizan al diagnóstico médico:

1. Tiene como referencia inicial una teoría y un síndrome concreto.
2. A partir de la teoría y el síndrome se establece una hipótesis empírica-primaria, constituida por la entidad nosológica y ciertas técnicas y procedimientos que se aplican.
3. Los resultados de las técnicas y procedimientos permiten una precisión de la hipótesis primaria que se transforma en hipótesis secundaria al incluir también una propuesta de tratamiento.
4. Una práctica de la hipótesis que se manifiesta por los resultados del tratamiento.
5. El diagnóstico de la medicina científica, por tanto, no es concluyente hasta que se ha producido la verificación.
6. No significa que se trata de un nuevo conocimiento, sino de un dato a partir del cual se puede plantear una nueva hipótesis empírica o teórica.<sup>16</sup>

Si bien nos hemos referido a los métodos científicos en la determinación del diagnóstico médico, se ha debido, no a la exclusión del método clínico de manera voluntaria, sino porque éste no constituye otra cosa que la concreción específica en una rama del saber de los métodos científicos generales.

En la aplicación del método clínico es necesario los siguientes pasos que dan validez a lo antes expresado:

1. Plantear el problema y estudiarlo por la observación, descripción y clasificación.
2. Establecer la hipótesis (diagnóstico presuntivo).
3. Comprobar la hipótesis.
4. Revisar y replantear el problema (formular el diagnóstico médico).<sup>17</sup>

También son de suma importancia los métodos del conocimiento para llegar a determinar el estado de salud de la población, en esta determinación participan métodos de carácter general, como los ya señalados, y de carácter particular como son: método clínico, epidemiológico, estadísticos, cibernéticos, etc.

El estado de salud de la población es la categoría que refleja el nivel alcanzado en la relación hombre-naturaleza y entre los propios hombres respecto

a su salud, en un momento histórico concreto y lo caracterizan datos concretos fundamentales como:

1. Estado y dinámica de los procesos demográficos (migraciones, fecundidad y mortalidad, etc.)
2. Nivel y carácter de la morbilidad e invalidez de la población.
3. Crecimiento y desarrollo físico, funcional y psicológico de la población.<sup>18</sup>

La determinación cuantitativa y cualitativa de estos parámetros, su análisis y valoración permite realizar el diagnóstico de salud.

Como es obvio, si el diagnóstico médico va a la entidad nosológica individual, al enfermo, el diagnóstico de salud analiza y soluciona la entidad nosológica de la comunidad o población determinada, sus causas.

Siendo el diagnóstico médico una premisa que nos permite acercarnos a la comprensión del estado de salud del lugar de estudio, el investigador, el profesional de la salud, debe realizar correctamente el estudio de cada caso a través de los diferentes métodos estudiados y aportar datos esenciales para establecer valoraciones del estado de salud y hacer un diagnóstico de salud de esa población.

Esta relación nos permite enmarcar de qué manera y a qué nivel se ha elevado el desarrollo material y espiritual de una sociedad en lo referente a su salud social, evaluar la eficiencia y eficacia del sistema de salud, además de poder planificar, organizar y dirigir las acciones de salud y de otras condicionantes sociales y naturales que permitan resolver problemas a nivel local.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lenin VI. Cuadernos Filosóficos. Edit. Política. La Habana. 1979: 188.
2. Lenin VI. Materialismo y Empiriocriticismo. Edit. Progreso. Moscú. 1980, Cap.2, epig. 1:102.
3. Ilizástigui Dupuy F. Salud, Medicina y Educación Médica. Edit. Ciencias Médicas. La Habana 1985 :251.
4. Colec. de Autores. Filosofía y Medicina. Edit. C. Sociales, La Habana. 1987: 124.
5. Diccionario Enciclopédico de la UTHA, México, 1953. Tomo IV, p. 94.
6. O.C. Idem 3. p. 252.
7. Colec. de Autores. Metodología del Conocimiento Científico. Edit. Ciencias Sociales. La Habana, 1975: 431.
8. O.C. Idem 7. p. 222.
9. O.C. Idem 7. p. 233.
10. O.C. Idem 3. p. 258.
11. O.C. Idem 3. p. 258.
12. Colec. de Autores. La Dialéctica y los métodos científicos generales de investigación. Edit. C. Sociales. La Habana. 1981: 88.
13. O.C. Idem 7. p. 274.
14. O.C. Idem 1. p. 165.
15. O.C. Idem 7. p. 234.
16. O.C. Idem 3. p. 258.
17. O.C. Idem 3. p. 201.
18. Nerey RB y Alderguía HJ. Medicina Social y Salud Pública. Edit. Pueblo y Educación. La Habana, 1977: 21.

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Colect. Autores. "Higiene Social y Organización de la salud pública en Cuba".  
Colect. Autores. "Filosofía y Medicina".  
Colect. de Autores "Lecciones de Filosofía". Tomo II.  
Colect. de Autores "Filosofía y Ciencia de la Salud."  
Colectivo de Autores. "Metodología del Conocimiento Científico."  
Engels F. "Anti-duhring" Edit. Pueblo y Educ. La Habana.  
Ilizastigui F. "Salud, Medicina y Educación Médica."  
Lenin VI. "Cuadernos Filosóficos" Edit. Pueblo y Educ. La Habana.  
Lenin VI. "Materialismo y Empiriocriticismo".

*Anexos*

## ANEXO 1

### **Código de Nüremberg (Tribunal Internacional de Nüremberg) - 1946 -**

Experimentos médicos permitidos. El gran peso de la evidencia ante nosotros demuestra que algunos tipos de experimentos médicos en humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen -generalmente- la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otro método de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales.

1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona envuelta debe tener capacidad legal para dar su consentimiento, debe estar situada en tal forma que le permita ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier otro elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor posterior para obligar o coercer, y debe tener el suficiente conocimiento y comprensión de los elementos de la materia envuelta para permitirle tomar una decisión correcta. Este último elemento requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto sometible al experimento debe explicársele la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se conducirá, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre la salud o persona que puedan derivarse posiblemente de su participación en el experimento.  
El deber y la responsabilidad para determinar la calidad del consentimiento recaen sobre el individuo que inicia, dirige o toma parte del experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada a otra persona con impunidad.
2. El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad, que no sean procurables mediante otros métodos o maneras de estudio, y no debe ser escogido al azar ni ser de naturaleza innecesaria.
3. El experimento debe ser diseñado y basado en los resultados obtenidos mediante la experimentación previa con animales y el pleno conocimiento de la historia natural de la enfermedad u otros problemas bajo estudio, de modo que los resultados anticipados justifiquen la realización del experimento.
4. El experimento debe ser conducido de manera tal, que evite todo sufrimiento y daño innecesario sea físico o mental.

5. Ningún experimento debe ser conducido donde hay una razón a priori para asumir que pueda ocurrir la muerte o daño irreparable; menos quizás en aquellos experimentos donde los realizadores del mismo también sirvan como sujetos de experimentación.
6. El grado del riesgo tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema a ser resuelto por el experimento.
7. Se deben proveer las precauciones adecuadas y tener facilidades óptimas para proteger al sujeto envuelto de la más remota posibilidad de lesión, incapacidad o muerte.
8. El experimento debe ser conducido únicamente por personas científicamente calificadas. El grado más alto de técnica y cuidado debe ser requerido durante todas las etapas del experimento, bien de quienes lo conducen así como de los que toman parte en éste.
9. Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la libertad de poner fin a éste si ha llegado al estado físico o mental donde la continuación del experimento le parece imposible.
10. Durante el curso del experimento el científico que lo realiza debe estar preparado para interrumpirlo en cualquier momento, si tiene razones para creer en el ejercicio de su buena fe, habilidad técnica, y juicio cuidadoso, que la continuación del experimento, puede resultar en lesión, incapacidad o muerte para el sujeto bajo experimentación.

## ANEXO 2

### **Asociación Médica Mundial -códigos, declaraciones y normas- Declaración De Ginebra**

**-1948-**

"En el momento de ser admitido como miembro de la profesión médica:

Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad.

Otorgar a mis maestros los respetos, gratitud y consideraciones que merecen.

Ejercer mi profesión dignamente y a conciencia.

Velar solícitamente, y ante todo, por la salud de mi paciente.

Cuidar y respetar los secretos a mí confiados.

Mantener incólume, por todos los conceptos y medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.

Considerar como hermanos a mis colegas.

Hacer caso omiso de credos políticos y religiosos, nacionalidades, razas y rangos sociales, evitando que éstos se interpongan entre mis servicios profesionales y mi paciente.

Velar con sumo interés y respeto por la vida humana, desde el momento de la concepción, y aún bajo amenaza no emplear mis conocimientos para contravenir las leyes humanas."



## ANEXO 3

### **Código Internacional de Ética Médica -1949-**

#### *Deberes de los médicos en general*

Al llevar a cabo su misión humanitaria, el médico debe mantener siempre una conducta moral ejemplar y apoyar los imperativos de la profesión, hacia el individuo y la sociedad.

El médico no debe dejarse influir por motivos de ganancias meramente.

Las prácticas siguientes son estimadas no éticas:

- a) Cualquier medio de reclamo o publicidad excepto aquellos expresamente autorizados por el uso y las costumbres y el código de ética médica nacional.
- b) Participar en un plan de asistencia médica en el cual el médico carezca de independencia profesional.
- c) Recibir cualquier tipo de pago en conexión con servicios, fuera del pago profesional aunque sea con el consentimiento del paciente.

Todo procedimiento que pueda debilitar la resistencia física o mental de un ser humano está prohibido a menos que deba ser empleado en beneficio del interés propio del individuo.

Se aconseja al médico obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o técnicas nuevas de tratamiento.

El médico debe certificar o declarar únicamente lo que él haya verificado personalmente.

#### *Deberes del médico hacia los enfermos*

1. El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana desde el momento de la concepción.
2. El médico debe a su paciente todos los recursos de su ciencia y toda su devoción. Cuando un examen o tratamiento sobrepasen su capacidad, el médico debe llamar a otro médico calificado en la materia.
3. El médico debe, aún después que el paciente ha muerto, preservar absoluto secreto en todo lo que se le haya confiado o que él sepa por medio de una confidencia.
4. El médico debe proporcionar el cuidado médico en caso de urgencias como un deber humanitario, a menos que esté seguro de que otros médicos pueden brindar tal cuidado.

#### *Deberes de los médicos entre sí*

1. El médico debe comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.

2. El médico no debe atraerse hacia sí los pacientes de sus colegas.
3. El médico debe observar los "Principios de la declaración de Ginebra", aprobada por la Asociación Médica Mundial.

## ANEXO 4

### **Declaración De Tokio - Helsinki II -1975-**

#### *Introducción*

La misión del médico es velar por la salud de la humanidad. Sus conocimientos y su conciencia deben dedicarse a la realización de esta misión.

La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial señala el deber del médico con las palabras "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y en el Código Internacional de Ética Médica se declara que: "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".

El propósito de la investigación biomédica en seres humanos debe ser el mejoramiento de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y patología de una enfermedad.

En la práctica actual de la medicina, la mayoría de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos involucran riesgos, esto se aplica especialmente a la investigación biomédica.

El progreso de la medicina se basa sobre la investigación, lo que, en último término, debe cimentarse en parte en la experimentación sobre seres humanos.

En el área de la investigación biomédica debe hacerse una distinción fundamental entre la investigación médica, cuyo fin es esencialmente diagnóstico o terapéutico para un paciente, y la investigación médica cuyo objetivo esencial es puramente científico y sin representar un beneficio diagnóstico o terapéutico directo para la persona sujeta a la investigación.

Durante el proceso de investigación debe darse especial atención a factores que puedan afectar el ambiente, y respecto al bienestar de los animales utilizados para tales estudios, siendo esencial que los resultados de experimentos de laboratorio sean aplicados sobre seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad. La Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico dedicado a la investigación biomédica en seres humanos. Ellas deben someterse a futuras reconsideraciones. Debe subrayarse que

las normas aquí descritas son solamente de guía para los médicos de todo el mundo: ellos no están exentos de las responsabilidades criminales, civiles y éticas dictadas por las leyes de sus propios países.

### *Principios básicos*

1. La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con normas científicas generalmente aceptadas y debe basarse sobre experimentos de laboratorio y en animales, realizados adecuadamente, y sobre un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
2. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos, debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe remitirse a un consejo independiente especialmente designado para su consideración, observaciones y consejos.
3. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas, bajo la supervisión de una persona médica de competencia clínica.  
La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona de calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.
4. La investigación biomédica en seres humanos no puede legítimamente realizarse a menos que la importancia de su objetivo mantenga una proporción con el riesgo inherente al individuo.
5. Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido por un cuidadoso estudio de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios posibles para el individuo o para otros individuos. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
6. Siempre debe respetarse el derecho del ser humano sujeto a la investigación de proteger su integridad y debe adoptarse toda clase de precauciones para resguardar la privacidad del individuo y para reducir al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física y mental y sobre su personalidad.
7. Los médicos deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos si los riesgos inherentes son impredecibles.  
Deben asimismo interrumpir cualquier experimento que señale que los riesgos son mayores que los posibles beneficios.
8. Al publicarse los resultados de su investigación, el médico tiene la obligación de vigilar la exactitud de los resultados. Informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.
9. Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por la información adecuada a cada voluntario de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos e incomodidades que el experimento pueda implicar. El individuo debiera saber que tiene la libertad de no participar en el experimento y que tiene el privilegio de anular en cualquier momento su consentimiento. El médico debiera entonces obtener el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito.
10. Al obtener el permiso consciente del individuo para el proyecto de investigación, el médico debe observar atentamente si en el individuo se ha formado una condición de dependencia hacia él, o si el consentimiento puede ser forzado.

En tal caso, otro médico completamente ajeno al experimento e independiente de la relación médico-individuo debe obtener el consentimiento.

11. El permiso consciente debe obtenerse del tutor legal en caso de incapacidad legal y de un pariente responsable en caso de incapacidad física o mental, o cuando el individuo es menor de edad, según las disposiciones legales nacionales en cada caso. Cuando quiera que el menor de edad puede en efecto dar su consentimiento, el consentimiento del menor de edad se debe obtener además del consentimiento de su tutor legal.
12. El protocolo de la investigación debe siempre contener una mención de las consideraciones éticas dadas al caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta Declaración.

### *Investigación médica combinada con la atención médica (Investigación clínica)*

1. Durante el tratamiento de un paciente, el médico debe contar con libertad de utilizar un nuevo método diagnóstico y terapéutico si en su opinión, hay esperanzas de salvar la vida, restablecer la salud o mitigar el sufrimiento.
2. Los posibles beneficios, riesgos e incomodidades de un nuevo método deben ser evaluados en relación con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
3. En cualquier investigación médica, cada paciente incluyendo aquéllos de un grupo de control, si lo hay, debe contar con los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles.
4. La negativa de un paciente a participar en una investigación no debe jamás interferir en la relación médico-paciente.
5. Si el médico considera esencial no obtener el permiso consciente del individuo, él debe expresar las razones específicas de su decisión en el protocolo que se transmitirá al comité independiente.
6. El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica a fin de alcanzar nuevos conocimientos médicos; pero siempre que la investigación se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente.

### *Investigación biomédica no terapéutica (investigación biomédica no clínica)*

1. En la aplicación puramente científica de la investigación médica en seres humanos, el deber del médico es permanecer en su rol de protector de la vida y la salud del individuo sujeto a la investigación biomédica.
2. Los individuos deben ser voluntarios en buena salud o pacientes cuyas enfermedades no se relacionan con el diseño experimental.
3. El investigador o el equipo investigador debe interrumpir la investigación si, en su opinión, al continuarla, ésta puede ser perjudicial para el individuo.
4. En la investigación en seres humanos, jamás debe darse precedencia a los intereses de la ciencia y de la sociedad antes que al bienestar del individuo.

## ANEXO 5

### **Declaración de Lisboa**

#### **Derechos del paciente. Adoptada por la 34a. Asamblea Médica Mundial (Lisboa, septiembre-octubre de 1981)**

Un médico debe actuar siempre de acuerdo con su conciencia y en el mejor interés del paciente cuando se le presentan dificultades prácticas, éticas o legales. La siguiente declaración recoge algunos de los principales derechos que la profesión médica desea que se reconozca a los pacientes. Cuando la legislación o la acción del gobierno niega estos derechos del paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurar o restablecerlos.

- a) El paciente tiene el derecho a elegir libremente a su médico.
- b) El paciente tiene el derecho a ser tratado por un médico que goce de libertad para hacer juicios clínicos y éticos sin ninguna interferencia exterior.
- c) Después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento, el paciente tiene el derecho de aceptarlo o rechazarlo.
- d) El paciente tiene derecho a confiar en que su médico respete la confidencialidad de todos los datos médicos y personales que le conciernen.
- e) El paciente tiene el derecho a morir con dignidad.
- f) El paciente tiene el derecho a recibir o rechazar la asistencia espiritual y moral, incluso de un ministro de la religión apropiada.