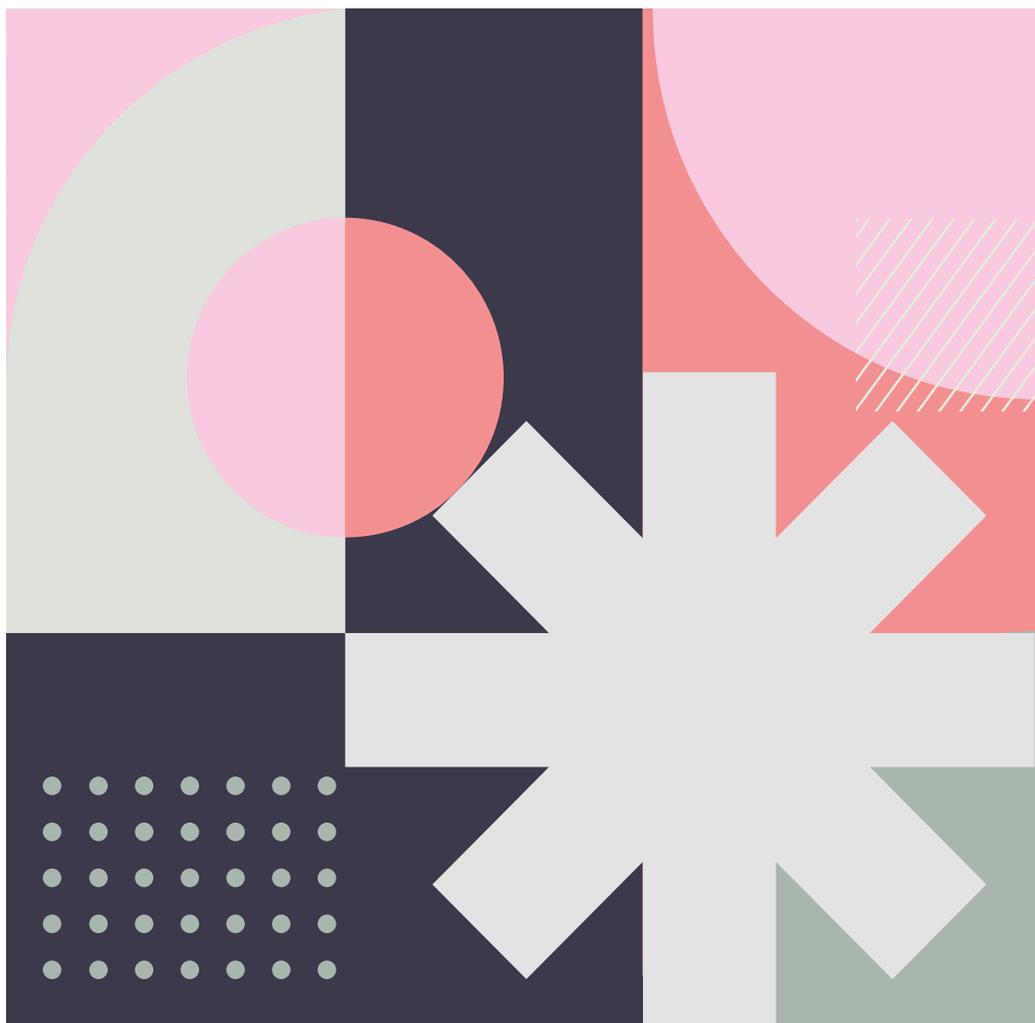


Complejidad de la salud, no de la enfermedad

Valeología, teoría de juegos, narrativa

Colección Complejidad y Salud, Vol. 7



Carlos Eduardo Maldonado (Comp.)
Álvaro Amaya Navas
Daniela Arango Ruda
Anny Bonilla Dueñas
Ana Camila García

Lucero Galeano Zabala
Santiago Galvis V.
Wilson Andrés Parra Chico
Jorge Sandoval París

 UNIVERSIDAD
EL BOSQUE
—
Editorial

Colección Complejidad y Salud, Vol. 7

Complejidad de la salud, no de la enfermedad

Valeología, teoría de juegos, narrativa

© Universidad El Bosque
© Editorial Universidad El Bosque

Rectora: María Clara Rangel Galvis

Complejidad de la salud, no de la enfermedad
Valeología, teoría de juegos, narrativa
Colección *Complejidad y Salud*, Vol. 7

Carlos Eduardo Maldonado Castañeda
Editor académico

© Álvaro Amaya Navas
© Daniela Arango Ruda
© Anny Bonilla Dueñas
© Ana Camila García
© Lucero Galeano Zabala
© Santiago Galvis V.
© Carlos Eduardo Maldonado Castañeda
© Wilson Andrés Parra Chico
© Jorge Sandoval París

Facultad de Medicina

Primera edición, Noviembre de 2020
ISBN: 978-958-739-206-7 (Impreso)
ISBN: 978-958-739-207-4 (Digital)

Editor: Miller Alejandro Gallego Cataño
Coordinación editorial: Nicolás Darío Cuevas Alvear
Dirección gráfica y diseño: María Camila Prieto Abello
Corrección de estilo: Liliana Ortíz Fonseca

Hecho en Bogotá D.C., Colombia
Vicerrectoría de Investigaciones
Editorial Universidad El Bosque
Av. Cra 9 n.º 131A-02, Bloque A. 6.º piso
+57 (1) 648 9000, ext. 1395
editorial@unbosque.edu.co
www.unbosque.edu.co/investigaciones/editorial

Impresión
Noviembre de 2020

Todos los derechos reservados. Esta publicación no puede ser reproducida ni en su todo ni en sus partes, ni registrada en o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea mecánico, fotoquímico, electrónico, magnético, electro-óptico, por fotocopia o cualquier otro, sin el permiso previo por escrito de la Editorial Universidad El Bosque.

Universidad El Bosque l Vigilada Mineducación. Reconocimiento como universidad: Resolución n.º 327 del 5 de febrero de 1997, MEN. Reconocimiento de personería jurídica: Resolución 11153 del 4 de agosto de 1978, MEN. Reacreditación institucional de alta calidad: Resolución N.º 013172 del 17 de julio 2020, MEN.

614.409 M15c

Maldonado, Carlos Eduardo

Complejidad de la salud, no de la enfermedad: valeología, teoría de juegos, narrativa / Carlos Eduardo Maldonado, Álvaro Amaya Navas, Daniela Arango Ruda, Anny Bonilla Dueñas, Ana Camila García, Lucero Galeano Zabala, Santiago Galvis V., Wilson Andrés Parra Chico y Jorge Sandoval París -- Bogotá: Universidad El Bosque, 2020

197 p.; 16x24 cm -- (Colección Complejidad y salud; Vol. 7)
Incluye tabla de contenido, índices y referencias bibliográficas al terminar cada capítulo.

ISBN: 978-958-739-206-7 (Impreso)
ISBN: 978-958-739-207-4 (Digital)

1. Complejidad (Filosofía) 2. Ciencias de la salud -- Determinismo (Filosofía) 3. Salud pública -- Filosofía 4. Enfermedad -- Filosofía I. Amaya Navas, Álvaro II. Arango Ruda, Daniela III. Bonilla Dueñas, Anny IV. García, Ana Camila V. Galeano Zabala, Lucero VI. Galvis V., Santiago VII. Parra Chico, Wilson Andrés VIII. Sandoval París, Jorge IX. Universidad El Bosque. Facultad de Medicina

NLM WZ 40M15c

Fuente: SCDD 23ª ed. NLM – Universidad El Bosque.
Biblioteca Juan Roa Vásquez (Noviembre de 2020) - RR

Colección Complejidad y Salud, Vol. 7

Complejidad de la salud, no de la enfermedad

Valeología, teoría de juegos, narrativa

Carlos Eduardo Maldonado (Comp.)

Álvaro Amaya Navas

Daniela Arango Ruda

Anny Bonilla Dueñas

Ana Camila García

Lucero Galeano Zabala

Santiago Galvis V.

Wilson Andrés Parra Chico

Jorge Sandoval París

Contenido

/ _____
Cap. **1** _____

Cap. **2** _____

Cap. **3** _____

Introducción	11
---------------------	----

La salud en perspectiva de complejidad.

La lucha con el lenguaje: sanalogía y valeología	17
1.1 Introducción	18
1.2 Sanalogía y/o valeología	20
1.3 Estado del arte sobre sanalogía y valeología	24
1.4 Sanalogía y complejidad	29
1.5 ¿Qué significa la salud? El enfoque de complejidad	34
1.6 Conclusiones	40
1.7 Bibliografía	45

A veces enfermamos para vivir. La enfermedad como textura del paisaje que es la vida

2.1 Aclaraciones preliminares	54
2.2 La vida como relaciones, articulaciones y paisajes	59
2.3 La enfermedad entendida como una configuración especial del paisaje	65
2.4 Afrontando la enfermedad: experimentar las configuraciones especiales del paisaje	69
2.5 La recuperación: del procesamiento de información a las transformaciones sobre el paisaje	83
2.6 ¿Por qué yo? Las explicaciones como mecanismo para procesar información	86
2.7 Transformaciones sobre el paisaje: los horizontes de la recuperación	92
2.8 Conclusiones	101
2.9 Bibliografía	103

Toma y daca para alimentar. Análisis del papel de la industria alimentaria en el proceso de decisión de los consumidores

3.1 Introducción	108
3.2 Elementos invisibles en la cultura alimentaria que afectan la salud: la información y la experiencia	115

Contenido

Cap. **4**

Cap. **5**

/

/

/

3.3 Toma y daga para alimentar	122
3.4 Bibliografía	131

Rebeca, de Oliver Sacks: lecciones de complejidad extraídas de un relato

	133
4.1 Introducción	134
4.2 Lecciones de complejidad en torno a las dinámicas salud y enfermedad	136
4.3 Lecciones de complejidad en torno a la relación médico-paciente	140
4.4 Lecciones de complejidad en torno a la educación médica	143
4.5 El papel de la narrativa en la educación en complejidad	148
4.6 Conclusión	153
4.7 Bibliografía	155

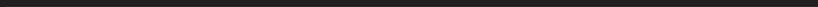
Fundamentos de la gestión de la calidad aplicados a la salud pública: una experiencia integradora

	159
5.1 Introducción	160
5.2 Momentos metodológicos para la armonización de la gestión de la calidad a la salud pública	161
5.3 Algunas conclusiones y lecciones aprendidas	171
5.4 Bibliografía	176

Los autores	179
--------------------	-----

Índice temático	188
------------------------	-----

Índice onomástico	196
--------------------------	-----



Introducción

En el mundo existen indicios evidentes tanto del progreso como de la complejidad de las sociedades. Dos de estos indicios indiscutibles son la medicina –en el pasado– y las ciencias de la salud –en el presente–. Gracias a ellas hemos ganado, literalmente, una vida de más. Los seres humanos pertenecemos a una especie de ciclos de vida cortos –los primates y los homínidos–. Sin embargo, los avances en la medicina en general, y en las ciencias de la salud en particular (¡como suena, históricamente hablando!), han permitido que al cabo de unos miles de años la cultura le agregue una vida de más a los seres humanos. *Grosso modo*, las expectativas de vida son hoy de alrededor de los 70-80 años en el mundo y en Colombia. Desde el punto de vista evolutivo, el éxito de una especie estriba en su perdurabilidad.

Pues bien, la medicina nace en Occidente definida por la enfermedad, y como la abanderada –en esa dimensión de las ciencias, las disciplinas, los saberes y las prácticas– en la lucha frontal y directa contra ella, e indirectamente como una preocupación por la vida y la salud. Entre otros logros y herramientas culturales, la medicina nos ha permitido llegar hasta el presente. Una historia de vida de alrededor de 200.000 años para una rama de los homínidos, y cercana a los 40.000 años para esa rama que es el *homo sapiens*. Un logro importante, aunque muy modesto en la larga cadena y trama de la vida.

La medicina también ha sido la abanderada para pensar la enfermedad, acompañada en esa tarea de otras ciencias, disciplinas y prácticas.

En la historia de la civilización occidental pensar la enfermedad ha correspondido con una estructura mental bien definida: el determinismo. La historia de la medicina busca determinar la enfermedad. En esta historia la tecnología ha sido una ayuda fundamental.

A la enfermedad hay que determinarla con las mejores ciencia y tecnología posibles. La enfermedad se ve, y se debe ver; ella se funda, o coincide, con la observación y con el primado de la percepción natural. Mejor aún: a la enfermedad se la dice, y se la debe poder decir; en eso radica todo el trabajo sobre semiótica y semiología –significados, significantes, síntomas–. La enfermedad es visible, en distintas expresiones. Esta es la historia, dicho brevemente, de los últimos 2.500 años, con dos portales de entrada: Hipócrates y Galeno.

Por el contrario, la salud no es fácil pensar; no se ve, y ciertamente no con la percepción natural. La salud es una experiencia inmanente, es decir que nadie se cura o se sana yendo a buscar la salud. La salud es una experiencia, un encuentro del cuerpo consigo mismo, de la mente consigo misma, de la vida consigo misma.

Haber combatido –no es una metáfora– la enfermedad fue fundamental en toda la historia anterior, pero hacia adelante ya no es suficiente. Ahora y en el futuro, además –y acaso principalmente– debe ser posible pensar la salud, lo cual implica una estructura mental perfectamente distinta a la de todo el pasado. Como se aprecia, una idea de enorme envergadura.

La medicina es una ciencia eminentemente antropocéntrica; cuando se ocupó de la enfermedad de otras especies, adoptó un apellido distinto en cada caso, como (medicina) veterinaria y otras expresiones.

Por decirlo de manera cauta, una parte de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque, y en especial un grupo de investigación, se ha dado a una tarea perfectamente anodina, cuando se la mira con los ojos del pasado y del presente: pensar justamente la salud, ya no más la enfermedad.

Por supuesto jamás habrá que darle la espalda a la enfermedad, y más exactamente al cuidado de la enfermedad. Motivos al mismo tiempo éticos y epistemológicos lo impiden. Sería sencillamente ignorancia voluntaria e irresponsable hacerlo, solo que, además –y quizás hacia el futuro, principalmente– debe ser posible pensar la salud, que es, si cabe la expresión, pensar lo invisible. Al fin y al cabo, la ciencia consiste (parcialmente) en hacer visible lo invisible, y en explicarlo.

En el camino por pensar la salud –que es exactamente pensar la vida– se ha emprendido una serie de trabajos sistemáticos y regulares. Así, las ciencias de la vida saltan al primer plano, y hacen de las ciencias de la salud una coprotagonista. La vida: el más complejo y magnífico de todos los problemas, de todos los temas, de todos los “objetos”.

Una parte de estos trabajos en la dirección señalada son documentos de investigación (*working papers*, en el lenguaje académico), en los cuales se aventuran –esa es exactamente su naturaleza– trazos, apuestas, desafíos, esbozos y borradores. Y al mismo tiempo se ha dado nacimiento a la única colección editorial en el espectro hispanohablante, y quizás también en el mundo entero: *Complejidad y Salud*. Pues bien, este libro forma parte de ese conjunto de esfuerzos. Aquí la idea queda anunciada desde el título: pensar la complejidad de la salud, no ya de la enfermedad, supuestas las líneas que anteceden.

La ciencia es una empresa de largo aliento; como la vida misma. En consecuencia, pensar la complejidad de la salud es un trabajo de largo aliento. Por lo demás, cabe decir que, en buena ciencia como en otros campos y en un régimen democrático sano o saludable, nadie puede definir por sí misma la normalidad o los criterios de racionalidad o de validez. Siempre son los otros

quienes establecen la verosimilitud, la plausibilidad o la realidad de un enunciado, de un argumento, de un estilo de vida, en fin, de un atisbo o espectro de (la) verdad. Esta idea apunta al hecho de que por supuesto permanecemos abiertos a comentarios, críticas, preguntas o sugerencias.

Este es un libro colectivo, escrito por una parte de la comunidad académica y científica de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque. Una mirada escéptica o ecléctica diría que un libro colectivo contiene desigualdades, montañas, llanuras y abismos, y que entonces se puede leer en cualquier orden, incluso sin terminar de leerlo nunca por completo. Una mirada positiva, sin embargo, ve un prisma, procesos de difracción y de refracción al mismo tiempo.

En otra analogía, según su volumen los libros colectivos son obras de cámara o sinfonías musicales. Esto es, instrumentos diferentes, tempos distintos, motivos incluso diferentes, pero con un mismo tema que se despliega por movimientos, con contrapuntos y en armonías sugerentes.

Eso es este libro. Un motivo para un diálogo. Ahora, como ya lo puso de manifiesto Platón en *El simposio*, el verdadero diálogo se establece entre amigos, y el auténtico diálogo sucede alrededor de un banquete. En la Grecia antigua, que sí sabía del diálogo y del “buen vivir”, se decía *eupraxein* (literalmente una buena *eu praxis*), lo cual apunta a un proceso, no simplemente a un acto.

Carlos Eduardo Maldonado

1

Carlos Eduardo Maldonado
Jorge Sandoval París

**La salud en
perspectiva de
complejidad.
La lucha con
el lenguaje:
sanalogía y
valeología**

1.1 Introducción

El primer objeto de trabajo en ciencia es el lenguaje; no es, contra todas las apariencias, el paciente, la enfermedad, la empresa, el territorio, el Estado, o cualquier otro. Es imposible hacer *buena* ciencia sin *reflexionar, al mismo tiempo*, sobre el lenguaje. Etimológicamente, la medicina se define por la enfermedad (a partir del latín *mederi*). Tanto peor es el caso de la enfermería o de las terapias. Las ciencias de la salud necesitan re-pensarse a sí mismas. Pero esto no es posible sin una reflexión sobre el lenguaje.

En este texto argumento que existen alternativas –semánticas, lógicas y heurísticas– a la “medicina”, esto es, al modelo tradicional e imperante, que es la biomedicina. Una dúplice alternativa la ofrecen los conceptos de *sanalogía* y de *valeología*. (Como se recordará, *valeô* en griego significa tanto “estar bien”, “estar sano”, como “estar fuerte”)¹. Es de observar que ninguno de los términos aparece en el *Medical Subject Headings* (MeSH), el tesoro de la medicina y las ciencias de la salud. Un hecho significativo.

Es necesario pensar la salud, y no ya más la enfermedad, y ni siquiera el continuo salud-enfermedad. Pues bien, la tesis que defiende este texto es que debe ser posible pensar la salud más allá de cualquier ciencia o disciplina actualmente existentes. Esto pasa, precisamente, por pensar el lenguaje, por decir lo menos. Por esta razón el foco se desplaza hacia la *sanalogía* y, mucho mejor, la *valeología* [41]. La primera sección introduce, de manera

¹. Digamos, de pasada, que en griego *vále*, o *bále* –βαλε– (de βαλλω), empleado como interjección, significa “¡más bien a los dioses que!”. No escapa a un entendimiento sensible la conexión con “valeo”.

puntual, los dos conceptos. Sobre esta base, la segunda sección elabora el estado del arte de ambos conceptos y discute su significado y comprensión. La tercera sección se concentra en la consideración acerca de las relaciones entre sanalogía y complejidad. Sobre esta base, la cuarta sección consiste en una reflexión sobre qué significa propiamente la salud en perspectiva de complejidad. Al final se extraen algunas conclusiones.

Etimológica, y por tanto semánticamente, la medicina se define de cara a la enfermedad; *a fortiori*, lo mismo sucede con la enfermería, la odontología, y en general con todas las terapias. Atender la enfermedad es fundamental, no cabe la menor duda. Motivos de tipo al mismo tiempo éticos, emocionales, sociales y culturales soportan la preocupación por la enfermedad. Este texto argumenta que, sin darle la espalda a la enfermedad, debe ser posible pensar la salud, y hacerla entonces posible, tan posible como quepa imaginar. La razón es elemental: la salud y la vida son una misma cosa. Dicho afirmativamente, la medicina y todo lo que ella y su alrededor se encarna, debe poder saber de vida: de vida antes de saber de sufrimiento, de vida antes que de muerte, en fin, de vida antes que de aislamiento y confinamiento. Creemos que una medicina orientada a la vida deja de llamarse a sí misma como “medicina”, y puede llamarse sanalogía –o valeología–; aquí, por lo pronto, para el caso, da lo mismo.

Prevenir la enfermedad y curarla no es, en absoluto, nada baladí. Jamás se podrá decir algo negativo al respecto. Lo que sí sucede es que no es suficiente con prevenir la enfermedad; incluso tampoco con curarla. Además, y fundamentalmente, debemos poder saber de salud, antes de que se la pierda, e incluso si jamás se la llega a perder; o bien, igualmente, salud una vez que se ha padecido una enfermedad. La preocupación por la enfermedad

es, en el lenguaje de las ciencias de la salud, el equivalente en ética y en teología a una concepción sacrificial de la vida: menos mal que existe el sufrimiento, si no, no sabríamos lo que es la alegría, y así nadie puede ser verdaderamente feliz si no ha sufrido –una idea verdaderamente perversa–. No se puede construir mundo y sembrar horizontes de optimismo y vitalidad con concepciones y actitudes semejantes.

Este texto establece una relación interna con otros elaborados antes [21], [22], [23], [24], [25] y corresponden a una línea de investigación centrada en la vida, y que aquí se traduce como el estudio de la salud y la complejidad.

1.2 Sanalogía y/o valeología

En ocasiones, los conceptos tienen –no sin justificaciones– lugares y momentos en los que se incuban. Pero, a la manera de las semillas arrastradas por el viento o transportadas por insectos, por ejemplo, muchas veces pueden germinar también en otros lugares y entonces, eventualmente, ser cosechados. En la historia de la ciencia y la filosofía abundan ejemplos similares. La biología y la ecología, ciertamente, enseñan acerca de especies nativas y su importancia para los ecosistemas locales. Pero, a su lado, también es verdad que la biogeografía pone en evidencia la transportación y adaptación de especies a otros biomas y ecosistemas. Es lo que sucede, si cabe la metáfora, con los conceptos de sanalogía y de valeología.

A veces, incluso, dado que los conceptos tienen áureas culturales, o sociales, o geográficos o políticos, se los desprecia por sus orígenes y circunstancias antes que por sus significados. La historia de la ciencia está llena de ejemplos semejantes. Mencio-

nemos, muy rápidamente, tres: el debate entre Wallace y Darwin, entre la comprensión británica y la australiana de la ciencia; o la disputa entre Newton y Leibniz, a propósito del desarrollo del cálculo; o incluso, igualmente, las discusiones entre el darwinismo y el lamarckismo, esto es, entre Inglaterra y Francia. Los ejemplos se pueden multiplicar sin dificultad.

Pues bien, hay que decir que los conceptos de sanalogía y valeología no existen en el uso común y corriente del español, y manifiestamente tampoco en el MeSH. Se trata, si cabe la expresión, de una auténtica innovación –en la medicina, en las ciencias de la salud y en el lenguaje y la cultura–. Sus orígenes, de acuerdo con lo que muestra el estado del arte, del que nos ocuparemos en la segunda sección, se halla en Rusia (antigua Unión Soviética) y varios países próximos, como Ucrania y Bielorrusia, pero también en Polonia (donde existe el Instituto Internacional de Valeología). No es inevitable, entonces, que una apropiación del concepto se encuentre en Cuba, y parcialmente, entonces, en España.

En efecto, en el marco latinoamericano, la sanalogía aparece, a la fecha, en el sistema cubano de salud hace apenas hace un lustro (<http://www.juventudrebelde.cu/dudas-idioma/s/sanalogia>). Pero por fuera de Cuba, en los países de América Latina no ha habido un eco o una réplica, hasta el momento. (Dejando la política aparte, no se pueden desconocer las fortalezas del sistema de salud pública en Cuba –particularmente de la salud comunitaria–, y en general de la calidad de la investigación biomédica cubana).

Pues bien, la asunción básica de la sanalogía es que es imposible la salud mental sin la salud física, la salud individual sin la salud colectiva y del medioambiente. Desde este punto de vista, como se aprecia, se trata de una comprensión integral, transversal u holística de la salud, como se prefiera.

En el espíritu, la medicina y las ciencias de la salud saben –algo– al respecto: la clínica, y la salud familiar, la comunitaria y la salud mental, la salud ambiental y las políticas públicas de salud, sin olvidar las divisiones de investigación y en la propia medicina, esto es, las especializaciones y subespecializaciones médico-quirúrgicas. La enorme dificultad es que, tanto en la práctica como en sus concepciones teóricas, estas son divisiones parcelas, compartimientos, incluso muchos de ellos perfectamente jerárquicos. La letra de la medicina falla así a su espíritu. Al cabo, se termina hablando de enfermedad y perdiendo, por completo, a la salud del foco de atención.

De acuerdo con una fuente [39], verosíblemente, la sanalogía comprende cuatro ejes; estos son:

- *Teórico-crítico*: consiste en un redimensionamiento del ser humano.
- *Epistemológico*: promueve una ciencia única del ser humano.
- *Práctica liberadora*: contribuye a que cada quien sea médico de sí mismo y de los suyos.
- *Sanalogía antihegemónico*: gracias a que forma parte de una de las epistemologías del sur.

La distinción entre los cuatro ejes es simplemente analítica.

Como se aprecia sin dificultad, la sanalogía, así comprendida, constituye una comprensión humanista de la salud, y por consiguiente eminentemente centrada en el ser humano.

La sanalogía no solo concierne a una comprensión específica de la salud, sino también al tema mismo de acceso a los servicios de salud y, por tanto, a consideraciones acerca del sistema

de salud (*healthcare*). Señalamos explícitamente esta derivación, pero no es en ella en la que nos concentraremos aquí.

En el marco de la sanalogía se habla incluso de modelo holomédico para designar una comprensión integrada de la salud. Sin embargo, al mismo tiempo, la sanalogía apunta directamente a desterapeutizar la vida (cfr. Unimed, Barcelona: <http://www.unimed-consulting.es/index.php>).

No en última instancia, la sanalogía se dirige a la eliminación de la pobreza, puesto que es bien sabido que existen numerosas enfermedades que son resultado de condiciones de pobreza.

Por su parte, la valeología ha sido comprendida como la ciencia de la salud humana: de corte eminentemente interdisciplinario también, es concebida más radicalmente como una verdadera filosofía, en el sentido de una forma de vida. El énfasis está en el conocimiento y aprovechamiento de las reservas de la vida, o lo que es equivalente, en la consideración acerca de la salud y sus reservas. Más exactamente la valeología es la ciencia de la formación, la conservación y el fortalecimiento de la salud, con énfasis en el individuo, de suerte que se la pueda manejar adecuadamente [27].

El padre de la valeología es I. I. Brehman de Vladivostok. Él trabaja el tema desde 1982. Sin embargo, redacta la primera monografía sobre este nuevo campo en 1987: “Introducción a la valeología: ciencia de la salud” (en ruso; no ha sido traducido al inglés o al español). En 1990 se publica una versión revisada y ampliada de esta monografía [28]. A partir de 1991 y 1994 el Ministerio de Salud de Rusia lanza un programa de valeología con base en las ideas pioneras Brehman.

La valeología consiste en un llamado a la adaptación a condiciones ambientales esencialmente cambiantes, y el centro

radica en la atención al cuerpo y su conocimiento, lo cual, manifiestamente, no significa, para nada, una afirmación del dualismo cuerpo-alma o cuerpo-mente.

De esta suerte, mientras que, más radicalmente la medicina estudia al paciente (real o potencial) y la enfermedad, la valeología estudia la salud y a la persona sana o saludable. He aquí la más radical de las diferencias.

Queremos insinuar la idea según la cual la sanalogía no es otra cosa que la traducción de la valeología al lenguaje de la medicina y de las ciencias de la salud. Todo parece indicar que la raíz misma de la palabra en sanalogía –sanar– apunta más inmediatamente a lo mismo a lo que se dirige la valeología, solo que la raíz no parece ser tan evidente en este último término.

1.3 Estado del arte sobre sanalogía y valeología

El lugar de emergencia de la sanalogía y de la valeología es Rusia –por derivación Ucrania, Tajikistán y Uzbekistán–, y sucede desde 1995 hasta la fecha de una forma por lo demás poco eruptiva. Recientemente, existe un artículo de origen búlgaro (2018) centrado en las relaciones entre valeología y educación. En algo más de dos décadas, el promedio de publicaciones sobre ambos temas es aproximadamente de un artículo por año. Ello a pesar de que ya existen dos centros en el mundo: uno en Rusia y otro en La Habana dedicados a la investigación en el tema. En 2013 se realiza la primera conferencia internacional sobre valeología (https://www.univer.kharkov.ua/en/general/univer_today/news?-news_id=655), con participación principalmente de profesores

rusos y ucranianos. Asistimos, literalmente, a un nuevo paradigma. En ocasiones, los conceptos y los nuevos dominios del conocimiento tardan tiempo en nacer y fortalecerse.

Así, la sanalogía –o valeología– se alimenta, culturalmente hablando, de la ciencia y la sabiduría eslavas y árabes, de maneras diferentes. El tema que emerge así es el de los entornos culturales de los conceptos. La tabla 1 presenta las áreas de la valeología hasta el presente.

Tabla 1. Aspectos y ejes de la sanalogía y la valeología: estado del arte

Aspecto	Autores
Fundamentos teóricos y sistema de salud	[1], [18], [19], [26], [30], [31], [32], [34]
Valeología y educación	[3], [4], [5], [6], [12], [13], [17], [25], [28], [29], [30], [32], [33], [34], [36], [37], [38], [39], [41]
Educación y catástrofes naturales	[3], [7], [14], [38]
Estilos de vida saludables, mujer	[8], [9], [38]
Geriatría y actitudes antivejez	[11]
Medioambiente	[14], [15], [39], [43]
Biomedicina y biología	[2], [34], [42]

Fuente: elaboración propia, 2020.

Como se observa, algunas fuentes abarcan más de un eje de problemas. Ampliamente, la preocupación se centra en la educación, y es sabido que la educación hace referencia a la construcción de futuros mejores. Con la educación, la mirada está volcada enteramente hacia el futuro, y la infancia y la juventud, principalmente, constituyen la base de todos los intereses. Salud, futuro y educación aparecen entonces como asuntos vitales.

Con una sola excepción, todos los trabajos que conforman este estado del arte son posteriores a 1991, esto es, a la caída del Muro de Berlín, el periodo cuando se disuelve la URSS y se hace el tránsito hacia una economía basada en el mercado. Un tema importante desde el punto de vista de la sociología y la historia de la ciencia.

Existe una bibliografía mucho más amplia y sedimentada sobre la valeología con respecto a la sanalogía. Sin embargo, filosóficamente son equivalentes. Puede decirse que el término de “sanalogía” es la latinización del de “valeología”, pero la raíz es la misma: la salud. Aquí usaremos indistintamente uno u otro concepto.

El núcleo de los dos conceptos radica en su énfasis en la salud, así: se trata de estudiar en qué consiste esta, y cómo fortalecerla, incluso si no se la ha perdido. Mejor aún, la sanalogía y la valeología consisten en el estudio y trabajo centrados en cómo incrementar la salud. Como se aprecia, se trata de un giro radical, puesto que no es preciso haberla perdido para valorarla. La experiencia de la salud es, en una palabra, la experiencia misma de la vida. Y no es indispensable, en modo alguno, que la vida esté amenazada para valorarla.

Existen unos pocos trabajos sobre los fundamentos teóricos de la ciencia de la salud. Los referidos en la tabla 1 se encuentran en inglés y son iluminadores. Están dirigidos a estudiantes

de medicina, y por derivación a todo aquel interesado, más ampliamente, en las ciencias de la vida o en las ciencias de la salud.

El capítulo más amplio de los trabajos existentes hasta la fecha es de carácter educativo o pedagógico. La idea de base consiste en cómo cuidar de la salud, cómo conocerla y aumentarla. Se trata de un tema que marca un contraste grande con lo habitualmente conocido como “educación médica” en el sentido amplio de la palabra, y el denominador común es el estudio de formas de vida sanas o saludables, pues, indudablemente, desde cualquier punto de vista, la infancia y la juventud representan la expresión más acabada de una vida sana o saludable.

Con respecto a ese capítulo amplio que es la salud ambiental —específicamente en el contexto de una época marcada por crisis ambientales de gran impacto—, existe un grupo de trabajos que no son menores. En un hilo conductor, a partir de estudios de caso y experiencias geográficas singulares, la mayoría de ellos se concentra en la experiencia de Chernóbil y los aprendizajes que cabe extraer de allí para la salud (no para la enfermedad).

Tres capítulos que contienen unos pocos estudios son los relativos a mujer y género, vejez, y medioambiente. Aquí hay una veta de exploración para quienes están trabajando en estos campos, antes que unas falencias o vacíos. Finalmente, quizás el más sugestivo de los capítulos del estado del arte tiene que ver, en realidad, con los fundamentos teóricos, y se trata del cruce entre sanalogía o valeología con la medicina y la biología. Desde el punto de vista tanto de investigación básica como de investigación aplicada o experimental, se pueden encontrar visos sugestivos para un trabajo posterior.

Como quiera que sea, tenemos ante la mirada un estado del arte relativamente amplio y robusto, con visos de ejes y capítulos

que apuntan a algunos de los campos más sensibles de y para la salud. En español no existen textos primarios sobre sanalogía ni sobre valeología, y mucho más radicalmente, los trabajos dedicados a la salud –no ya a la enfermedad, ni tampoco al proceso salud-enfermedad– son escasos, si no inexistentes.

De lo dicho sobre sanalogía solo se encuentran tres referencias, y todas ellas únicamente en el motor de búsquedas de Google. Se trata de textos periodísticos, divulgativos o de publicidad. En contraste, las fuentes sobre valeología pueden hallarse ya en RefWorks, lo cual da una idea de mayor solidez y madurez.

Pues bien, América Latina es un continente históricamente joven, y demográficamente muy joven. Sin la menor duda, el subcontinente constituye una de las mejores reservas para la vida y la salud, en toda la línea de la palabra. Casi la mitad de los países megadiversos se encuentran en Latinoamérica. La historia de estos países aún se deja contar en la literatura, y no termina de materializarse en la historiografía. El español es uno de los idiomas más robustos alrededor del mundo. Las artes son muy fuertes en el continente, y los pueblos y culturas aún pujan por hacerse posibles, en dimensión social, histórica, cultural y política. Todos, motivos de vitalidad y salud antes que de conflicto, penurias y luchas. En consecuencia, encontramos condiciones propicias para sembrar los campos –la educación, por ejemplo, o la información, o la investigación– con el foco, hasta la fecha perfectamente inopinado de la salud, para lo cual, las semillas de sanalogía o valeología parecen ser más que propicias. Las facultades de medicina, principalmente, no pueden permanecer al margen de un marco semejante. Con una observación importante: sanalogía o valeología son conceptos novedosos que anuncian una dimensión perfectamente inexplorada hasta la fecha.

Pues bien, en ciencia, una nueva idea –digamos por lo menos, un nuevo concepto– es el antígeno de acción más rápida. Frente a este antígeno, se impone habitualmente el escepticismo, la incomprensión, la desidia. Se requiere por tanto de un esfuerzo termodinámico para:

- a. entender y entrar en diálogo con una idea novedosa, y
- b. sembrar y contribuir a cuidar y cosechar una idea innovadora.

Lo más fácil frente a las novedades es la inercia, el peso de la costumbre, la facilidad de los atavismos. Precisamente por ello, kuhnianamente hablando existen las revoluciones científicas.

Digamos que en contraste con el antígeno de acción muy rápida que es una nueva idea, un chisme o un chiste emergen rápidamente por vía de contagio en la cultura. Asistimos, así, a la dicotomía entre la dificultad de procesar una idea nueva y la de aceptar acríticamente una noticia ligera o una broma. Se trata de un asunto difícil en esa interface entre la ciencia de punta y la base de la sociedad. La psicología del descubrimiento científico se ve aquí inmediatamente interpelada. Podemos, así, hacer el tránsito a la sección siguiente.

1.4 Sanalogía y complejidad

Pensar la salud –esto es, radicalmente, pensar la vida– y hacerla posible y cada vez más posible es una exigencia al mismo tiempo moral y epistémica, y no una más que la otra. La historia de los avances de la medicina fueron determinantes, y lo siguen siendo,

para comprender las enfermedades y vencerlas. Pero es exactamente en este punto donde comienzan las dificultades.

El lenguaje de la medicina, de las ciencias de la salud y de las políticas públicas en salud es eminentemente militarista, belicista, armamentista [35]. Implica una mentalidad (*mindset*) que está en guerra y vive de y para la guerra. Vencer la enfermedad –o la pobreza–, combatir las epidemias y las pandemias, prevenir la enfermedad e intervenir, derrotar la gripa y demás, son expresiones fáciles en esa mentalidad y en sus lenguajes, para no hablar de métodos y procedimientos invasivos. Los salubristas y los médicos, parece ser, se encuentran en primera fila en una guerra que comenzó hace mucho tiempo, acaso con el origen de la civilización occidental (hasta que no se demuestre lo contrario).

En estrecha relación con lo anterior, el lenguaje predominante de la ciencia es marcadamente machista y sexista: descubrir, desvelar, penetrar [10]. (Sería interesante ver cómo hubiera sucedido la historia de la ciencia si hubiera sido narrada por mujeres).

En contraste con el lenguaje militarista y belicista de la enfermedad, ¿es posible una estructura mental de paz, de armonía, de alegría, incluso, muy radicalmente, de plenitud e inocencia? Este texto quiere argumentar que una mentalidad semejante y comportamientos concomitantes subsiguientes son el resultado de pensar la salud, y vivir en función de ella.

Debemos poder cambiar la mentalidad habida y aún imperante de guerra, y la de ver enemigos en todas partes. Un sector de la industria farmacéutica alimenta esta estructura mental belicista al concebir a los gérmenes y parásitos como enemigos a los que hay que derrotar, como a los hongos y las bacterias, muy notablemente [30]. Y ello para no hablar de los insectos. Una mentalidad semejante no es otra cosa que la avanzada más guerrerista

de la selección natural, y no sabe, absolutamente para nada, de la vida como de procesos de aprendizaje, codependencia, coevolución, mutualismo, comensalismo, cooperación, simbiogénesis, eusocialidad, holobiontes y otros conceptos de punta próximos y semejantes, que es donde se encuentra, hoy por hoy, lo mejor de ciencias como la biología y la ecología, sin dejar de mencionar a la química, especialmente.

La vida es una compleja red de cooperación y dependencias recíprocas en la que no existen ni son posibles las jerarquías. Siempre han sido los ejércitos los que han implementado la idea de jerarquías, la orden de mando, y por tanto de organización. En salud se acoge la jerga de otras profesiones o áreas, como la economía o la guerra. Los ejércitos y las policías, que no saben de ciencia y sí mucho de doctrina y obediencia. La estructura de formación en medicina es acorde con una organización vertical que recibe órdenes y acata órdenes. Cuando la vida es una guerra.

La valeología es un proyecto eminentemente interdisciplinar que busca poner en el foco de la mirada los aspectos espirituales, biológicos, sociales y culturales que afirman y promueven salud. Es imposible la salud de cada uno al margen de la salud de los demás, y ulteriormente, al margen de la salud del medioambiente. La salud implica un enfoque multiescalar, paralelo y distribuido; y no en última instancia, de no-localidad.

La valeología consiste en el reconocimiento y la potenciación de los mecanismos heredados de la salud. Pero, con la epigenética podemos agregar que se trata asimismo del elevamiento de los mecanismos aprendidos de salud, puesto que la herencia y la experiencia constituyen una sólida unidad [22], [23].

Estructuralmente hablando, el medioambiente no implica necesariamente una mirada hacia afuera o externalista. El medioam-

biente vive también en el interior de los seres humanos. En esto consiste exactamente la epigenética, la más reciente de las ciencias de la complejidad [20]. Así, el estudio de la salud va más allá de la conjunción de que la cultura y la naturaleza constituyen una indisoluble unidad. Suponiendo que tuviera sentido hablar de los “condicionantes de la salud”, esos condicionantes no están más “afuera” que “adentro”, algo que los discursos oficiales sobre salud pública ignoran. Desde el punto de vista de la vida, o lo que es equivalente, de las ciencias de la complejidad, no existe un afuera ni un adentro, sino procesos incesantes que se expresan de una manera o de otra, en un plano o en el otro.

Sin reduccionismos matematicistas, es indispensable una cuantificación de la salud y de los estados de salud. Una cuantificación semejante, que no va en contravía de posibles modelamientos y simulaciones, permitirá una predicción de estados de salud, procesos de salud, en fin, de dimensiones de salud. Dicho más explícitamente, son numerosos los datos que conforman el espectro “salud” y “vida saludable”; más radicalmente, el espectro de un “mundo sano”. Pues bien, la cuantificación de enormes datos pasa entonces por una analítica de estos datos que permitirá, consiguientemente, una comprensión de salud desde un *modo complejo*. Una comprensión semejante será determinante, en el futuro inmediato, para el cambio de las formas de pensamiento y de vida que hemos llevado hasta la fecha. Si las ciencias de la complejidad son ciencias de posibilidades, la más significativa de estas posibilidades es la de recuperar la salud o incrementarla para hacer la vida posible y cada vez más posible.

Sin la menor duda, en contextos cambiantes y llenos de incertidumbre, el aprendizaje y la adaptación constituyen puntos imprescindibles de referencia. La valeología pone abiertamente de mani-

fiesto que la salud es una sola y misma cosa con la capacidad de adaptación que, parece serlo, es la mejor garantía de supervivencia.

Así las cosas, la salud es una condición esencialmente dinámica de carácter adaptativo que resulta de la interfaz entre naturaleza y cultura, en toda la línea de la palabra. Así, la salud *modo complejo* significa poner sobre la mesa a plena luz del día los equilibrios dinámicos, ya sea en la biografía de una persona, o en la historia de una comunidad o grupo.

En el mundo contemporáneo, la más sensible de las expresiones de cambios incesantes y de incertidumbre del tiempo es la salud mental, que, como es sabido, constituye el principal problema de salud pública en el mundo. De acuerdo con los planteamientos de la sanalogía, así las cosas, la salud mental debe poder integrarse a la atención primaria. Al fin y al cabo, la más básica de las condiciones de vida y actuación de los seres humanos son las creencias que tienen, que aprenden, que se contagian y que se sedimentan en el cuerpo. La mente es el ámbito en el que se dirime la salud, según parece, solo que el cuerpo es la primera de las expresiones de los procesos de salud o enfermedad. La complejidad reconoce que el cuerpo es el espacio en el que reside la memoria de todas las experiencias de una vida humana, pero que el cuerpo y la mente conforman esa unidad dinámica que es la existencia. La valeología apunta al cuidado de la mente como quizás a la primera instancia donde se dirime la salud, y quizás la más crítica. La salud es un fenómeno complejo en toda la extensión de la palabra; esto es, con fluctuaciones, inestabilidades, turbulencias, no-linealidad, emergencias, autoorganización, y bucles de retroalimentación positivos y negativos, notablemente.

En consecuencia, la complejidad radica exactamente en los entrecruzamientos entre las esferas espiritual, mental, somática y

cultural de la existencia. Tiempos y espacios tóxicos hacen tóxica la existencia, y momentos y experiencias saludables refuerzan la alegría de vivir y el optimismo. Con esto, volvemos la mirada a la comprensión de la salud.

1.5 ¿Qué significa la salud? El enfoque de complejidad

La salud no es un estado de guerra, sino de paz, de concordia y armonía, de alegría y mucha tranquilidad, de felicidad incluso, en fin, de horizontes esencialmente abiertos e indeterminados, y por consiguiente generosos y profundos. La salud implica optimismo, y la vida no es posible en medio de estructuras mentales permeadas de limitaciones, determinaciones, restricciones, prohibiciones y normas. Nadie que esté sano no deja de ser optimista, y de vivir la vida con alegría.

La valeología comporta un lenguaje no-belicista ni militarista. Y es que, efectivamente, la función performativa del lenguaje es determinante en una forma de vida; hacemos cosas con palabras, y muchas veces remplazamos a las cosas con palabras.

Reiteremos esta idea: el primer objeto de trabajo en ciencia no es nunca el Estado, la empresa, el paciente, el territorio, el aula de clase o lo que sea. Por el contrario, el primer objeto de trabajo en ciencia es siempre el lenguaje. Un lenguaje que no permite decir cosas novedosas; un lenguaje que ve cosas nuevas pero que no sabe exactamente cómo decirlas. La inteligencia es, aquí, esa difícil amalgama entre lógica y topología; es decir, entre conceptos y categorías de un lado, y figuras literarias, de otra

parte: metáforas, símiles, metonimias, hipérboles, sinécdoques, y muchas más.

La comprensión clásica de todas las cosas en la humanidad occidental es binaria o dualista. No puede ser distinta en el caso de la salud, o de la enfermedad. Ambos son tomados como términos absolutos. O se está enfermo o se está sano, y acaso la mejor comprensión de la salud es la ausencia de enfermedad. Pues bien, en la historia de la valeología figura el filósofo y médico Avicena [41]. Su comprensión de la salud o de la enfermedad es de gradientes, así:

- El cuerpo está sano hasta el límite.
- El cuerpo está sano, pero no hasta el límite.
- El cuerpo no está sano, pero no está enfermo.
- El cuerpo está en buena condición, y se percibe buena salud.
- El cuerpo tiene una enfermedad ligera.
- El cuerpo está enfermo hasta el límite.

Como se aprecia, la comprensión de Avicena es inmensamente más rica que las comprensiones estándar de la OMS y la OPS acerca de la salud. Avicena tiene una comprensión de la salud, no de la enfermedad. La salud tiene difusividad, con lo cual, sin ambages, la salud es un asunto que se entiende mejor con la lógica difusa que con la lógica formal clásica (lógica de predicados, lógica matemática, lógica proposicional, lógica simbólica: –cuatro maneras distintas de entender un solo y mismo campo).

Como se aprecia sin dificultad, es perfectamente posible pensar la salud, y entonces, hacerla posible. Sin embargo, en rigor, la salud es una condición antepredicativa. La salud no se dice

y no necesita ser dicha, acaso como la vida misma. Normalmente nadie dice “estoy sano”, a menos, claro, que haya padecido antes una enfermedad. Pero sin haber sufrido de ninguna enfermedad nadie dice habitualmente estar sano. La salud se la vive y se la experiencia ante-predicativamente.

En contraste, la enfermedad sí se la dice y debe ser dicha. Usualmente se la dice a raíz del dolor, y se la dice como dolor. Pero hay otras formas como la enfermedad habla y como se la expresa: por ejemplo en el enrojecimiento, en el tumor, en la ausencia de sueño, o bien en caso de somnolencia excesiva, en caso de inapetencia, de palidez y de muchas otras maneras. Toda la semiología de la enfermedad consiste exactamente en el trabajo por leer y escuchar la enfermedad: síntomas y signos.

Debemos poder escuchar al cuerpo, pues el cuerpo nos habla permanentemente, y nos anuncia salud, preenfermedad o padecimientos [24]. Existen manifiestamente condiciones de la salud tanto subjetivas como objetivas –demográficas, epidemiológicas, sociales y otras–, y la valeología consiste en esta sabiduría de escucha del cuerpo; tanto el propio como el ajeno. Los lenguajes de la naturaleza son polifónicos y no siempre son directos e inmediatos. La metáfora en general constituye la atmósfera de los lenguajes de la naturaleza; esto es, para cada uno, del propio cuerpo.

Es preciso señalar aquí dos de los criterios de la comprensión de la salud: la antropometría y la dinamometría. La primera hace referencia a ese campo de la antropología biológica que se caracteriza por que las dimensiones del cuerpo humano varían continuamente, en función de la alimentación, del sexo, de la raza, de los entornos geográficos o socioculturales, por ejemplo. De esta suerte, la antropometría consiste en el estudio de medidas esencialmente variables y cambiantes. Por su parte, la dinamo-

metría ha sido principalmente considerada en los estudios sobre la infancia y la juventud, y mucho menos en la adultez y la vejez. Se ocupa esencialmente del rendimiento físico –por tanto, no solo funcional o laboral– de los seres humanos, y entonces, a la capacidad nutricional en cada momento.

La dinamometría también es permanentemente cambiante y, bien entendida, en cada caso singular, particular. Este campo pone al descubierto la importancia del saber comer (o saber alimentarse) y no en última instancia, el tema sensible de la soberanía alimentaria de los pueblos y naciones.

Lo que podría considerarse como la variación normal también depende del sexo, la etnia, la nutrición, los entornos en los que se vive, los grados de frustración y de satisfacción de la existencia consigo mismo, y en general también del clima y la geografía. Sin duda alguna, la *joie de vivre* confiere una cierta dinámica a la vida, y ella expresa salud y modalidades de salud. Dicho *grosso modo*, se trata del estudio de las fuerzas que animan o impulsan a la existencia, en cada momento y lugar.

No en última instancia, la salud de alguien al mismo tiempo consiste y se expresa en la capacidad de aprendizaje –por definición, de aprendizaje de cosas nuevas y diferentes a las ya sabidas–. Quisiera sugerir que una de las mejores medidas de salud y por tanto de vitalidad y complejidad de una vida consiste en la capacidad –y facilidad– para aprender. Así las cosas, los sistemas de información, la educación, la ciencia, la cultura y las artes constituyen a la vez expresiones de salud, retos para la salud, medidas de salud, individuales y colectivas, epocales e históricas.

Como se aprecia, los salubristas, en toda la línea de la palabra, poco y nada saben al respecto. Esta es, si cabe, la marca diferencial entre complejidad y valeología (o sanalogía) de un

lado, y las políticas y planes de salud pública, de otra parte. Una inflexión importante.

El tema que emerge inmediatamente aquí es el de la creación de capacidades humanas como el incremento de salud, algo sobre lo cual M. Nussbaum ha llamado reiterativamente la atención [32]. Solo que lo que le interesa a Nussbaum es el desarrollo humano, mientras que la salud y la vida son bastante más significativas. Digamos que las preocupaciones en torno al desarrollo no se traducen necesariamente en afirmaciones de salud y de vida.

Pues bien, las reservas de salud son exactamente las reservas bioquímicas, fisiológicas y mentales, y todas apuntan a procesos tanto de metabolización como de homeostasis; esto es, la variabilidad en periodos de tiempo relativamente largos, y estabilidad, en lapsos breves. La idea no es difícil: desde el punto de vista al mismo tiempo cultural y biológico, se trata de lograr que los individuos aprendan a vivir y cuidar de la salud como uno de los principales motivos de la vida. A esto exactamente apunta el *saber vivir*, y *saber vivir bien*, que pasa por el saber alimentarse; solo que la nutrición admite dos planos paralelos y contemporáneos: nutrición física (alimentos) y nutrición afectiva, la cual es igualmente importante a todo lo largo de la vida. No en vano el principal problema de salud de la vejez alrededor del mundo es la soledad, es decir el hecho de que, aparentemente, los viejos han dejado de ser alimentados afectivamente. Los temas y problemas de salud mental están conexos a este plano de consideración.

Es como si la gente dejara de nutrirse afectivamente, o bien hubiera dejado de ser alimentada afectivamente por los suyos y el mundo. en la vejez, o mucho antes. No en vano toda la esfera de las pasiones ha sido proscrita de la cultura y se exalta, por el contrario, a las emociones, las cuales son eminentemente ence-

falocéntricas. Las pasiones nos desbordan y constituyen la hbris de la vida; a las emociones se las maneja, y se habla entonces de “inteligencia emocional” (*horribile dictu*). Dicho en otras palabras, a la enfermedad se la debe y se la puede controlar; a la salud no. Justamente por ello Occidente, esa civilización del control y la manipulación, nunca supo de salud, como tampoco de vida.

Las personas deben poder ser queridas y deben poder quererse a sí mismas, algo que contribuye a incrementar las reservas de salud. Los suicidios, todo parece indicarlo, pueden ser considerados como el resultado de una ausencia de colchón afectivo —entonces el mundo se vuelve negro y sin salidas—. Cada cuarenta segundos se produce un suicidio en el mundo, según indican las cifras más recientes.

Propiamente entendida, la nutrición afectiva de los seres humanos es imposible sin un entorno amable, en todo el sentido de la palabra; por tanto, la afectividad humana es inseparable de la existencia de mascotas, de plantas y árboles, de una geografía quebradiza, con montañas, valles y llanos, con el ruido, mágico, del oleaje de los mares, o del fluir de los ríos, e incluso sin la existencia de rostros y gestos humanos así sea de gente con la que no se relaciona de manera directa e inmediata. En fin, la salud física es una sola y misma cosa con la salud mental y espiritual.

En otras palabras, la salud implica una estructura perfectamente abierta e indeterminada, esto es, sin límites, y se asimila exactamente a una experiencia de libertad. Nadie que no sea libre no es sano ni se sabe saludable. Por el contrario, las construcciones a la mente y al cuerpo son exactamente la generación de condiciones de enfermedad [20].

1.6 Conclusiones

En este texto hemos explorado un problema: salud. Para ello hemos tomado como guía dos conceptos: sanalogía y valeología. La razón de esta elección es que semántica, metodológica y heurísticamente apuntan a, o se basan en, una tematización explícita y directa de la salud; ya no más de la enfermedad.

Moverse en las fronteras del conocimiento es en ocasiones riesgoso. Se imponen rigurosos criterios de demarcación para distinguir la buena ciencia de la ciencia aparente. La actitud más natural ante el riesgo y el desafío consiste en el escepticismo hacia las novedades, justamente por el riesgo que implican. “Estilos de vida saludables” es una expresión común al modelo hegemónico –OMS, OPS– de la salud, y a la valeología y la sanalogía. Debemos poder combatir con el lenguaje para evitar malentendidos y usos facilistas.

Gilles Deleuze sostenía que, en el caso particular de los filósofos, estos se dividen en dos: los que acuñan conceptos, y los que los usan. La inmensa mayoría solo usa los conceptos, pero no reflexiona sobre ellos. Y mucho menos se atreve a acuñar –sembrar, queremos decir– conceptos. La inmensa mayoría solo sabe de ciencia experimental y aplicada, y tienen sus (auto)justificaciones. Pensar la vida va más allá del trabajo con investigación básica, la más importante, y sin embargo la menos explorada de las dimensiones entre académicos e investigadores.

Sanalogía y valeología son conceptos que no terminan de nacer, no terminan de ser sembrados, no terminan de germinar. Podemos pensar en la posibilidad de sembrar, y mejorar la cosecha. De eso se trata, en parte, la buena ciencia. Pero claro, la

carga de la demostración siempre recae sobre quienes proponen cosas nuevas o diferentes.

Existe, todo parece indicarlo, un mayor desarrollo de la valeología que de la sanalogía. En este punto, provisoriamente queremos argumentar que es indiferente el uso o la preferencia de uno de ellos, puesto que en cualquier caso el tema importante será el de la salud.

Las reservas de salud: este es, sin lugar a duda, un tema medular. Los seres humanos, los seres vivos y el planeta contienen reservas de salud. Es importante hacer de este un tema explícito de trabajo y discusión. La vida nunca cesa de hacerse posible; incluso de las maneras más sorprendidas imaginables. La paleontología y la paleobiología constituyen dos campos que así lo ponen suficientemente de manifiesto.

Ahora bien, el tema de las reservas de salud —¡reservas de vida!— comporta una estructura de mente abierta y optimista, pero un desafío enorme para la investigación; por ejemplo, para la bioquímica, la física, la fisiología, la óptica, la bacteriología, la virología, la termodinámica, y en general para todas las ciencias que se encuentran en la base de la medicina y de las ciencias de la salud.

Se trata de elevar las condiciones de salud, y entonces, naturalmente, la preocupación se vuelca hacia la infancia y la juventud. Consiguientemente, se trata de elevar y mejorar, tanto como sea posible, el conocimiento sobre la vida en general. Un desafío magnífico de corte eminentemente inter, trans y multidisciplinario, y definitivamente acorde con las ciencias de la complejidad.

Una observación puntual se impone, en la que las ciencias sociales y humanas, notablemente, pueden hacer importantes contribuciones. Hablamos de estilos de vida saludables, pero no

existe y no es posible una universalización de estos estilos. Ellos solo son posibles en acuerdo con aspectos sensibles como los microclimas, la movilidad de las personas, los nichos ecológicos en los que viven las personas, la arquitectura vernácula, los alimentos naturales y las especies nativas, los sistemas de comunicación, en fin, igualmente, las historias familiares y culturales, cruzadas con la propia biografía de cada uno, en cada caso.

Digámoslo de manera fuerte y clara: mientras que sí cabe hablar de una universalidad de la enfermedad, la complejidad de la salud estriba exactamente en la diversidad genética, natural y cultural, atendiendo a los climas y microclimas, los sitios geológicos y otros aspectos próximos y semejantes.

De la misma manera como la vida implica diversidad y multiplicidad, asimismo la salud no implica, en modo alguno, universalidad y objetividad, sino particularidad y singularidad. Existe más de una manera de estar sano o sentirse saludable, y de ser fuerte. Son muchas las maneras como alguien está bien. Sin ambages, saber vivir, saber vivir bien (*suma qamaña* y *sumak kawsay*) implica exactamente eso: una sabiduría de la vida; todo lo opuesto a las ingenierías sociales que son, muy especialmente, las políticas y los planes públicos de salud (= léase enfermedad).

Digámoslo de manera franca: mientras que la medicina y los salubristas hablan de estilos de vida saludable y otras expresiones semejantes, el mejor concepto en el marco de la salud –esto es, de la sanalogía y la valeología– es el de *saber vivir*, que es, por lo demás, una idea de origen latino, y específicamente de los pueblos andinos. Así, puede ser posible abandonar un concepto equívoco y altamente problemático: “estilos de vida saludables”.

Pensar la salud es posible, como se aprecia, con la ayuda de la sanalogía o la valeología. Sin embargo, se impone una obser-

vación importante: los marcos y fundamentos de ambas ciencias son distintivamente humanistas. Existen suficientes justificaciones al respecto en la bibliografía. No obstante, la salud humana es imposible sin considerar al mismo tiempo la salud del medioambiente en general: la salud de las plantas –recientemente ha surgido el cuidado de la salud de las plantas (*Plants Health Care*), un capítulo novedoso en el paisajismo profesional–, los problemas de zoonosis, y en general la salud de las aguas y mares, del aire y del planeta. El límite parece ser el de una medicina planetaria (J. Lovelock), una medicina aún inexistente, a la fecha.

Dicho de manera escueta, la salud humana es imposible sin la salud entera de Gaia, lo cual plantea un marco diferente para la valeología o la sanalogía a la que se ha considerado hasta el momento, de acuerdo con el estado del arte presentado en la segunda sección, arriba. Es indispensable, así, un giro desde la perspectiva antropocéntrica a un enfoque biocéntrico o ecocéntrico. Esta es la novedad que la valeología adquiere en diálogo con las ciencias de la complejidad.

La sanalogía y la valeología no son muy conocidas, porque, ulteriormente, en Occidente el modelo ha sido el de la medicina, y más recientemente el de la biomedicina. La medicina en general es heterónoma: interviene, por definición, desde afuera, un cuerpo individual o social. La enfermedad permite y exige actitudes y comportamientos semejantes. En contraste, la salud solo es posible “desde adentro”, justamente como un ejercicio de sabiduría de vida. El foco, los lenguajes, los métodos, los marcos, todo cambia radicalmente.

Sanalogía o valeología implican discusiones sobre conceptos, pero es sabido que, ulteriormente, toda discusión sobre conceptos es una discusión filosófica. Pues bien, de acuerdo con

la mejor tradición proveniente de Galeno, todo buen médico es también un filósofo. “Filosofía” significa aquí una comprensión integral, transversal u holística, como se prefiera; esto es, la idea de base de que *to on légetai pollakhon*: el ser, lo que es, se dice de múltiples maneras, y no termina de decirse de una manera más que de otra. El filósofo es aquel que logra ver esta diversidad de maneras de ver las cosas, de ser dichas y de ser del mundo y la naturaleza.

Mientras que la enfermedad se dice, y se dice de una manera determinada, la salud, como la vida, se dicen –¡y se viven! – de múltiples maneras. Aquí radica la complejidad del problema.

1.7 Bibliografía

- [1] Apanasenko, G. L., & Popova, L. A. (1998). “Sanology as a science. [Sanalogiia kak nauka]”, en: *Likars'Ka Sprava*, (6) (6), 3-6.
- [2] Berezovskii, V. A. (2010). “Valeology and biophysical medicine”, en: *Fiziolohichnyi Zhurnal (Kiev, Ukraine : 1994)*, 56(3), 3-18.
- [3] Cross, R., Zatsepin, V., & Gavrilenko, I. (2000). “Preparing future citizens for post 'Chernobyl' Ukraine: A national calamity brings about reform of science education”, en: *Melbourne Studies in Education*, 41(2), 179-187. doi:10.1080/17508480009556370
- [4] Ermolenko, G. (1996a). “Adolescents grow up through involvement”, en: *Russian Education & Society*, 38(4), 35-43. doi:10.2753/RES1060-9393380435
- [5] Ermolenko, G. (1996b). “Adolescents grow up through involvement”, en: *Russian Education & Society*, 38(4), 35-43. doi:10.2753/RES1060-9393380435
- [6] Grekhankina, L. F. (2000). “The regional component in the content of education”, en: *Russian Education & Society*, 42(9), 51-60. doi:10.2753/RES1060-9393420951
- [7] Gurianova, M. R. (1996). “Society and the rural family”, en: *Russian Education & Society*, 38(3), 54-66. doi:10.2753/RES1060-9393380354
- [8] Gurko, T. A. (2004a). “Underage females' experiences of sexual relations, motherhood, and married life”, en: *Russian Social Science Review*, 45(3), 58-77. doi:10.1080/10611428.2004.11065148

- [9] Gurko, T. A. (2004b). “Underage females' experiences of sexual relations, motherhood, and married life”, en: *Russian Social Science Review*, 45(3), 58-77. doi:10.1080/10611428.2004.11065148
- [10] Hoffman, R. (1997). *Lo mismo y no lo mismo*. México, D. F.: F. C. E.
- [11] Ilnitski, A. N., Prashchayeu, K. I., Trofimova, S. V., & Birjukova, I. V. (2015). “Preventive geriatrics vs anti-aging medicine. Advances in Gerontology”, en: *Uspekhi Gerontologii*, 28(3), 589-593.
- [12] Ivakhnenko, G. A. (2007). “The health of college students in Moscow: An analysis of self-preservation behavior”, en: *Russian Education & Society*, 49(5), 19-25. DOI:10.2753/RES1060-9393490502
- [13] Katsnelbogen, A. G., & Feoktistova, L. F. (1997). “On the role of the teacher in the hygienic education of students. [O roli uchitelya v gigenicheskom vospitanii shkolnikov]”, en: *Problemy Sotsial'noi Gigieny i Istorii Meditsiny*, (1) (1), 53-55.
- [14] Khudominskii, P. (1998). “Certification or cheap imitation?”, en: *Russian Education & Society*, 40(7), 6-16. doi:10.2753/RES1060-939340076
- [15] Kolyshekin, V. V. (1999). “The dynamics of hemispheric restructuring during human short-term adaptation. [Dinamika mezhpolusharnykh perestroek pri kratkosrochnoi adaptatsii cheloveka]”, en: *Uspekhi Fiziologicheskikh Nauk*, 30(4), 28-38.
- [16] Konakchieva, P. (2018). “Health education of Bulgarian Children as a focus in the training on the ‘surrounding world’ subject through the pedagogical system ‘Molivki-I play

- and I know”, en: *London Review of Education*; disponible en: <https://www.researchgate.net/publication/326247346>
- [17] Leontieva, M. V. (2008). “Monitoring of the deviant behavior of school and college students in arkhangel'sk”, en: *Russian Education & Society*, 50(9), 84-91. doi:10.2753/RES1060-9393500906
- [18] Lisitsyn, I. (1985). “On the path to sanology (various theoretical aspects of the national program of health promotion and prevention of diseases). [Na puti k sanologii (nekotorye teoreticheskie aspekty gosudarstvennoi programmy ukrepleniia zdorov'ia i usileniia profilaktiki zabolevanii)]”, en: *Vestnik Akademii Meditsinskikh Nauk sssr*, (12)(12), 23-29.
- [19] Lisitsyn, I. (1995). “Sanology: Basis of primary prevention. [Sanologiia--osnova pervichnoi profilaktiki]”, en: *Vestnik Rossiiskoi Akademii Meditsinskikh Nauk*, (8)(8), 48-51
- [20] Maldonado, C. E. (2020). “Complexity and/as Epigenetics”, en: Maldonado, C. E., Cómbita, J. K. (Eds.). *Biología teórica, complejidad y especiación*. Bogotá: Universidad El Bosque-BIAVEP (en prensa)
- [21] Maldonado, C. E. y Cárdenas López, H. (2020). “¿Por qué existe solamente la salud y no la enfermedad?”, en: *Problemas de salud y complejidad*. Bogotá: Ed. Universidad El Bosque (en prensa)
- [22] Maldonado, C. E. (2019a). *Una introducción a la epigenética. Complejidad y salud*, “Investigaciones en complejidad y salud”, No. 1, enero-marzo, pp. 1-35, ISSN 2665-1564
- [23] Maldonado, C. E. (2019b). *La epigenética y la transformación radical de la biología*. “Investigaciones en complejidad y salud”, No. 2, marzo-junio, DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/wp.n1.2>; ISSN 2665-1564, pp. 1-58.

- [24] Maldonado, C. E. (2019c). “Peligros y engaños de la ética”, en: *Critica.cl. Revista Latinoamericana de Ensayo*, Año XX; disponible en: <http://critica.cl/historia-de-la-ciencia/peligros-y-enganos-de-la-etica>
- [25] Maldonado, C. E. (2018a). “Complejidad y salud pública. Marcos, problemas, referencias”, en: *Rev. Salud Bosque*, jul-dic., vol. 8, No. 2, pp. 83-96, ISSN: 2248-5759; doi: <http://dx.doi.org/10.1870/rsb.v8i1.2497>
- [26] Maldonado, C. E. (2018b). “Seis tesis sobre complejidad y salud”, en: *Revista de Salud Universidad El Bosque*, vol. 8, No.1, enero-junio, doi: <http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2370> ISSN: 2322-9462; disponible en: <http://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2370>
- [27] Maldonado, C. E. (2008). “La complejidad de la salud. Interacciones entre lo biológico y lo social”, capítulo de libro en: María Carolina Morales (Ed.), *Repensando la naturaleza social de la salud en las sociedades contemporáneas. Perspectivas, retos y alternativas*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, págs. 96-108
- [28] Maldonado, C. E. (2001). *Bioética y justicia sanitaria*, Colección Bios y Ethos No. 9, Universidad El Bosque, Santafé de Bogotá, coautor; capítulo: “Filosofía y salud”, pp. 75-100; primera edición 1999
- [29] Malozemov, O. I. (2006). “Characteristics of the valeological attitudes of students”, en: *Russian Education & Society*, 48(8), 40-53. doi:10.2753/RES1060-9393480804
- [30] Martyniuk, V. Z., & Shtabskii, B. M. (1969). “Sanology and hygiene. [Sanologiia i gigiena]”, en: *Gigiena i Sanitariia*, 34(5), 81-83.

- [31] Miklis, N. I., Korikova, S. I., Burak, I. I. (2013). *Valeology. Tutorial for Medical University Students*. Vitebsk: Vitebsk State Medical University; disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/53873566.pdf>
- [32] Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- [33] Panina, G. V. (2012). “Sociological education in today's technical university”, en: *Russian Education & Society*, 54(2), 3-15. doi:10.2753/RES1060-9393540201
- [34] Soldatova, T. (1999). “Valeology comes to the classroom”, en: *Russian Education & Society*, 41(2), 87-98. doi:10.2753/RES1060-9393410287
- [35] Sontag, S. (2011). *La enfermedad y sus metáforas*. Madrid: DeBolsillo.
- [36] Sturova, M. P. (1999). “The system of education and youth crime”, en: *Russian Education & Society*, 41(9), 54-68. doi:10.2753/RES1060-9393410954
- [37] Sturova, M. P. (2001). “The system of education and youth crime”, en: *Russian Social Science Review*, 42(5), 36-49. doi:10.2753/RSS1061-1428420536
- [38] Tkachenko, E. (1996). “The humanization of Russian education”, en: *Russian Education & Society*, 38(10), 47-56. doi:10.2753/RES1060-9393381047
- [39] Tkatchenko, E. V. (2000). “Priorities in Russian primary professional education”, en: *Russian Education & Society*, 42(1), 38-47. doi:10.2753/RES1060-9393420138
- [40] Trukhin, A. N., Tsirkin, V. I., & Sizova, E. N. (2004). “Histidine increases beta-adrenoreactivity of myocardium in frogs”, en: *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*, 138(2), 123-126. doi:doi [pii]

- [41] Vasilikov, V. (1999). “The main thing is the children's health”, en: *Russian Education & Society*, 41(7), 20-24. doi:10.2753/RES1060-9393410720
- [42] Voinov, V. B. (2005). “Change in resonance properties of the central nervous system in 6-11 year-old children”, en: *Bulletin of Experimental Biology and Medicine*, 140(4), 385-387. doi:10.1007/s10517-005-0497-6 [doi]
- [43] Zaitsev, A. G., Smurov, A. V., & Zaitsev, G. K. (2010). “Psycho-pedagogic securing of health of military servicemen”, en: *Voенно-Meditsinskii Zhurnal*, 331(3), 53-55.
- [44] Zaitsev, G. K., Zaitsev, A. G., Dmitriev, M. G., & Apalikova, I. I. (2009). “Rehabilitation of the personality of juvenile offenders”, en: *Russian Education & Society*, 51(11), 50-60. doi:10.2753/RES1060-9393511105
- [45] Zwass, V. (2018). Editor's introduction. *International Journal of Electronic Commerce*, 22(4), 477-478. doi:10.1080/10864415.2018.1485082

Páginas web:

- [46] Zavaleta, J. (2017). “Sanalogía: una lección presente”, en: *Panorámica*, dic. 21; <https://www.panoramical.eu/columnas/sanalogia-una-leccion-presente/>; consultada el 12 de octubre de 2019
- [47] Ministerio de Salud de la República de Uzbekistán: Salud y Valeología: <https://www.minzdrav.uz/en/news/detail.php?ID=39589>
- [48] Para una historia de la valeología: http://en.medicine-guidebook.com/valeologiya_739_istoriya-razvitiya-valeologii.html

2

Ana Camila García
Santiago Galvis

**A veces
enfermamos
para vivir.
La enfermedad
como textura
del paisaje que
es la vida**

2.1 Aclaraciones preliminares

A veces creía que estaba superbien, todo procesado y todo; después pasaba algo y me daba cuenta de que no: el VIH tiene eso. Tal vez ahora me siento en la plenitud total, porque tengo una hija, porque tengo un esposo, porque cojo sin forro... Y tal vez mañana me separo, conozco otro tipo y empiezo con esas crisis de tenerle miedo al estigma, a la discriminación, a la sexualidad. Entonces pienso que es una espiral [...] es todo el tiempo un volver a empezar.

M., noviembre de 2019.

Quien habla es M., una mujer argentina de 45 años que lleva varios conviviendo con el virus de inmunodeficiencia humana. Recibió su diagnóstico cuando tenía 20 años y cambió su vida por completo. Hoy su carga viral es indetectable en la sangre; cuenta que esto se debe a años de tratamiento médico, trabajo emocional e investigación que ella misma ha hecho sobre el virus, sus características y sus consecuencias. Aquello que denomina “una espiral” alude a un movimiento, a un flujo constante de la vida que se configura de maneras diversas y con las cuales ha tenido que aprender a familiarizarse para mantenerse viva. A ella su condición la acompañará para siempre y, aunque eso sea constante, su existencia y su proceso de afrontamiento, como la vida misma, son movimientos que no cesan.

La suya es una historia que está todo el tiempo siendo, desarrollándose y sucediendo, que durará lo que dure su vida, que

obliga a pensar y recalcular cada paso que se dé en la topografía cambiante de la experiencia. Es una historia que está lejos de ser lineal; es, más bien, un paisaje en movimiento que ofrece perfiles, formas y senderos difícilmente predecibles. En el paisaje de la vida de M. la infección con VIH genera un conflicto con ella misma y con los demás, un conflicto que se resuelve en un momento para volver a tensionarse en el siguiente. Difícilmente se puede identificar allí una trayectoria singular, clara y directa que defina el trascurso normal de la vida; por el contrario, lo que se aprecia es un denso entramado de caminos que van y vienen formando intersecciones y bucles permanentes.

¿Cómo impactan nuestras vidas los problemas de salud y las enfermedades? ¿Cómo afrontamos los humanos esta clase particular de situaciones? Estos interrogantes han nutrido el interés de varios campos disciplinares que actualmente participan con entusiasmo en el debate científico. La biomedicina, la salud pública y las ciencias sociales, por mencionar apenas las más destacadas, han abierto un interesante diálogo cuyo rastro puede seguirse a través de la extensa literatura publicada (e.g. Hydén, 1997; Kleinman, 1988; Smit *et al.*, 2019). Sus argumentos se han enfocado, por ejemplo, en entender cómo experimentan las personas el sufrimiento y el dolor, y qué estrategias utilizan para sobreponerse a ellos; también se han detenido a indagar por los procesos terapéuticos, la adherencia a estos y los contextos socio-culturales que les brindan sentido; y en diseñar acciones colectivas y políticas públicas que den respuestas a las necesidades de quienes están enfermos. Como se ve, el campo donde se sitúa este texto es sumamente amplio y diverso, por lo que resulta conveniente establecer ciertos límites que nos permitan identificar con mayor certeza la temática particular que nos interesa aquí.

Para ello empezamos diciendo que los problemas de salud y las enfermedades son eventos con la capacidad de alterar las rutinas que habitualmente configuran la vida. Su aparición suele generar angustia e incertidumbre, pues nos expone ante la inminente posibilidad de que aparezca el dolor, el sufrimiento y la muerte. Entendida en estos términos, la enfermedad deviene un estado indeseable, una circunstancia que requiere el despliegue oportuno de cualquier medio que asegure o facilite su rápido control y aplacamiento. Sin embargo, la enfermedad también es capaz de generar procesos de potencialización, visibilidad, valorización y anhelo por la salud y la vida. Es, ciertamente, una manifestación de la vida misma. Cuando la padecemos podemos advertir el resurgimiento de redes sociales o la configuración de vínculos hasta entonces desconocidos; podemos modificar rutinas cotidianas y nos vemos abocados a elaborar significados que profundicen el sentido de las prácticas que constituyen nuestra existencia. Por ello, a pesar de las rupturas e incertidumbres que genera, la enfermedad construye vínculos y supone movimiento, elementos esenciales que hacen factible la vida.

En este texto queremos defender la idea de que es posible pensar la enfermedad como potenciadora de la vida. Aunque la biomedicina se acostumbró a situar la enfermedad en el cuerpo de sujetos singulares, entendiéndola principalmente en términos de objeto y evento, uno de nuestros argumentos centrales es que esta es, ante todo, un fenómeno y una experiencia colectiva. Esa característica constituye su principal horizonte de posibilidad, por cuanto promueve la cooperación y el flujo de información, que son, finalmente, procesos esenciales para garantizar el desarrollo y la conservación de la vida. Desde luego, resaltar esta potencia no supone negar el sufrimiento, el dolor, el malestar y la tragedia

asociadas con la experiencia de la enfermedad, sino reconocer en ella una dimensión que no ha sido del todo explorada. Esta propuesta no se debe entender como una apología a la enfermedad, más bien debe verse como un llamado a explorar sus posibilidades ante la inevitabilidad de su presencia.

Para exponer nuestros argumentos seguimos una estructura polifónica. Aparecen testimonios de varias personas en edades medias de la vida, que experimentaron enfermedades críticas y que, abocadas a afrontar sus consecuencias, sobrevivieron a estas atravesando procesos particulares de transformación. Aparecen también conceptos desarrollados por varios autores para pensar fenómenos asociados con la vida, la salud y la enfermedad, y las interpretaciones que nosotros, como autores del texto, hacemos de las experiencias de las personas con quienes conversamos. Desde luego, todo ello está matizado por nuestra propia experiencia y leído desde nuestro encuentro con la vida, la salud y la enfermedad.

Obtuvimos los testimonios de entrevistas a cinco personas—cuatro mujeres y un hombre— diagnosticadas con varios tipos de cáncer, VIH positivo y neumotórax espontáneo, con edades entre los 32 y los 45 años, que actualmente residen en distintas ciudades de América Latina: Bogotá, Barranquilla, Buenos Aires y Sao Paulo. Cada una se identifica en el texto con una letra mayúscula: M., N., J., L. y A. Más que una muestra representativa, estas cinco personas sintetizan una vivencia que, aunque particular, tiene elementos convergentes y comunes. Por decisión de los autores se omitieron las identidades precisas de quienes compartieron sus testimonios, aunque vale señalar que varios de ellos están tan reconciliados y orgullosos de su propia trayectoria, que no manifestaron ningún problema con el hecho de que sus nombres aparecieran publicados.

En la primera parte del texto presentamos los lineamientos conceptuales que sirven de guía a la lectura de los testimonios y de nuestras experiencias personales; particularmente, proponemos la posibilidad de pensar la vida y sus fenómenos adyacentes en términos de relaciones y articulaciones que configuran paisajes, a través de los cuales se construyen significados que brindan sentido a la experiencia. Así mismo, insinuamos que la enfermedad se puede comprender como una configuración especial de ese paisaje, lo cual equivale a afirmar que constituye una manifestación de las múltiples posibilidades que ofrece la vida. Posteriormente, el texto se centra en revisar los testimonios recopilados y en contrastarlos con los conceptos ya referidos. Primero, revisamos el proceso de confrontación con el diagnóstico y el desafío que supone procesar la información que se deriva de él. Luego, nos detenemos en el tratamiento y la recuperación, proponiendo que se trata de etapas de reconocimiento del paisaje, cuyos alcances son proporcionales a la capacidad de procesar información. En ese sentido, sugerimos que la recuperación requiere transformaciones que nos garanticen el tránsito por las configuraciones que adquiere el paisaje de nuestras vidas, y reafirmamos que esas configuraciones son siempre colectivas y ancladas a contextos situados que necesariamente son dinámicos. No pretendemos, en ningún momento, minimizar las consecuencias biológicas y culturales de la enfermedad. Simplemente queremos reflexionar sobre las experiencias derivadas de sentirse enfermo, y proponer algunas lecturas novedosas que nos permitan entender un fenómeno que atraviesa nuestra relación con la medicina y la salud.

2.2 La vida como relaciones, articulaciones y paisajes

Empecemos descartando la línea y acogiendo la articulación. Para muchos de nosotros es usual imaginar la vida como una extensa línea de acontecimientos que se despliegan progresivamente entre la concepción y la muerte; entender nuestra propia existencia en términos de un relato biográfico que empieza y termina en un lugar y un tiempo específicos forma parte del sentido común, y por lo general no tenemos mayores dificultades en describir la experiencia vital como el resultado de esa acumulación paulatina de acontecimientos cuyo desenlace coincide con la desaparición física. En general, nuestra concepción del tiempo es acumulativa y lineal; como sugiere E. P. Thompson, la temporalidad que nos rige se asemeja al transcurrir del reloj y su afán por la administración y la productividad (Thompson, 1995).

Nuestra intención para empezar este texto es proponer una interpretación de la vida que se oriente en un sentido diferente. Partimos de afirmar que la vida de los seres humanos se asemeja a una densa *articulación* o *síntesis* de contingencias que transcurren y le brindan sentido a la experiencia; la manera en que se estructura ese entramado particular de relaciones delinea nuestra cotidianidad y es fundamental para brindarle un significado coherente. Antes que un proceso lineal, formado por fragmentos singulares que se acumulan gradualmente tras una sucesiva hilera de eventos cuya proximidad se calcula según escalas compuestas por segundos, días y años, la vida es una extensa articulación rugosa y flexible modelada por pliegues, fisuras y nodos que cambian su posición permanentemente. Si quisiéramos utilizar una imagen habitual que simplifique todo este proceso, podríamos

pensar que nuestra vida luce como un *paisaje* labrado por relaciones profundas y vínculos dinámicos, cuyos vértices se enlazan y disuelven según acontecimientos y contingencias que suceden en los distintos planos que matizan el mundo que habitamos.

Aunque notablemente dinámica, esta articulación que denominamos vida tiene la particularidad de adoptar *configuraciones* especiales que brindan estabilidad, pero que simultáneamente son flexibles y admiten el cambio. Nuestra vida discurre en contextos construidos por normas, convenciones y estructuras con grados relativos de equilibrio, gracias a las cuales somos capaces de reconocer identidades y continuidades que nos permiten ordenar el mundo con términos coherentes; sin embargo, esos contextos son dinámicos, por cuanto se configuran a partir de múltiples interacciones que se modifican constantemente. Somos, por tanto, el resultado de una “larga selección, de estructuras químicas, biológicas, sociales y culturales que en diversos niveles han interactuado durante largo tiempo” (Rovelli, 2018), generando procesos de diferenciación singulares que se expresan en la variabilidad que actualmente manifiesta la vida.

En ese sentido, la identidad, tal como se incorpora en este texto, no se debe entender en términos de una entidad fija y singular que resulta de la expresión gradual de una sustancia que le proporciona sus características distintivas, sino que, por el contrario, se debe asumir como un conjunto de sedimentaciones gracias a las cuales se configuran paisajes diferenciados que delimitan nuestra situación en el mundo. Es, en buena medida, la memoria de múltiples interacciones biológicas y sociales: el rastro que dejan en cada uno de nosotros los constantes entrelazamientos entre genes, ambiente, rutinas, organismos vivos y estructuras socioculturales (Mol, 2002). Según estos términos, la identidad

emerge como un resultado manifiesto de esa densa articulación de relaciones, en virtud de la cual se organizan paisajes que le brindan cierta coherencia a nuestra experiencia. En la medida en que las rutinas se arraigan, que las interacciones se tornan regulares y que los ámbitos de existencia se reducen, esos paisajes tienden a lucir cada vez más estables e iguales a sí mismos, a pesar de su dinamismo.

Así, la vida de los seres humanos configura un paisaje cuya textura ha sido fina y pacientemente labrada. Si lo pensamos en los términos que nos proporciona la biología del desarrollo, se asemeja a aquello que Conrad Waddington denominó *paisaje epigenético*, en referencia a la red de interacciones que interviene en el desarrollo de las características biológicas de los organismos vivos; según Waddington, este paisaje es una metáfora del proceso de posibilidades ofrecido por la evolución, que define los entrelazamientos constantes entre los sistemas culturales, biológicos y ambientales; este horizonte de posibilidades se expresa a través de una textura matizada por valles, llanuras y colinas cuya configuración es el resultado de sus mecanismos relacionales intrínsecos (Jablonka y Lamb, 2005, p.63). Como ha sido ampliamente descrito en los últimos años, la epigenética modificó los estatutos que le habían servido de base a la biología, incorporando una explicación de la herencia y del desarrollo centrada en la constante interacción entre mecanismos tradicionalmente situados en el terreno de la naturaleza y la cultura. En consecuencia, nuestras vidas se describen mejor en términos de densas articulaciones que labran paisajes, y no de eventos sucesivos que se acumulan gradualmente en formaciones lineales.

Retomemos por un momento la experiencia de M. Solo había tenido tres parejas sexuales cuando le diagnosticaron VIH; hasta

entonces, nunca se le había ocurrido que podría estar infectada. Cuando consultó al médico le informaron que su cuadro clínico coincidía con los síntomas de la infección por el virus del papiloma humano; luego, cuando confirmaron el diagnóstico de VIH positivo, su vida entró en una crisis profunda. M. cuenta que solo quería morir. Sin embargo, con el paso del tiempo, las cosas fueron cambiando, haciéndose más claras y adquiriendo sentido lentamente.

Los primeros años fueron muy violentos para mi vida, no violentos por otra persona sino en el sentido de pasar las primeras tomas de las medicaciones, de tener relaciones sexuales después de un año del diagnóstico, poder tener sexo oral después de 10 años de diagnóstico, ya siendo superactivista feminista —yo les decía a las mujeres: sí, tus derechos sexuales, tienes el derecho de ser chupada, y yo lo tenía superreprimido—, entonces fueron como etapas. Siempre pienso que los primeros años fueron los más difíciles. Un gran paso [para aprender a asumir la condición de VIH positivo] fue mi nueva vida sexual, poder decirle a una persona que tengo VIH y no tener miedo; fueron como esas etapas, tener una pareja y decidir no usar condón, que es mi marido, y tener una hija, por su puesto. Esas etapas son las que marcan la diferencia. (Fragmento de entrevista con M.).

Su historia no es lineal ni unívoca; hay dinamismo en el paisaje de su propia vida. En un momento estamos sanos y en el instante siguiente infectados; la vida está en permanente movimiento. Esta fluidez contrasta con la sensación de continuidad que articula nuestra experiencia.

Nos resulta relativamente sencillo elaborar un relato biográfico coherente que reúna los diversos acontecimientos de la vida; a partir de él, procedemos a delinear una trayectoria fluida que inicia en un tiempo y un espacio definidos, proyectándose progresivamente hacia un futuro marcado por la expectativa y la incertidumbre. Aunque esta explicación es habitual y relativamente fácil de comprender, nuestra propuesta en este texto es que la experiencia se describe mejor a partir de rupturas y no de continuidades. Si analizamos en detalle cómo se articula nuestro relato biográfico podemos advertir con facilidad que se trata de un proceso mediado por elecciones, ocultamientos, fragmentaciones y silencios profundos. Acogiendo los planteamientos del historiador francés Jacques Le Goff (1991), la memoria es ante todo un mecanismo que depende del olvido; por tal razón, consideramos pertinente resaltar el hecho de que el relato biográfico que le proporciona sentido a la experiencia se entiende mejor en términos de instantes fragmentados, es decir momentos o configuraciones especiales de ese paisaje cambiante que es la vida. Unos argumentos adicionales pueden contribuir a explicar mejor esta última idea.

Señalábamos antes que la vida es un paisaje que resulta de la articulación densa de estructuras químicas, biológicas, sociales y culturales que interactúan continuamente; esas articulaciones son constantes y móviles, razón por la cual el paisaje de la vida se puede considerar dinámico, aunque con grados relativos de estabilidad. Esta estabilidad se manifiesta a través de lo que aquí denominamos *configuraciones especiales*, que no es otra cosa que una manera particular en la que las estructuras químicas, biológicas, sociales y culturales se articulan y organizan para hacer posible la vida en un instante dado. Son, puntualmente, momen-

tos, estados del paisaje. En estos términos, las configuraciones especiales son perspectivas singulares que nos permiten tomar instantáneas de una realidad cambiante, contingente y múltiple; son un mecanismo conceptual gracias al cual podemos analizar un fenómeno necesariamente dinámico y resbaladizo (Lock y Nguyen, 2010, p.93).

Las etapas de las que habla M. corresponden a momentos específicos del paisaje de su vida, que nunca fueron propiamente estáticos. Creemos que la metáfora más acertada para explicar este proceso sería una fotografía, cuya imagen es capaz de ofrecer simultáneamente una escena real y parcial del universo. Decimos que es *real* porque se corresponde con fenómenos y elementos que podemos captar con nuestros órganos sensoriales, pero *parcial* porque constituye un fragmento recortado y seleccionado del contexto. Como sugiere Carlo Rovelli (2018), esas instantáneas corresponden a nuestra visión desenfocada del mundo, entendida esta como la limitación que tenemos los seres humanos para interactuar con la mayoría de las piezas que configuran el universo (p.110). De esta manera, nuestro relato biográfico, la narrativa de nuestra experiencia, resulta de la articulación paulatina de aquello que aquí hemos insistido en denominar *configuraciones especiales del paisaje*. En consecuencia, la interpretación que hacemos de esos estados, de esa conjunción de instantáneas, nos facilita brindarle grados relativos de estabilidad a nuestra vida.

La intención de proponer este modelo conceptual para comprender la vida y la manera como la experimentamos es analizar qué sucede en este proceso cuando, repentinamente, aparece la enfermedad. Como han señalado varios estudios que se sitúan en el campo de la sociología de la salud y la antropología médica, la enfermedad suele ser examinada en términos de una disrupción

en la experiencia y la narrativa biográfica de las personas que la padecen y de sus círculos más próximos; sin embargo, consideramos que, si se analiza desde la perspectiva de las relaciones, las articulaciones y los paisajes, es plausible aproximarnos a una explicación que matice la idea recurrente de la enfermedad como una ruptura radical en la trayectoria de vida.

2.3 La enfermedad entendida como una configuración especial del paisaje

Una de las tesis que sustenta este documento es que la vida de los seres humanos no corresponde a una trayectoria lineal definida por un origen y un final claramente reconocibles, sino que se asemeja más a una distribución dinámica de articulaciones densas que se expresan en forma de paisajes. En ese escenario, la enfermedad se puede comprender como una emergencia particular que resulta de la configuración especial del paisaje, y no como un objeto singular que interrumpe el discurrir normal de la vida. La intención tras esta premisa es reafirmar que la enfermedad y la vida no son dos fenómenos necesariamente contradictorios, sino que la primera es una expresión particular y constitutiva de la segunda. A continuación, presentaremos algunas ideas adicionales para defender este argumento.

Varios estudios enfocados en analizar la enfermedad desde una perspectiva sociocultural coinciden en reconocerla como un evento que altera el curso normal de la vida. Es habitual que las explicaciones que se proponen entender los diversos matices asociados con la experiencia de estar enfermo identifiquen eventos límite con la capacidad de fragmentar el relato biográfico de

los individuos y colectivos que la sobrellevan. Por ejemplo, en un texto ampliamente referenciado en el campo de la sociología médica, Michael Bury (1982) sugirió que la enfermedad crónica podía ser comprendida en términos de una experiencia particular con el potencial de fracturar las estructuras de la vida cotidiana y las formas de conocimiento de los individuos, sus familias y sus redes sociales más próximas. A este proceso lo denominó *disrupción biográfica*, ya que, según su criterio, constituía un cambio desde una “percibida trayectoria normal a través de pasos cronológicos relativamente predictibles” (p.171). En ese entonces, sus argumentos dialogaban con la tradición funcionalista de la sociología, particularmente con la perspectiva parsoniana que reconocía la enfermedad y al enfermo a partir del rol que desempeñaban en el sistema social. Por su parte, otros estudios más recientes, que también dialogan con la perspectiva de Bury, sugieren que la enfermedad crónica puede verse como un suceso que se diluye en el discurrir de la vida cotidiana, convirtiéndose en un acontecimiento que le brinda continuidad a la narrativa biográfica del enfermo y su círculo más próximo (Castellanos, De Barros y Coelho, 2018).

Nuestro principal argumento a propósito de estas perspectivas es que, aunque captan el sentido disruptor de la enfermedad, ninguna discute suficientemente la pertinencia del concepto *biografía*. Creemos que ambas coinciden en asumir la linealidad del proceso que denominamos vida, lo cual supone reconocer una trayectoria singular susceptible de modificar su dirección una vez se tropieza de frente con la enfermedad. Aunque puede no estar expresado explícitamente, consideramos que esta manera de entender la vida y la enfermedad asume la existencia de un itinerario previamente definido con grados relativos de certeza, que se

asocia con el comportamiento esperado del organismo inscrito en los parámetros de la normalidad biológica. Dentro de ese marco conceptual, la enfermedad constituye un elemento que distrae y modifica ese itinerario, convirtiéndose en un factor que altera el curso regular de la vida. Comprendidas en estos términos, la enfermedad y la vida parecen dos fenómenos contrapuestos, configurados por sentidos necesariamente contradictorios.

En cambio, si analizamos la relación entre vida y enfermedad a través del concepto de paisaje, la discusión se desplaza hacia un escenario que requiere comprensiones y conceptualizaciones distintas. Observadas por fuera de un esquema dualista fundado en la contradicción, la enfermedad se convierte en una manifestación particular de la vida misma, que emerge como consecuencia de una configuración especial de aquellas estructuras químicas, biológicas y sociales que interactúan permanentemente dejando su rastro en el orden orgánico y cultural de los seres humanos. Desde luego, en determinadas ocasiones, la configuración que adquiere el paisaje es abrupta y tiene la posibilidad de expresarse a través de distintas magnitudes; es, manteniendo el lenguaje metafórico, un *terremoto* con la capacidad suficiente para modificar las texturas y la disposición de los valles y colinas que delinean el horizonte. Dicho esto, cuando enfrentamos la enfermedad hacemos un reconocimiento de nuevos terrenos en el paisaje de la propia vida, y nos vemos obligados a interactuar e interpretar las nuevas condiciones del paisaje: advertir los síntomas, recibir un diagnóstico y someternos al tratamiento prescrito son situaciones concatenadas que nos permiten examinar y distinguir los matices que configuran la nueva textura que adquiere nuestra vida.

No se trata, por supuesto, de un tránsito sencillo. Como veremos a continuación, el reconocimiento de la enfermedad es un

proceso mediado por constantes tensiones, que se derivan de las emergencias producidas por una configuración especial del paisaje y por las dificultades que esta nos produce. Esa configuración que causa malestar, dolor, sufrimiento y miedo nos hace conscientes de la posibilidad de la muerte y pone de manifiesto sus drásticas consecuencias biológicas y culturales; sin embargo, si asumimos que la enfermedad constituye y es constituida por la vida, tal vez nos resulte más sencillo reconocer, como afirma Barbara Ehrenreich (2018), que “en el mundo real, rebosante de vida, con otras agencias aparte de la nuestra y con, al menos, posibilidades infinitas [...] la muerte no es un aterrador salto al vacío, sino algo más parecido a un abrazo a la vida que continúa” (p.228).

José Saramago (2005) supo llevar esta idea esencial al terreno de la ficción. En *Las intermitencias de la muerte*, imaginó un lugar donde la muerte se revela contra el rechazo humano reiterado, y súbitamente decide no seguir cumpliendo con sus tareas habituales. Al entrar el año nuevo ya nadie fallece en aquel lugar, lo cual desata una crisis que lleva al Gobierno a establecer alianzas siniestras con la *maphia*: un grupo que surge para llevar a los moribundos, enfermos y desesperados a las fronteras de aquel país, tras las cuales la muerte aún ejerce sus funciones. La muerte, aquella mujer a la que todos temen, se convierte entonces en alguien añorado: un ser cuyo valor adquiere sentidos bien distintos.

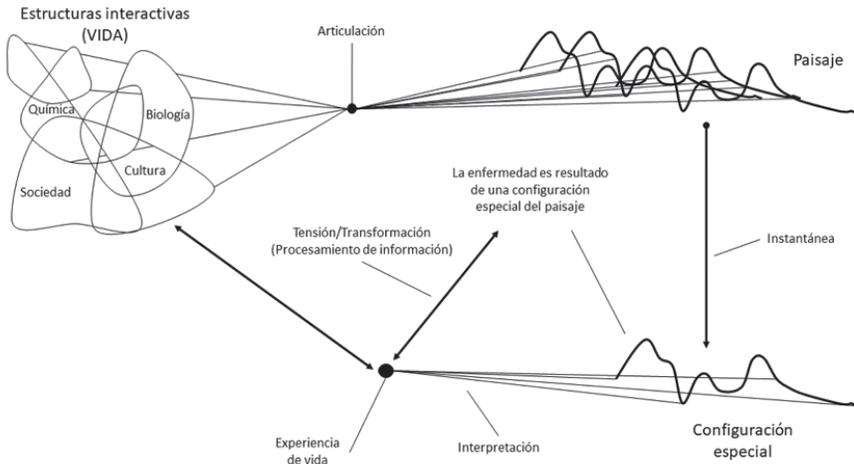


Figura 1. La enfermedad, la vida y el paisaje.

Fuente: elaboración propia.

2.4 Afrontando la enfermedad: experimentar las configuraciones especiales del paisaje

La identificación de síntomas, el desarrollo del diagnóstico y el tratamiento prescrito pueden ser entendidos como mecanismos iniciales de reconocimiento e interacción con las configuraciones especiales del paisaje asociadas con la enfermedad. Por tanto, la manera como se establecen esas interacciones es necesariamente diversa, pues responde a las contingencias particulares de las relaciones entre estructuras químicas, biológicas, sociales y culturales que mencionábamos antes. Esos mecanismos iniciales de reconocimiento son, a su vez, medios de recuperación que con-

tribuyen a procesar la información que emerge de un paisaje alterado por sismos y movimientos que pueden resultar dramáticos.

Empecemos refiriéndonos al proceso que lleva de la aparición de los síntomas al diagnóstico. Mientras este último no exista nuestra condición es apenas una vivencia personal indescribible, única e irrepetible; es una experiencia que el cuerpo y la intuición anuncian, aún a pesar de la reticencia médica y de que la evidencia clínica no parece ser suficiente ni decisiva. Si la situación se mantiene así en el tiempo, el velo de la sospecha se tiende sobre el paciente: ¿estará somatizando, estará exagerando, estará fingiendo? La contundencia de la sintomatología es muy importante en la medicina, que de tanto lidiar con urgencias, a veces se muestra poco acostumbrada a la sutileza de los estados precoces.

J., hoy con 40 años, cuenta que cuando tenía 33 empezó a percibir síntomas que resultaban totalmente atípicos y desconocidos para ella; su cuerpo parecía hablarle en un lenguaje indescifrable que apenas entendía, ante lo cual decidió acudir al servicio médico:

yo me comencé a sentir rara, pero nada extraordinario, [luego] me comencé a engordar, me comencé a adelgazar y comencé a quedarme sin energía [...] comencé a ir al médico; no daban con el chiste, yo creo que iba al médico cada quince días y al final me decían: “usted está hipocondríaca”. Me sacaban la sangre, me hacían exámenes, pero yo seguía empeorando. Hubo un momento en el que se vio una bola en el seno y en ese momento quedé como... creo que duré un mes paralizada. Al final del mes me obligué a ir al médico: “esto no está bien y no lo puedo seguir obviando”. Entonces le digo a la doctora, es que le vengo

a mostrar algo puntual: me quito la camisa, le muestro la bola y le digo: “¿esto es normal?”. De ahí para adelante la actitud de todos los médicos cambió. (Fragmento de entrevista con J.).

Para los médicos y profesionales afines, las enfermedades parecen ser entidades singulares, cerradas y claramente establecidas. Tal como señalan varios estudios, la medicina clínica y experimental modernas no solo insistieron en la necesidad de normalizar el cuerpo, sino que también llamaron la atención sobre la importancia de *estandarizar la enfermedad* (Lock y Nguyen, 2010, p.43). Si nos atenemos a los manuales de patología, estas aparecen descritas a partir de una identidad propia e independiente, susceptible de ser reconocida por signos, síntomas y exámenes diagnósticos. La sintomatología es interpretada por especialistas quienes, igual que un detective, siguen las huellas digitales del asesino en la escena del crimen. El símil es exacto, no solo porque, como apunta Carlo Ginzburg (1983), el detective, el médico, el cazador y el historiador siguen la misma lógica indiciaria, que consiste en rastrear señales, sino porque es de esperarse que si cada enfermedad posee identidad propia, deje inscrita su huella digital distintiva en los cuerpos que toca. En ese momento, quien experimenta los síntomas puede identificar que algo extraño sucede en las estructuras que configuran su propio paisaje: advierte que se están fraguando interacciones que se forman y se disuelven para configurar articulaciones nuevas. Posiblemente no tenga certeza de cuál es exactamente su condición, pero sospecha que se halla en la antesala de un encuentro inesperado.

En ese instante, tras las primeras tentativas de diagnóstico, las enfermedades empiezan a revelar una identidad propia y de-

finida. Es como si el cáncer y el sida fueran seres singulares con una suerte de huella digital que les concede ubicuidad para transitar cuerpos humanos y manifestarse en el mundo. Entidades que pueden habitar múltiples cuerpos coetánea y sincrónicamente, a lo largo del tiempo, y en cada uno adquirir vida propia, invadiéndolo todo hasta casi apropiarse de sus anfitriones. La identidad parece dada por su manifestación clínica, sus implicaciones corporales, su tratamiento y, especialmente, por el nombre que le corresponde dentro de la extensa taxonomía patológica previamente definida por los expertos en el campo.

Pero como la vida es soberana, se revela contra los obsesivos intentos de domesticación a los que creemos someterla, se sobrepone a la persistente voluntad del control humano y lo hace a tal punto que podríamos decir que no se vive la vida, sino que la vida lo vive a uno. Así, autónoma y soberana, es también la enfermedad en nosotros. A pesar de mostrar un comportamiento con ciertos grados de regularidad, una misma enfermedad es un poco distinta en cada cuerpo. El ser que en su proceso de incorporación múltiple se enmascara es el mismo y es también disímil, como si en el transcurso adquiriera cierta autonomía del cuerpo hospedero, y con ella ganara grados de impredecibilidad y capacidad de sorpresa. No todos los cuadros clínicos son iguales: en cada organismo una misma enfermedad o condición se presenta de modo singular, y aún así existe una regularidad en cada cuerpo donde su huella digital queda grabada.

N., una mujer colombiana que actualmente es profesora universitaria, recuerda las dificultades que tuvo para obtener un diagnóstico concluyente; en algún momento de su proceso se dio cuenta de que sus síntomas y lo que sentía “dentro del cuerpo” no

coincidían con la opinión que hasta entonces tenían los médicos; algo le decía que debía dudar de su criterio:

cuando yo empecé a sentirme enferma era muy extraño lo que me estaba pasando en el cuerpo, era algo que yo nunca había experimentado. [...] Yo empecé a sentir un dolor en el tórax muy fuerte. Me hicieron unos rayos X y salió algo en el pulmón. Entonces me mandaron una tomografía y ahí ya salieron los ganglios. Cuando me vio la internista me dijo que lo que estaba pasando eran los primeros síntomas de un cáncer de linfoma, pero que también podía ser un virus. Me hicieron exámenes y en uno de ellos salió que tenía el virus del beso [mononucleosis]. Cuando me vio la hematóloga me dijo: si es ese virus, te voy a dejar en control tres meses. Pero yo [no me sentía bien]; decía: “hay algo más”. Yo sabía que era algo más serio. (Fragmento de entrevista con N.)

En esta lógica, la experiencia de enfermar o tener un problema de salud es la vivencia de una interacción: la interacción entre nuestro cuerpo, sus productos y una alteridad patológica que parece tener vida propia. Sin embargo, los vínculos que allí ocurren no se dan siempre de la misma manera ni con la misma intensidad; estos son consecuencia de una red de relaciones configurada por contingencias orgánicas, ambientales, culturales e históricas que son informadas a través del cuerpo físico. Por tal razón, las manifestaciones que se derivan de ese estado particular del paisaje pueden tener características diversas. La enfermedad, que para el médico y el personal afín tiene una identidad definida y estable, asociada con unos síntomas que son reconocibles y susceptibles

de medirse y aislarse, tiene para quien la sufre un carácter distinto, particular y propio. La enfermedad nunca está sola, sino que es una manifestación de relaciones y rastros de relaciones que le dan un carácter múltiple, local y diverso (Lock y Kaufert, 2001; Mol, 2002). De ahí las enormes dificultades que a veces tienen los médicos para conciliar los síntomas y el diagnóstico; de ahí también la desconfianza que a veces surge en el paciente cuando ese diagnóstico inicial no se circunscribe a los matices que exhibe la experiencia.

Más allá de esos desencuentros, lo cierto es que quienes experimentan los síntomas, el malestar, el dolor y el sufrimiento, se enfrentan también al desafío de procesar lo que está sucediendo. Fuera del campo médico, las personas solemos tener información escasa o nula sobre la fisiopatología de las enfermedades; por lo general esta proviene de vivencias propias o de contactos previos con personas que estuvieron o están enfermas. En este caso el diagnóstico, más que una aparición, es un hallazgo: descubrimos que aquello que vivía en otros vive ahora también en nosotros. Sin embargo, muchas veces ese conocimiento parcial no es suficiente para determinar cómo afrontar esa condición que afecta nuestra salud. Ocasionalmente, las contingencias que provocan el relacionamiento con la enfermedad se convierten en una fuente permanente de incertidumbre; por ello, el diagnóstico también es un encuentro con una circunstancia que no existía y con la cual estamos obligados a interactuar; es, en cierto sentido, un tropiezo con *algo* que nos es presentado con nombre propio y que en adelante conoceremos profundamente.

Como la asimilación del diagnóstico depende de nuestra experiencia previa, para quien está siendo diagnosticado, más que entes con identidades absolutas, los problemas de salud son

situaciones únicas y particulares que dibujan nuevas texturas en la topografía de la vida. La enfermedad es una experiencia inesperada que pone en primer plano y vuelve muy presente el cuerpo, y que empezamos a sentir a través de dolores y limitaciones. La enfermedad implica una experiencia de incomprendibilidad (Alves, 2018).

Cuando se trata de condiciones complicadas de salud que ponen en riesgo la vida e implican tratamientos delicados, de largo plazo, el diagnóstico se convierte en un hito en la biografía del *ahora* enfermo. Entender qué tenemos consiste inicialmente en poder nombrar lo que nos aqueja, en reconocer lo que muchas veces el cuerpo viene haciéndonos sentir y sabemos que padecemos, aunque mantenga su condición de anonimato. En general, obtener el diagnóstico es un proceso en sí mismo, razón por la cual los médicos anuncian uno o varios dictámenes iniciales que deben ir siendo descartados o confirmados por medio de interconsultas y paraclínicos.

Cabe a los médicos enfermarnos y ayudarnos a sanar. Cuando el médico enuncia el diagnóstico y clasifica nuestra vivencia dentro de la taxonomía patológica, traduce nuestra experiencia personal en un evento socialmente comprensible en cuanto fenómeno clínico. Es entonces cuando oficialmente enfermamos, pues empieza la ardua labor de conocer ese nuevo relieve que ofrece el paisaje de nuestra vida y de aprender a interactuar con él para darle sentido. La información que da un médico nunca es neutra para un paciente. Lo que une al médico –y al personal afín– con la enfermedad es la racionalidad y la técnica, mientras lo que nos une como pacientes a la enfermedad es la vida, la emoción y la experiencia. Todas las personas con quienes conversamos describieron el instante del diagnóstico, un acto de infor-

mación por excelencia, como de profundo desasosiego, inquietud y desesperanza.

M., a quien ya hemos oído varias veces en este texto, cuenta cómo fue su proceso:

No tuve miedo cuando fui a reclamar los resultados. ¡Nunca pensé que podría tenerlo! Cuando me confirmaron la infección fue terrible, lo primero que pensé fue que no iba a poder tener hijos. El primer fue año terrible: pensaba y deseaba morirme el primer año entero, lloraba todas las noches pidiéndole a Dios, siendo que no creía en Dios, que, si existía, por favor que al otro día no me quería levantar más. Y me levantaba todos los días. Hasta pensé una vez en quitarme la vida, después no me animé a hacerlo y lo hablé con mi psicóloga. Está todo escrito en un diario que tengo [...] es un diario de lucha. (Fragmento de entrevista con M.)

Uno de los instantes más elocuentes durante la enfermedad es llenarla de significado, y así darle un sentido a su presencia en determinado momento de nuestra vida. Este es un proceso particular y único para cada persona, que está muy relacionado con cómo somos, con el contexto de relaciones sociales en que estamos inmersos y con las características particulares del problema de salud que padecemos.

M., por ejemplo, asociaba el VIH con personas cuyas conductas eran muy distintas a las suyas; por eso le resultó tan sorprendente descubrirse infectada. El VIH no era aquello que pensaba antes, y a medida que entendió de qué se trataba, la identidad de su condición fue cambiando. Según nos contó:

uno a 2019 sigue pensando: bueno, capaz que tiene VIH quien sea mucho más activo en su vida sexual, quien sea usuario de drogas inyectables, lo asocia con otras cosas y yo, la verdad, en ese momento [del diagnóstico] lo asociaba con muchas otras personas o acciones, en términos de su vida sexual, que no eran las más. (Fragmento de entrevista con M.)

En general, se trata de entender qué sentido tiene la aparición de la enfermedad en un momento puntual de la vida. Este proceso de construcción de significado, concomitante con la búsqueda de mecanismos curativos, frecuentemente está mediado por el proceso de búsqueda de información. Cuando los médicos nos enferman dándonos un diagnóstico delicado, buscamos. Buscamos porque perdemos las que consideramos certidumbres estables y terrenos firmes, y queremos recuperarlos.

Información comúnmente hay, es lo que nos permite interactuar con la enfermedad y con los demás en nuestro proceso. Sin embargo, no siempre se trata de información actualizada y sustentada en investigaciones científicas; lo más frecuente es que estemos dominados por información de sentido común, cargada de desconocimiento y prejuicios, así como las metáforas de las enfermedades, en términos de Susan Sontag (2015). En este caso, buscamos información médica para entender de qué se trata nuestra nueva condición, cómo son los tratamientos, si hay cura, cómo se diagnostica, cuáles son sus síntomas, cómo se ha comportado en el cuerpo de los otros a corto, mediano y largo plazo, para proyectarlo en nosotros. Buscamos información para entender aquello que está mal y cómo sobrellevarlo. La información cumple un papel importante en nuestro proceso de enfermedad y tratamiento, porque nos aproxima a nuestra nueva condición.

Apenas fue diagnosticado VIH positivo, A. tuvo un acceso de tristeza y desesperación. En medio de ese sentimiento de zozobra habló con muchas personas: amigos, gente cercana con la infección, expertos, y también leyó mucho. En la ONG en la que lo trataron, hacían reuniones y seguimiento juicioso, en medio de lo cual pudo compartir su sentimiento y enterarse a fondo de los detalles del virus, la fisiopatología de la enfermedad y su tratamiento. El proceso de información fue muy positivo; él cree fervientemente en la medicina y la tecnología como salida, a ella confía su vida.

A. nos cuenta que su condición tiene implicaciones sociales muy distintas, dependiendo del nivel de información que tengan las personas. Enfermar es un proceso de interacción con una emergencia desconocida que cambia el relieve del paisaje, pero también es un proceso de relacionamiento con los médicos y profesionales del área que nos enferman (en el sentido estricto de darle nombre a lo que tenemos) y nos acompañan y guían en el proceso de tratamiento, con todos aquellos que nos rodean cotidianamente, que nos ayudan a digerir el diagnóstico y llenarlo de sentido, sea dándonos fuerza, compañía y esperanza, o negándolo, minimizándolo, mostrando temor, tomando distancia o rechazándonos por completo.

En la pequeña provincia argentina de la que proviene A., lugar donde fue diagnosticado, las personas se mostraban muy prevenidas y recelosas con su condición. Decidió que lo más conveniente era mudarse a una ciudad más grande porque, según nos dijo, “allí hay más información y, por tanto, menos miedo, lo que hace que la gente sea más tranquila” (fragmento de entrevista con A.). El contexto urbano le ha representado una vida más amena, gracias a la convivencia frecuente con personas que no lo juz-

gan porque tienen más información técnica sobre el virus y saben que, de un modo u otro, todos estamos expuestos al contagio; además, conocen bien los modos de transmisión y saben cuidarse sin necesidad de aislarse.

Mientras unos pacientes optan por negar e ignorar su diagnóstico, otros prefieren entregarse a él por completo y rendirse a sus pies sin asumir ningún tratamiento específico; por el contrario, algunos confían vehementemente en la medicina y sus métodos, mientras que otros, ante el empeño de entenderlo y traducirlo a un lenguaje comprensible, se especializan en su propia condición hasta el punto de convertirse en expertos (González, 2014). Al respecto, M. nos comenta que siente que tiene más información y está más actualizada sobre el VIH que muchos médicos: conoce las últimas investigaciones, las novedades en los tratamientos, sus efectos secundarios, las principales polémicas y debates contemporáneos. Si bien ese nivel de información le ha permitido tomar decisiones solventadas, también ha profundizado algunas de sus dudas:

lo que sentí es que, al tener tanta información, pero tanta, y estar tan empoderada, desconfiaba de todo. No estaba segura de nada, de en realidad qué tenía que hacer. A la vez que tenía mucha información, pensaba que, si tuviera menos, todo iba a ser más tranquilo y natural. (Fragmento de entrevista con M.)

Así, la búsqueda de información científica y la profundización en el conocimiento médico, a pesar de disminuir la incertidumbre en primera instancia, puede tener efectos ambiguos muy ligados a la configuración particular del paisaje de nuestras vidas. Vale la pena detenernos un instante en este asunto, que surgió de las ex-

perencias narradas. Más y mejor información puede convertirse en un mecanismo ideal para cooperar dentro de las configuraciones especiales que adquiere el paisaje cuando aparece la enfermedad; sin embargo, ese mismo flujo ingente de información, si no es adecuadamente procesado, también se puede tornar en una fuente constante de incertidumbre y miedo.

Un diagnóstico grave se asemeja a la experiencia de un terremoto, que cambia repentinamente el paisaje de nuestra vida y transforma la configuración topográfica sobre la cual construimos la experiencia. El cambio abrupto en el paisaje abre precipicios, produce colinas empinadas y sinuosas que nos retan a transitarlas. Para atravesar el abismo, para escalar la empinada, es preciso superar el vértigo y avanzar sobre la inestabilidad del terreno: hacer de un abismo un camino. Pero el terremoto y sus consecuencias dan miedo. Nos dan miedo a nosotros y les dan miedo a quienes conforman nuestras redes, a quienes cotidianamente nos rodean. Muchas veces ese miedo se cuela inevitablemente por los intersticios de la información, sobre todo cuando esta nos es desfavorable. N. vivió su propio terremoto cuando tenía 36 años:

En la EPS me trataron muy lento, me sentía muy mal, me dijeron que era el virus del beso, pero yo sabía que era cáncer [...] sentía cosas extrañas en el cuerpo, conozco mi cuerpo. La confirmación fue terrible: mucho temor y me dijeron que era un cáncer de los más difíciles de tratar. Por mi formación académica [en física] esto de las probabilidades hace mucha mella en uno. Entonces yo me puse muy mal de saber que mis probabilidades de éxito eran menores al 30 %, yo decía: estoy más allá que acá.
(Fragmento de entrevista con N.)

La información puede sernos desfavorable al menos en dos sentidos: podemos tener un diagnóstico particularmente amedrentador, como en su momento lo tuvo N., o podemos tener información escasa, contradictoria y poco concluyente. La falta de diagnóstico o de comprensión médica sobre aquello que padecemos resulta inquietante; al no poder nombrar la condición o el problema que padecemos, no se completan sus condiciones sociales de existencia. En tal situación se perpetúa la certeza de la incertidumbre y todo es posibilidad, como una historia sin final; simultáneamente estamos y no estamos enfermos, tenemos y no tenemos un problema de salud, es y no es grave, tiene y no tiene solución.

L., abogada de 41 años, cuenta que hace once años, cuando todavía era estudiante universitaria y con antecedentes asmáticos, sufrió terribles dolores de pecho, prolegómeno de los abruptos cambios de paisaje que tendría que transitar en esta vida:

Presenté tres neumotórax espontáneos. No sé si ustedes saben qué es eso; para decirlo muy coloquialmente, es que el pulmón se soltó de la pleura solito. Inicialmente me dijeron que yo tenía bulas en el pulmón, que al reventarse reventó el pulmón, mucha gente puede tenerlas, pero no se le va a reventar nunca, yo corrí con la suerte de que se me reventaron, fue bastante doloroso y traumático. (Fragmento de entrevista con L.)

Ella inicialmente pensó que era un ataque de asma, y el médico creyó que era bronquitis o neumonía. La operaron, le encajaron tubos en el pulmón, a los ocho días se repitió el ataque, y luego, a los ocho meses, nuevamente tuvo que ser intervenida. Volvieron a hacerle una operación, esta vez una cirugía abierta; pese a ello,

nos cuenta que “el médico no tuvo nada que enviar a patología”. Creían que podía ser cáncer, pero nadie lograba precisar su condición. Luego fue el dolor, la fisioterapia, las terapias respiratorias, el tratamiento, la morfina, la recuperación lenta, la paciencia, la medicina alternativa, el trauma que aún no se va. Todavía siente pavor de las urgencias. En medio de una bronquitis que sufrió después, el médico se concentró en una masa que encontró en la tiroides. L. nos narra su caso con firmeza:

Este médico [alternativo] lo primero que hace [después de un examen] es decirme: ¿usted es casada? Le digo, no ¿Usted tiene hijos? Le digo, no ¡Usted tiene cáncer! Me dice así de una, ni siquiera me había levantado de la camilla. [...] Salí destrozada de ahí, estaba sola, lo único que se me ocurrió fue llamar a mis amigas. [Fui a quejarme con el médico que me lo había recomendado] y me dice: “él es un médico excelente, yo creo totalmente en su criterio”, cuando lo vi así en esa prepotencia, no lo escuché más [...] Llegó el día de la biopsia y nuevamente salió indeterminada; la biopsia tiene unos números del 1 al 5: del 1 al 2 es benigna, el 3 es indeterminada, 4 y 5 es maligna. ¡A mí me sale 3! [...] Yo ya estaba decidida a operarme, pero cuando me sale la biopsia empiezo a dudarla. (Fragmento de entrevista con L.)

Iban a sacarle la tiroides y los ganglios y enviarlos a patología para estudio; si era maligno, hacer yodoterapia en aislamiento y tal vez complementar con radioterapia. Por ahora, L. ha decidido no operarse. Ella sabe que no es normal tener una masa en la tiroides, pero también sabe que no hay evidencias para afirmar que

su masa sea cancerígena, a pesar de la declaración precipitada del médico que le anunció atropelladamente un cáncer que no ha podido ser demostrado. Y su diagnóstico, del mismo modo que su masa en la tiroides, es no determinado; por eso ha decidido conservar su tiroides y llenar de significados la masa, de tal manera que le aporte a su vida, en vez de restarle.

A la falta de diagnóstico también se le debe atribuir un sentido. Cuando la explicación y denominación de lo que tenemos escapa a los rigores de la ciencia, burla las pruebas de laboratorio, se hace invisible a las frecuencias de radio, a los contrastes de la medicina nuclear, al ojo clínico de los más expertos y huye de los controles médicos, surgen explicaciones que nos damos a nosotros mismos sobre la dinámica de nuestro cuerpo, ayudados de los significados otorgados por los demás. Necesitamos una explicación sobre el nuevo horizonte de límites que nuestro cuerpo dibuja como nueva condición vital, sea temporal o definitiva, y esa explicación surge de la configuración especial y la topografía de nuestra experiencia. Aunque afincada en nuestras visiones de mundo, intuición, creatividad e introspección, está profundamente vinculada a los demás porque, al fin y al cabo, todos somos también una experiencia colectiva.

2.5 La recuperación: del procesamiento de información a las transformaciones sobre el paisaje

Traducir los síntomas en diagnóstico e intentar darle un sentido relativamente coherente es un proceso necesario para iniciar un tratamiento que contribuya a la recuperación de quienes afrontan

la enfermedad. Veíamos las dificultades propias de conciliar el criterio médico y la experiencia de los que llamamos pacientes: en la medida en que la enfermedad es una expresión particular y contingente de la interacción de estructuras que delinear la textura de nuestro paisaje, parece comprensible que aparezcan brechas significativas entre la interpretación que propone el médico y aquella que elabora quien experimenta los dolores, el malestar y el sufrimiento. Desde luego ello no significa que ambas posiciones no puedan consumir convergencias que generen certezas; sin embargo, es claro que, por lo general, queda abierto un resquicio por el cual pueden colarse grados relativos de incertidumbre.

En todo caso, y más allá de los desencuentros probables, lo que parece cierto es que tanto el personal médico como aquellos que experimentan la enfermedad y quienes los acompañan comparten un mismo propósito: la recuperación. Creemos que la mayoría de las veces, el proceso que va del diagnóstico al tratamiento tiene como horizonte principal que quien siente dolor y malestar se alivie; sin embargo, nuestro planteamiento en este texto es que la recuperación no se debe concebir, necesariamente, como la supresión biológica de la enfermedad y, por tanto, su ausencia absoluta. Por el contrario, pensamos que se entiende mejor en términos de la capacidad de procesar la información que fluye como consecuencia de las configuraciones especiales del paisaje. Retomando una idea anterior, la recuperación está asociada con nuestra capacidad de transitar los abismos, valles y colinas que emergen cuando la enfermedad aparece, y de esa manera, lograr existir en un estado que exige cambios y transformaciones.

Procesar esa información no es una labor sencilla. Recuperarse no es la consecuencia esperada de nuestra voluntad y capacidad de seguir escrupulosamente los protocolos descritos en el

tratamiento médico. Es, por el contrario, el resultado de la compleja interacción entre nuestras estructuras biológicas, químicas, ambientales y sociales, y la capacidad de interpretar los datos que allí emergen. A veces, simplemente no conseguimos procesar esos flujos constantes e inéditos de información, y entonces aparece la muerte como esa particular manifestación de la vida que se abre paso. Otras veces, en cambio, conseguimos tramitar esos flujos que, como hemos venido insistiendo, surgen de la configuración especial del paisaje que nutre nuestra experiencia; es entonces cuando logramos recuperarnos, ya que somos capaces de transitar las texturas que delinean la nueva topografía por donde transita la experiencia.

Como se mencionó antes, los flujos de información provenientes de la configuración especial del paisaje son una densa articulación de datos biológicos, químicos, sociales y culturales; la recuperación está asociada con la capacidad que tengamos de procesarlos conjuntamente. Desde luego, es fundamental que las estructuras orgánicas que configuran nuestro cuerpo logren resolver el impacto que causan, como por ejemplo los virus, las bacterias, las neoplasias malignas o las fallas fisiológicas; para ello recurrimos a los fármacos, a la cirugía y a la modificación de rutinas como la alimentación y la actividad física. Sin embargo, lograr solo ese propósito no garantiza la recuperación; también es necesario procesar la información adyacente que proviene de las estructuras sociales y culturales. Al final, todas ellas configuran un conglomerado de información codependiente, razón por la cual resulta muy complicado abordarlas y tratarlas aisladamente.

Uno de los momentos en los cuales se ve con claridad esta necesidad de procesamiento de información es cuando las personas afectadas empiezan a buscar explicaciones a su situación

particular. Sus preguntas se orientan a intentar entender por qué precisamente ellos, iniciando así una búsqueda constante de causas que les ayude a llenar de sentido su experiencia. Es probable que la búsqueda de causas precisas esté asociada con el miedo de perder el control; sin embargo, en el proceso de identificarlas emergen explicaciones que finalmente contribuyen a que las personas sientan que se están recuperando.

2.6 ¿Por qué yo? Las explicaciones como mecanismo para procesar información

Después de las urgencias, los ayunos, los exámenes, las citas con expertos, los controles médicos, la serie de diagnósticos o la falta de estos, los pronósticos y los planes de tratamiento, viene la reflexión. Todos estos son pasos en el largo camino de brindarle sentido a nuestra nueva y siempre cambiante condición vital. Las explicaciones que nos damos a nosotros mismos respecto a nuestros problemas de salud son tan importantes como las que nos brindan los médicos, puesto que las asociamos fuertemente con las posibilidades de sobrevivir, con nuestra manera de ser y las opciones de recuperación.

El proceso de asignación de valor y sentido a un diagnóstico contundente y catastrófico desdibuja el horizonte de nuestra vida y redefine el paisaje, de modo que estamos obligados a ser de una manera diferente. El terremoto todo lo remueve y debemos aprender a caminar una vez más, recordar y reflexionar los asuntos más básicos y fundamentales de nuestras vidas, como su sentido mismo, si es que hay tal. La situación nos convoca a

responder preguntas que surgen del diagnóstico, sobre el qué y el porqué de nuestra condición. En particular ¿por qué yo?

Para aquellas condiciones que vienen de *afuera*, como las infecciones, cuyo origen es identificable y su diagnóstico relativamente fácil de confirmar, tenemos respuestas parciales, inmediatas y materiales, aunque las soluciones de fondo no siempre son evidentes. Para aquellas condiciones que provienen de *adentro*, como las enfermedades autoinmunes, la diabetes o el cáncer, cuyo diagnóstico es más complejo y cuya explicación, cuando la hay, es siempre vaga y esquiva, todas nuestras preguntas permanecen sin respuesta.

Difícilmente alguien lo pone en términos más claros que N., cuando nos cuenta las reflexiones que se ha planteado sobre el agresivo e inexplicable cáncer que la afectó:

Leía libros sobre el poder de la mente, quería responderme a la pregunta ¿qué hice yo para que me diera esta enfermedad? ¿Qué debo cambiar? Y por internet hay muchas cosas, se habla mucho de tener pensamientos positivos [...], pero tuve un pensamiento obsesivo malo. El primer pensamiento era ¿para qué todo esto si me voy a morir? [...] Llegué a sentir culpa por la enfermedad. ¿Cuál era la respuesta? Eso fue algo obsesivo: ¿por qué me dio esta enfermedad? Investigué mucho y ¡no hay respuesta clara! ¿Qué hice yo? Empecé a pensar en mi pasado, las cosas que había hecho: mala alimentación, mucho estrés, ser muy controladora. (Fragmento de entrevista con N.)

Preguntas perseverantes, a veces obsesivas, que buscan respuestas perdidas, quizá inexistentes. Queremos identificar causas pre-

cisas que nos permitan determinar el origen de nuestra condición, ya que tememos perder el control y quedar a la deriva en el mar de la incertidumbre. Esta es una atávica obsesión de las sociedades modernas, que se empeñaron en concebir la naturaleza como un *objeto* ajeno al ser humano, susceptible de ser domesticado por las fuerzas y el ingenio de la civilización y la cultura (Hacking, 2006; Mol, 2002). Su empeño se centra en la convicción de que es posible controlar las múltiples posibilidades que ofrecen el cuerpo, la mente y la enfermedad, en que es plausible someter las dinámicas propias de la vida y sus trayectorias a veces azarosas. Al yo moderno le cuesta reconocer que los accidentes suceden, y que hay fenómenos que simplemente ocurren sin que tras ellos esté la voluntad de un agente consciente encargado de propiciarlos. Pensar la enfermedad en términos causales es sumamente problemático, sobre todo si asumimos que esta emerge como resultado de interacciones contingentes que imposibilitan la existencia de un control central; en este escenario no existen causas singulares, sino articulaciones múltiples y dinámicas que se constituyen en virtud de relaciones complejas y a veces inesperadas (Ehrenreich, 2018).

Frente a esta situación de incertidumbre estamos simbólicamente y emocionalmente muy vulnerables, abiertos a las interpretaciones ajenas que surgen en nuestro entorno. Al respecto, algunas de las personas entrevistadas cuestionaron la narrativa de autosuperación y autocontrol frecuente en los entornos clínicos y entre los mismos enfermos. Se trata de un discurso no oficial que discurre por los pasillos, a través de comentarios sueltos e informales que pretenden llenar de sentido un fluir pertinaz de preguntas sin respuesta. Estas explicaciones insisten, a veces veladamente, en que nuestro problema de salud “nos correspondía” de algún modo,

pues “algo habremos hecho para encontrarnos en semejante condición”. También nos abren un horizonte de esperanza sustentado en el reforzamiento de esas mismas causas, asegurando que “ saldremos adelante siempre y cuando corriamos el rumbo”. Es un discurso de sentido común, presente en las creencias de muchas personas, incluyendo trabajadores de la salud, que permea su práctica profesional y su relación con los pacientes. Este contiene una narrativa con tonos incriminatorios que asume la enfermedad como un merecimiento, incluso como un castigo, y que responsabiliza al enfermo de la capacidad de salir airoso del tratamiento.

Este discurso moralizante es muy lejano a nuestra propia interpretación de la enfermedad, entendida como una emergencia de la articulación de múltiples estructuras que dibujan los paisajes vitales. Como hemos dicho, las enfermedades surgen de contingencias, no de una acción individual identificable clara y fundacional del problema de salud, de una causa singular. Aún en el caso de enfermedades que tengan orígenes más claros, como es el contagio con el VIH, se trata del surgimiento de una textura única del paisaje, de una configuración especial e irrepetible, tal como la biografía de una persona. Al no ser una consecuencia de causas ciertas, sino el resultado de interacciones emergentes, no hay responsabilidades individuales claras; estas son más bien difusas y distribuidas, pues resultan de procesos siempre colectivos (Trotter, 2000).

Ya hemos escuchado a L. describir sus problemas con los pulmones y la tiroides. Ella debe decidir todos los días cómo vivir, porque siente cotidianamente la incertidumbre de un diagnóstico que no logra concretarse. Como ha decidido no operarse ante la falta de evidencia sobre la naturaleza del tumor que le fue detectado, tiene su propia explicación sobre esa presencia en su

garganta: “¡Estás aquí para enseñarme!”. Y aclara: “He intentado reconciliarme con [la masa]. Para mí, [su aparición] tiene que ver con la comunicación. He callado más de lo que hablo y cuando he intentado comunicar, no me ha ido bien”. (Fragmento de entrevista con L.).

Como la explicación que nos damos a nosotros mismos sobre nuestra salud se relaciona directamente con las decisiones para enfrentarlo, ella propone escuchar al cuerpo, practicar la autonomía y tomar a discreción las indicaciones médicas; por eso dice: “no le entregues el poder total a los médicos. Ellos no pueden decidir qué vas a hacer con tu vida”. (Fragmento de entrevista con L.).

Mientras tanto, J. también habla de los sentidos que le dio al cáncer de seno que la afectó. Para empezar, explica que no le gustan los discursos hechos, por lo que acoge con suspicacia las narrativas de autosuperación que con frecuencia escuchó de los trabajadores de la salud y de los pacientes con quienes compartió tratamiento. Por eso toma distancia de esos discursos y explica:

Más que físico, el cáncer es un montón de cosas mal tratadas. Este tipo de enfermedades son una resistencia: ¡A ver cómo te paras ante esto! Sé fuerte. Es una prueba de resistencia mental; veía mucha gente deprimida, yo me pedía foco. Es un ejercicio de autodescubrimiento. (Fragmento de entrevista con J.)

A ella la enfermedad le reafirmó su fortaleza mental, su pragmatismo. Hoy asegura no temerle a la muerte y aceptarla; dice las cosas de frente y procura no guardarse demasiadas opiniones.

Aclara que algo positivo de la experiencia está asociado precisamente con el sentido que el cáncer fue adquiriendo; ahora se conoce más que antes del diagnóstico, sabe quién es e identifica sus fortalezas. La explicación y el sentido que les dio al cáncer, tomando algunas distancias de las versiones oficiales de la medicina y las instituciones de salud, se asocian con el modo como lo enfrentó:

Apenas me comenzó el cáncer, fui donde un médico alternativo para experimentar diversos modos de sanar. Él me ayudó un montón a prepararme para la quimio, cuando no iba con él, salía de la quimio vuelta mierda [...] También fui con los taitas de Sibundoy, con la medicina indígena, tomé yagé [...]. La medicina alopática no da respuestas de fondo, cura una parte y jode un poco todo el cuerpo: te cortan, te queman, te envenenan. [Después de las quimioterapias y el tratamiento contra el cáncer] mi cuerpo ya no funciona igual. (Fragmento de entrevista con J.)

Con niveles relativos de permeabilidad de ese discurso inquisidor, creamos narrativas en torno a nuestra condición, atribuimos sentido a ese fenómeno limitante y retador que es la enfermedad. Ciertamente, la medicina alopática es hoy capaz de resolver muchos elementos que demandan urgencia, pero a veces adolece de la facultad de asumir procesos de curación y sanación asociados con aspectos simbólicos y emocionales que trascienden el plano biológico. Aquello que el médico denomina enfermedad, se transfigura en cada paciente; donde él ve enfermedad, nosotros vemos miedos profundos, silencios contenidos, retos, violencias consumadas, errores cometidos, señales de otros mundos, opor-

tunidades para repensarnos y vivir, motivos para desenfrenarnos, desamores acumulados. Vemos en nosotros mismos experiencias hechas cuerpo que, incluso, pueden convertirse en oportunidad. Esto, desde luego, depende de nuestra capacidad para procesar esa información que continúa fluyendo, y de la posibilidad que tengamos para transformarla en insumos que ayuden para recuperarnos.

2.7 Transformaciones sobre el paisaje: los horizontes de la recuperación

A pesar de la contundencia de los diagnósticos, no siempre nos sentimos enfermos, aunque sí algo distintos. Los términos *enfermedad* y *enfermo* están fuertemente cargados de significados y experiencias que, en mucho, desbordan la condición estrictamente orgánica que suele privilegiar el concepto biomédico. La interpretación que como *enfermos* hacemos de la *enfermedad*, supone toda la diferencia respecto al modo como transitamos la textura dispuesta en el paisaje de nuestra vida. Parece ser que, en muchos casos, mientras no nos sintamos estancados y fuertemente impedidos, no percibimos que estamos realmente enfermos. L., a pesar de tener varios diagnósticos y opiniones sobre su condición, señalaba con vehemencia:

Yo no me siento enferma... yo no siento nada, yo en vez de enfermedad le digo “el diagnóstico” o le digo “el tumorcito o la masita”, porque es que la enfermedad todo el mundo la asocia con algo fatal. Los médicos la usan como una manera de fatalizar y no de dar esperanza. Aprendí de la experiencia de mi mamá que estuvo mucho en el hospi-

tal, con ella todo era una fatalidad: si hace X va a morir, si hace Y va a morir. (Fragmento de entrevista con L.)

Aceptarnos enfermos es, en parte, reconocer el discurso de la medicina sobre nuestros cuerpos, que torna toda nuestra existencia, roles, posibilidades y condiciones en la del paciente que padece algún problema de salud. Aplica para los momentos en que debemos entregarnos cabalmente a recuperarnos, dedicarnos a los tratamientos, impedidos de gran parte de la vida civil, guardados en casa o en el hospital bajo estrictos cuidados médicos y –casi siempre– familiares. En tales circunstancias sentimos que la vida ha parado, aunque en muchas ocasiones esté apenas recogién-dose para retoñar y florecer. Así, según nos parece después de escuchar las experiencias ajenas y de pensar en las propias, la comprensión que tenemos de la enfermedad es distinta a la médica y solemos asociarla con la experiencia de limitación física, dolor, aislamiento de vínculos y cotidianidad, todos ellos sentimientos de nostalgia y finitud (Elias, 1989).

De esta manera sentirnos enfermos no es solo contar con un diagnóstico. Podemos padecer determinadas condiciones físicas sin que necesariamente nos sintamos enfermos. Al respecto, frente al cáncer que padeció, J. sostiene:

Busqué trabajo, lo que me permitió no parar la vida [...] Tuve que aceptar que esta es mi condición. No es una enfermedad, me acompaña, y así seguí asumiendo la vida lo más normalmente posible. Pensé: hay mucha gente con diagnósticos más complicados que el mío. Yo soy así, soy esta y debo aceptarme y vivir. No le tengo ya miedo a la muerte. (Fragmento de entrevista con J.)

Ella cuenta que el único momento en que se sintió realmente enferma fue cuando sufrió un cambio radical en su imagen; sintió mucho malestar y tuvo la sensación de verse y no reconocerse a sí misma:

La quimioterapia dejó sus secuelas. La imagen hace parte de la identidad, ya no te reconoces, ahora sí me sentí enferma. Cuando se me cayó el pelo fue terrible, entonces me rapé. [...] Usé turbante para no fingir normalidad con las pelucas. (Fragmento de entrevista con J.)

En el mismo sentido, las personas con quienes hablamos, que estaban infectadas con el VIH, tampoco se definen como enfermas. M. aclara que:

Las personas con VIH no hablamos del VIH como enfermedad, salvo que tengas sida y alguna otra situación, cuando no estés bien de defensas y con tu carga viral alta y alguna otra cosa más. Entonces, por lo general, no hablamos del VIH como enfermedad ni como que nosotros estamos enfermos. La llamamos infección, vivimos con VIH. (Fragmento de entrevista con M.)

De hecho, cuando la condición que padecemos nos permite cierta normalidad diaria hasta volverse un elemento más de la rutina, el diagnóstico parece ocultarse a la conciencia, al punto de que somos capaces de ignorarlo y hasta olvidarlo temporalmente. No podría ser de otra manera: si queremos mantenernos con vida es necesario procesar esa carga que supone la presencia constante de la enfermedad. Al respecto, A. comenta:

Para mí la muerte se volvió visible, pero al mismo tiempo hemos superado la visión del [VIH como el] cáncer de los ochenta, todo ese bombardeo de imágenes de cuerpos pudriéndose... Yo en realidad tengo una vida bastante sana, duermo más de 7 horas por día, hago ejercicio regularmente, soy fuerte, como bien. Yo tengo una infección, no una enfermedad. Debo ayunar por ocho horas cada seis meses, para hacerme los controles, yo no lo vivo como una enfermedad, aunque los controles son un buen recordis de la infección. (Fragmento de entrevista con A.)

Ahora bien, es importante tener en cuenta que los procesos de enfermar y sanar son particulares en cada caso, en todos ellos se trata del desconocimiento o reconocimiento de las bruscas novedades acaecidas en la topografía de nuestras vidas. El cáncer de N. fue tan fuerte que no solo se sentía enferma desde antes del diagnóstico; luego de terminar la quimioterapia la enfermedad seguía presente en su vida, pese a que paulatinamente fue capaz de dejarla a un lado, como si olvidara que estaba allí. Sin embargo, aún hoy, reconoce que algo cambió: no duda en afirmar que la enfermedad dejó una huella que todavía persiste y siente.

Durante el primer año yo todavía me sentía enferma, pero ahora no lo siento así. Se me olvida muchas veces que he tenido la enfermedad, lo que constantemente me lo recuerda es que todavía tengo mi catéter. Me doy cuenta de que cuando tengo episodios que me enfrentan a ese pasado, no estoy tan fuerte como creí que lo estaba. Pero entonces empiezo a decir: “esto ya me ha pasado, esto ya lo enfrenté y esto es momentáneo”. Pero que yo diga que

estoy totalmente recuperada, no. Emocionalmente yo sigo con mi algo... (Fragmento de entrevista a N.)

En los casos referidos aquí, es claro que la enfermedad está acompañada de una profunda experiencia de cambio. El malestar, el dolor, los medicamentos, las cirugías y los tratamientos dejan rastros a veces indelebles en el paisaje, obligándonos a encontrar alternativas que nos permitan transitarlo. También nos sentimos transformados en nuestros vínculos, por la carga material y simbólica que ejerce la condición médica en quienes nos rodean: aleja a unos y acerca a otros; como sea, las personas alrededor no pasan inadvertidas a nuestra condición, nadie es inmune a los terremotos y los bruscos cambios que produce. Lo cierto es que la valoración de los vínculos cambia, al punto que en muchos casos decidimos el rumbo de algo tan personal como nuestra recuperación y tratamiento con base en nuestros vínculos, dada su renovada consideración. Varios de los testimonios recogidos aclaran este aspecto:

Decidí cambiar y no fue fácil. Vi las cosas que me hacían daño, pienso mucho en los demás, soy muy ansiosa, pienso en el futuro, en los problemas, pero decidí soltar: ¡Yo no soy responsable de los problemas ajenos! Lo más importante de la enfermedad fue ver la vida desde otro punto de vista. Yo no quería ser la misma persona que había sido antes [...] Yo soy muy peliona (sic), soy efervescente, pasional... hoy trato de controlarme, acepto mis defectos y puedo verlos y aceptar que me equivoco, eso me ayuda a estar más tranquila. En plan de cambiar sí sigo. [...] He cambiado cosas en mi vida como la relación con mi hija adolescente y mi mamá, ahora estoy más tranquila, soy

más comprensiva. Una de las cosas que más me impactó de verme enferma es percibir que necesitaba el apoyo de otras personas, me sentía sola, yo no podía con todo. Me di cuenta de que mi familia es la que está en los momentos difíciles para apoyar. (Fragmento de entrevista con N.)

La dificultad puede tener un sentido creador. Nos vemos transformados en nuestras prioridades, planes y sentido de vida, porque si antes de cualquier diagnóstico estábamos dedicados a vivir, aún bajo la ilusión de que tenemos mucho tiempo por delante, después del diagnóstico estamos obligados a dedicarnos a luchar por vivir, con la certeza de que el tiempo se agota y que lo único que tenemos es el presente. Sentimos finalmente nuestra transformación, en nuestra experiencia y sentido de vida, que gira de manera radical y decisiva por la certeza de la muerte y el sentimiento desolador que suele acompañar estos diagnósticos. M. nos cuenta:

En el 2005, tres años después del diagnóstico, empecé a hacer actividades, empecé a darle un taller a mis compañeras, y luego a las otras carreras y así empecé a dar talleres sola en diferentes lugares. El VIH me transformó en feminista al empezar a hacer trabajo con mujeres y me hizo ver un montón de cosas, como esto de detectar que el VIH había tenido que ver con la situación de violencia que había vivido, que lo pude ver varios años después. (Fragmento de entrevista con M.)

M. se refiere a una relación asimétrica que tuvo a sus diecinueve años con un hombre al que denomina “el contagiador”. Nun-

ca menciona su nombre. Él jamás le contó que estaba infectado de VIH y VPH, cuyos síntomas comenzó a sufrir. El diagnóstico la transformó, con el tiempo, en feminista militante de los derechos sexuales de las mujeres, asunto al que le dedica hoy su vida entera:

[Hoy] el VIH significa muchas cosas; tiene que ver con todo el trabajo que hago. Tal vez, si no hubiera tenido VIH, hubiera sido una trabajadora social del sistema judicial trabajando en adopciones, que era lo que quería hacer. El VIH significa mi campo de actuación, que es América Latina, y a nivel global te abre un mundo de conocimiento que es muy grande. El VIH es para mí un mundo de oportunidades que estoy segura no hubiera tenido de otra manera. [...] Estoy segura de que, sin el VIH, no hubiera hecho ni un cinco por ciento de todo lo que hice en mi vida hasta ahora. (Fragmento de entrevista con M.)

Es probable que estas transformaciones, muchas veces valoradas positivamente por quienes las asumen, estén relacionadas con la posición liminal que supone la conciencia de una muerte tangible, incluso próxima. Esa cercanía tiene el potencial de cambiar el sentido mismo de la vida, generando la adopción de nuevas rutinas, perspectivas y modos de comprender el mundo. Sin embargo, pareciera que la recuperación es, finalmente, la capacidad de transitar las configuraciones que adquiere el paisaje, lo que a su vez supone procesar y dotar de sentido información inédita y relevante que fluye de manera constante. Hay quienes deciden aceptar la enfermedad hasta abrazar incluso su desenlace fatal: se niegan a seguir los tratamientos y protocolos médicos, prefieren vivir a su modo y en la medida de sus posibilidades y se rehúsan

a aplazar lo que ya consideran inevitable. Otros, por el contrario, asumen la situación como una oportunidad para tomar nuevos senderos que amplíen y profundicen su experiencia. Insisten en la necesidad de volver a la vida y aprovechar sus encantos y dificultades. Como anota J., “llegó un momento en que después de cuidarme tanto, voy a vivir como quiero vivir, sin negarme nada, sin represión”. (Fragmento de entrevista con J.).

Algo similar plantea A., quien interpreta su condición como un horizonte que le permitió observar otras alternativas y que le brindó nuevas fuentes de sentido a su existencia:

El VIH le aportó intensidad a mi vida, porque la muerte está más cerca, entonces me lancé a vivir. El tiempo puede ser acortado, no hay tiempo que perder. Si quiero viajar, tiene que ser ya, vivo más vertiginosamente que antes. Me ayudó a ser más determinado con lo que quiero, uno maneja más el control de la vida: si quiero viajar, compro el pasaje; si quiero emprender, pongo el negocio. (Fragmento de entrevista con A.)

Volvemos así a una idea que había aparecido al iniciar este texto: la enfermedad y la muerte son manifestaciones particulares de la vida misma. Son configuraciones especiales de aquel paisaje que emerge de la interacción de estructuras que hacen posible la existencia. Desde luego, es comprensible que la conciencia de la muerte intensifique la valoración que hacemos de los instantes, en la medida en que diluye el futuro en un presente que parece constante, pues lo convierte en un tiempo que comprime la totalidad de la experiencia. Esa lectura del tiempo puede comprenderse como una transformación sobre el paisaje: una manera en que

aprendemos a transitar por las texturas que va adquiriendo la topografía que nutre nuestras vidas. Es, igualmente, un mecanismo que procesa información, que nos permite ampliar los sentidos que pueden llegar a tener nuestras prácticas cotidianas.

Horacio, el célebre poeta latino de Venusia, expresó con belleza singular esa valoración del presente en una de sus odas:

Tú no indagues (sacrílego es saberlo) qué límite, Leucónoe,

los dioses han fijado para tí, y para mí, ni consultes la astrología

abilónica. ¡Cuánto más vale sufrir cualquier azar!

Ya te conceda Júpiter más de un invierno, o este sea el último,

el que ahora quebranta el mar Tirreno en la barrera

de los acantilados, sé cuerda, filtra tus vinos y para un lapso tan corto

cercena a la esperanza sus excesos. Mientras hablamos, celoso habrá huido

el tiempo: goza el día de hoy, y no te fíes nada del mañana.

(Traducción: Irigoyen, 1975)

El mensaje se antoja conveniente para pensar la enfermedad y la muerte que son, finalmente, manifestaciones de las posibilidades infinitas que ofrece la vida.

2.8 Conclusiones

Toda conciencia de la muerte puede llevarnos a incorporar el poema y volverlo experiencia cotidiana de la carne. No decimos que solo un diagnóstico catastrófico de esos que hacen temblar nuestros suelos pueda llevarnos a ese estado de inmersión en el presente, pero claramente es una condición que facilita la conciencia de la propia muerte y la experiencia de nuestros propios límites, porque nos permite mirar los horizontes del paisaje de nuestra vida. Ser diagnosticados con una enfermedad tiene profundas implicaciones existenciales y vinculares. Es una experiencia que nos pone ante los confines de nuestro paisaje vital, pero también es una emergencia que puede favorecer sorprendentes encuentros con los múltiples horizontes de la vida.

Creemos urgente pensar el fenómeno de la enfermedad más allá de la mirada biológica y reduccionista que habitualmente privilegia la medicina; bajo su contemplación esta aparece como el enemigo contra el cual resulta imperativo luchar; la condición indeseable que deberíamos erradicar por ser contraria a la vida. Podemos empezar a considerarlo como un fenómeno difícil pero superable, cuya presencia es una manifestación de la vida y sus múltiples posibilidades.

La enfermedad, como fenómeno vital, tiene mucho que enseñarnos como personas y como colectivos. Más que su negación o su erradicación parece pertinente su comprensión como

experiencia colectiva y personal, que más que por causas resulta de la articulación de múltiples estructuras y cuya manifestación es, por ello mismo, de responsabilidad compartida y no más un problema puramente biológico e individual; además, su dinámica y expresión específica tiene altos grados de incertidumbre, razón por la cual puede valer la pena reducir nuestras pretensiones de control absoluto sobre ella.

Aprender de la enfermedad es aprender del enfermo y su experiencia, rica en procesamiento de información como modo de recuperación de su salud. Como todo procesamiento, genera transformaciones más o menos radicales en las vidas de las personas. Pareciera que a veces enfermamos para seguir viviendo.

2.9 Bibliografía

- Alves, P. C. (2018). A morte de Ivan Ilitch e as múltiplas dimensões da doença. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(2), 381-388. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.15162017>
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of Health and Illness*, 4(2), 167-182. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>
- Castellanos, M. E. P., De Barros, N. F. y Coelho, S. S. (2018). Rupturas e continuidades biográficas nas experiências e trajetórias familiares de crianças com fibrose cística. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(2), 357-367. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16252017>
- Ehrenreich, B. (2018). *Causas naturales: Cómo nos matamos para vivir más*. Madrid: Turner Noema.
- Elias, N. (1989). *La soledad de los moribundos*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Ginzburg, C. (1983). Señales. Raíces de un paradigma indiciario. In A. Gargani (Ed.), *Crisis de la razón: Nuevos modelos en la relación entre saber y actividades humanas* (pp. 55-99). Mexico: Siglo XXI Editores.
- González, A. (2014). La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: de paciente pasivo a paciente activo. *Enfermería Clínica*, 24(1), 67-73. <https://doi.org/10.1016/J.ENFCLI.2013.11.005>
- Hacking, I. (2006). *La domesticación del azar: La erosión del determinismo y el nacimiento de las ciencias del caos*. 3ª ed. Barcelona: Gedisa.

- Hydén, L.-C. (1997). Illness and narrative. *Sociology of Health & Illness*, 19(1), 48-69. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00015.x>
- Irigoyen, R. (1975). *Cinco odas de Horacio*. España: Universidad de La Rioja.
- Jablonka, E. y Lamb, M. J. (2005). *Evolution in four dimensions: Genetic, epigenetic, behavioral, and symbolic variation in the history of life*. Massachusetts: MIT Press.
- Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Le Goff, J. (1991). *El orden de la memoria: El tiempo como imaginario*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Lock, M. y Kaufert, P. (2001). Menopause, local biologies, and cultures of aging. *American Journal of Human Biology*, 13(4), 494-504. <https://doi.org/10.1002/ajhb.1081>
- Lock, M. y Nguyen, V.-K. (2010). *An Anthropology of Biomedicine*. Singapore: Wiley-Blackwell.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Carolina del Norte: Duke University Press.
- Rovelli, C. (2018). *El orden del tiempo*. Barcelona: Anagrama.
- Saramago, J. (2005). *Las intermitencias de la muerte*. Barcelona: Alfaguara.
- Smit, A., Coetzee, B. J., Roomaney, R., Bradshaw, M. y Swartz, L. (2019, February 1). Women's stories of living with breast cancer: A systematic review and meta-synthesis of qualitative evidence. *Social Science and Medicine*. Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.01.020>
- Sontag, S. (2015). *La enfermedad y sus metáforas: El sida y sus metáforas*. Barcelona: DeBolsillo.
- Thompson, E. P. (1995). *Costumbres en común*. Barcelona: Crítica.

Trotter, R. (2000). Ethnography and Network Analysis: The study of Social Context in Cultures and Societies. *Handbook of Social Studies in Health and Medicine* (pp. 210-229). London: Sage Publications.

3

Daniela Arango Ruda

**Toma y daca
para alimentar.
Análisis del papel
de la industria
alimentaria en
el proceso de
decisión de los
consumidores**

3.1 Introducción

Comprender por qué las personas comen lo que comen puede ser uno de los temas más difíciles de resolver en la existencia humana, debido a que en el acto de comer intervienen diversos aspectos, influenciados por lo social, cultural, económico y político. El comer trasciende lo nutricional para enfocarse en los significados y símbolos que pueden surgir a partir de ciertos alimentos y de las interacciones que los seres humanos establecen con estos. Por ejemplo, en diversas culturas existen actividades, ritos y actos simbólicos en relación con ciertos alimentos, lo cual puede variar en cada grupo social.

Mientras la alimentación es un acto propio de todos los seres vivos, el comer es una acción social en la que intervienen la necesidad de supervivencia, pero al mismo tiempo el placer, el gusto, los sabores, la socialización y el deseo. Debido a estas fuertes implicaciones de la comida, esta también tiene un gran impacto para la vida misma. Puede decirse que el hecho de comer busca precisamente preservar la vida, el mantenimiento de la salud y de buenas condiciones físicas para enfrentarse a la supervivencia; sin embargo, también existe la creencia de que el exceso o la carencia de ciertos alimentos puede generar alteraciones en el cuerpo.

Para una sociedad altamente preocupada por la enfermedad y que pierde de vista la salud, la comida se convierte en un elemento de doble alcance: mientras por un lado es un elemento fundamental para la cultura, por el otro, se cree que puede ser tremendamente nociva para salud.

La dieta es un factor primordial cuando tratamos el binomio salud-enfermedad, ya que puede tanto mantener sa-

ludable a la persona como enfermarla. Una buena o mala nutrición puede desencadenar enfermedades que nada tienen que ver con el tracto digestivo así como prevenirlas al desarrollar un fuerte sistema inmunológico; como ejemplos consideremos el escorbuto sufrido por navegantes y marineros debido a la carencia de vitamina C, el deficiente sistema inmune de una criatura malnutrida o, simplemente, la obesidad causada por una sobrealimentación que conlleva enfermedades como diabetes, padecimientos cardiacos y vasculares, entre otros. (Reynoso, 2016, p.48)

Esta asociación de los alimentos con lo bueno y lo malo, lo nocivo y lo saludable, está directamente relacionada con los usos que se les dan a estos. Por lo anterior, pueden existir distintas asociaciones y usos para un mismo tipo de alimento, incluso los mismos que son comestibles en una cultura son absolutamente repudiables en otras. Un ejemplo de esto son los diversos significados de la miel, la cual ha sido usada durante siglos en múltiples sociedades del mundo. Aunque la mayoría de las veces la miel tiene una asociación positiva y comestible, no es así en todos los casos:

Las tribus amazónicas emplean sistemáticamente las mieles tóxicas con fines rituales para inducir el vómito. Los Kaingang del Brasil meridional otorgan a la miel valores intensamente contrastados. Para ellos la miel y los vegetales crudos son alimentos fríos, únicos permitidos a las viudas que, si comieran carne o cualquier otro tipo de alimento cocido, correrían peligro de padecer calentamiento interno seguido de muerte [Henrv 1, pp. 181-182). Sin embargo, otros grupos de la misma población distinguen

y oponen dos variedades de cerveza de maíz: una simple, llamada /goifa/, la otra denominada /quiquyl / ya la que se añade miel (que entre ellos solo sirve para esto). “Más embriagante” que la otra, la beben sin comer, y provoca vómitos. (Lévi-Strauss, 1972, p.42)

Para el caso de las tribus amazónicas la miel aporta elementos saludables o nocivos dependiendo de quién la use y su forma de preparación. Por lo anterior, la decisión de usarla estará mediada por distintas condiciones, es decir, no solo importará su sabor o fácil adquisición, sino también las consecuencias de consumo según el ciclo de vida de la persona que la usa, la intencionalidad y su interacción con otro tipo de alimentos. Al igual que la miel, existen otros alimentos que generan gran controversia, debido a los distintos usos que pueden tener para cada cultura.

En consecuencia, la asociación de la comida con la salud es innegable. Desde la Antigüedad, la teoría médica ha creado vínculos entre los alimentos que se consumen y los efectos que estos pueden tener sobre el cuerpo, dependiendo de las características de este. A partir de esto se desarrolla la teoría de los humores, con la cual se atribuye un tipo humoral a cada cuerpo, el cual debe responder a un tipo de alimentación muy específica con el fin de conservar el equilibrio y el estado de bienestar. Por ejemplo, para las personas de humor flemático se recomendaban alimentos cálidos y secos, con lo que se recetaba el consumo de jugos y carne asada en vez de la cocida (Reynoso, 2016). Además, se le hacían algunas prohibiciones de consumo de alimentos, puesto que

las frutas crudas jugosas le eran nocivas y se debía contentar con algunas peras y manzanas cocidas, pasas, al-

mendras, piñones, etcétera; los peces, los lácteos, las legumbres y la pastelería también le eran nocivos; su bebida ordinaria debía ser el buen vino añejo maduro, no debía beber en la mesa sin haber comido primero ni al tiempo de acostarse. (Reynoso, 2016, p.51)

Así, la alimentación se convierte en una pieza fundamental para la conservación de la salud y en un factor determinante para desarrollar estrategias de prevención de enfermedad a través de la recomendación y prohibición de ciertos alimentos (Reynoso, 2016). Lo anterior lleva a que los alimentos se clasifiquen como buenos y malos, lo cual tiene importantes implicaciones en la cultura y con el paso del tiempo transforma los modos de alimentación de las sociedades. A su vez, esta asociación entre alimentos que enferman y alimentos que sanan está acompañada del procesamiento de estos para usos de sanación, por ejemplo:

Para el envenenamiento por hongos se debía hacer vomitar al paciente y enseguida darle a beber agua azucarada con vinagre, agraz o cualquier otro ácido como aguardiente o éter revuelto con yema de huevo; para curar el “empacho” se hacían cataplasmas cociendo cebolla picada con una cucharada de manteca, tabaco molido, tres cucharadas de levadura y medio vaso de vino de uva, se colocaban en el estómago y la espalda y se daba de beber un purgante. Otros remedios para el empacho eran poner coles cocidas sobre el vientre del enfermo y darle de beber el cocimiento de las raíces de escobilla; también se usaba raíz de coscomate como laxante, té de rosa de Castilla, o se podía “tronar el empacho” y después administrar una cucharadita de aceite

de oliva y té de apio; o agua hervida con tequesquite y té de manzanilla, entre otros. (Reynoso, 2016, p.70)

Al mismo tiempo que existen usos distintos para cada alimento según la cultura, se han desarrollado procesos de transculturación y contacto que han llevado a la introducción de nuevas preparaciones y han cambiado la relación de los seres humanos con los alimentos. El contacto entre culturas permite un gran intercambio de saberes y creencias en torno a los alimentos, pero al mismo tiempo conlleva a una transformación importante en la dieta y genera efectos sobre la vida de las personas.

Un ejemplo de lo anterior es la llegada de los colonizadores a los distintos territorios, momento de la historia de gran intercambio, en la que no solo se explotaron plantas y recursos naturales para el enriquecimiento de los colonos, sino que también se domesticaron especies en nuevos territorios con el fin de introducir sabores y gustos a las comidas de las sociedades de ese tiempo. Así, en diversos contextos y territorios de colonización se implementó la imposición alimentaria, a través de la introducción de nuevos alimentos, no solo desde su consumo, sino también por medio de su domesticación y procesamiento.

A partir de esta imposición alimentaria se pueden observar dos posturas. La primera es la manifestación etnocentrista, en la que lo propio siempre será un producto conocido, impregnado de historia e identidad, y, por consiguiente, su consumo carece de peligro. La segunda postura es la de la admiración por lo ajeno, con la cual se acepta el consumo de lo extranjero, asumiendo las propiedades que se le otorgan a este tipo de alimentos y buscando una identidad más intragrupal (Fernández, 2008).

En uno de los relatos de viaje del antropólogo Lévi-Strauss a las poblaciones aborígenes se evidencian estos intercambios

culturales y sus implicaciones es los hábitos de consumo de ciertos alimentos y de las rutinas de las sociedades relacionadas con la comida, incluso la afectación que esto puede tener en la cantidad de alimentos que se consume. Lévi-Strauss (1988) cita el ejemplo de los ingleses y su imperante necesidad de implantar la idea de los superhombres en las sociedades indígenas, por lo cual debían convencerlos de que necesitaban una cantidad de comida superior a la que consumían habitualmente. Para lo anterior impusieron nuevos hábitos, e incluso agregaron nuevas comidas en otros horarios:

Mientras viajaba por las colinas de Chittagong, en la frontera birmana, con el hermano de un rajá local que había llegado a ser funcionario, me sorprendió ver la solicitud con la que me hacía cebar por sus servidores: al alba el palancha, o sea el «té en la cama» (si es que el término puede aplicarse a los elásticos pisos de bambú trenzado sobre los que dormíamos en las chozas indígenas), dos horas más tarde, un sólido *breakfast*, luego la comida del mediodía, a las cinco un té copioso y, finalmente, la cena. Todo eso en aldeas donde la población se alimentaba tan solo dos veces por día con arroz y calabaza hervida, que los más ricos sazonaban con un poco de salsa de pescado fermentada. (p. 143)

En el ejemplo citado por Lévi-Strauss se puede evidenciar la imposición alimentaria. Este tipo de prácticas se han llevado a cabo a lo largo de la historia en múltiples escenarios y es precisamente lo que permite la introducción de nuevos alimentos a culturas en las cuales eran antes desconocidos e impensables. El consumo de

dichos alimentos no solo modifica los modos de preparación de la comida, sino que también tiene fuertes implicaciones en lo que respecta a la ampliación de las opciones sobre qué comer, puesto que nuevos alimentos significan más posibilidades, y por ende un esfuerzo mayor en el proceso de decisión.

Aunque aún existen algunas imposiciones alimentarias, estas se escudan tras la idea del libre comercio y la apertura de fronteras comerciales que más bien se han convertido en una oportunidad para transformar los alimentos en productos rentables y de gran comercialización. El qué comer y qué no más parece una imposición, aunque se presenta como un gran abanico de opciones que se abre extravagantemente en los supermercados; así, quien tiene poder adquisitivo paga por sus decisiones.

La pregunta que subyace de estas dinámicas actuales del mercado de los alimentos es si en realidad las imposiciones alimentarias siguen primando –ahora tras la idea de la libertad y de las múltiples opciones–, o si más bien estas imposiciones alimentarias se viven aún más, a través de la monopolización de ciertas empresas encargadas de fabricar y vender la mayoría de los productos del mercado. Entonces, ¿dónde quedan allí las decisiones?

Como se mencionó antes, existe un contexto histórico que permite entender, a lo largo de la historia, las múltiples transformaciones que han enfrentado las sociedades con respecto a su alimentación y a todo lo asociado con el comer como acto social y cultural. Así mismo, es fundamental no perder de vista la importancia del contacto y el intercambio entre culturas para comprender cómo la adaptación de costumbres propias de otras sociedades puede influir en las decisiones de consumo de ciertos alimentos.

3.2 Elementos invisibles en la cultura alimentaria que afectan la salud: la información y la experiencia

La decisión es un aspecto permanente en la vida de los seres humanos y se puede definir como la elección que se hace a partir de múltiples alternativas, basándose en la información que se tiene en ese momento sobre el tema en cuestión (Peñaloza, 2010). Las decisiones están formadas a partir de acciones, puesto que estas no solo son fundamentales para elegir entre una cosa y otra, sino que también influyen en el proceso de decisión.

Toda acción personal se basa en los conocimientos y las expectativas “a manos” que el individuo tiene en cada momento y que se han formado en la experiencia de toda su biografía o historia personal. La experiencia personal comprende todos los elementos que entran en la conciencia: percepciones, conocimientos, recuerdos, razonamientos, sentimientos... Esta experiencia se forma con el contacto del individuo con el mundo natural y social que le rodea, hace posible su existencia, le opone dificultades y le brinda oportunidades. En esta experiencia es crucial la interpretación que el individuo hace de la realidad y el significado que atribuye a las cosas. (Parra, 2007, p.5)

Así, toda decisión está conformada a través de procesos en los que influye un sinnúmero de aspectos, entre ellos la experiencia individual, sus vivencias, su relación con el entorno, sus expectativas y gustos, etc. Todas estas se convierten en acciones del pasado, es decir momentos de la historia personal del individuo

que lo llevan a tomar acciones en el presente y que conforman un proceso de decisión único con respecto al de los demás. En consecuencia, se puede decir que no existe un camino exclusivo para decidir, sino más bien que existen múltiples caminos que pueden originar acciones distintas según la persona que esté tomando la decisión.

Un buen ejemplo de procesos de decisión se puede originar mediante el análisis de la relación médico-paciente. El médico es la persona encargada de diagnosticar y generar recomendaciones y recetas que permitan mejorar una condición de salud determinada o, dicho de otro modo, es quien se encarga de etiquetar a través de enfermedades y diagnósticos. Mientras tanto, las industrias, por medio de la publicidad, crean productos para dichas etiquetas, así una persona señalada o diagnosticada con alguna enfermedad a la cual el médico le recomienda un tipo de alimentación específica y a la que se le restringen algunos alimentos, tiene una especial importancia dentro de las estrategias del vendedor, pues algunas personas estarían dispuestas a pagar precios muy altos por productos que consideran buenos para su salud.

Para quienes piensan en las decisiones que van a tomar con respecto a su alimentación, los supermercados son un campo de batalla entre la publicidad, el gusto y lo que es bueno o no para la salud. La información juega un papel fundamental en este aspecto, pues esta es la mayor estrategia de las industrias para inducir al consumidor a elegir determinado producto, pero ¿cómo es dada esta información y cómo afecta la experiencia del consumidor?

Haciendo un análisis de los productos que se venden en los supermercados se puede intuir que la información que las industrias entregan al consumidor mediante la publicidad, el diseño de los empaques de los productos y su ubicación, no es del todo

genuina, sino que más bien es entregada estratégicamente para lograr un comportamiento determinado, lo cual se puede observar en la figura 1.



Figura 1. Las trampas del etiquetado.

Fuente: <https://abcblogs.abc.es/eat-fit/2015/03/20/las-trampas-del-etiquetado-nutricional>

En el producto de cacao soluble que se muestra en la imagen se pueden observar dos formas de entregar la información: la de la parte frontal, para la cual no existen reglamentaciones y en la que la industria tiene total libertad. Es importante analizar esta información a partir de la creación de un personaje: supongamos que un diabético va al supermercado y está buscando productos libres de azúcar que obedezcan a su condición y le permitan conservar su salud. Después de recorrer el supermercado encuentra este producto, basado en la información de la parte frontal que dice: “0 % azúca-

res añadidos”, entonces decide comprarlo, y al hacerlo se convierte en un consumidor. Este consumidor se basó solo en la información frontal del producto, y desde ahí se generó su decisión.

La segunda forma de entregar la información del producto es la que está plasmada en la parte posterior, esta es la reglamentada por normas y la que debe cumplir leyes asociadas con los ingredientes y contenidos reales nutricionales del producto. Si se observan los ingredientes, el producto tiene componentes como “maltodextrina en polvo, inulina y edulcorantes”, todos los cuales son azúcar, pero como esta puede tener más de 50 nombres diferentes, la industria utilizó otros nombres para referirse a lo mismo, aunque en la parte frontal le dijo al consumidor que no contenía azúcar: ¿entonces la información de la parte frontal del producto es verdadera o falsa? Nutricionalmente es falsa, pues el cuerpo asimilará estos ingredientes como azúcar; sin embargo, lingüísticamente es verdadera, debido a que la palabra “azúcar” literalmente no está en el listado de ingredientes.

Ahora bien, lo anterior exige una pregunta: ¿por qué se da por hecho que la industria dice la verdad? A esta actitud que en ocasiones tienen los seres humanos de no indagar más allá de lo que ven, se le atribuye una desmedida confianza por los productos que compra, sobre todo por aquellos que ha consumido durante mucho tiempo y que han sido aprendidos en la cultura; a partir de esto se generan ilusiones de verdad que llevan a agilizar los procesos de elección sin un procesamiento mental complejo. Las decisiones se tornan sencillas, pues todo está dado y no existen cuestionamientos (Kahneman, 2011).

Las ilusiones de verdad se generan a través de percepciones que se establecen como realidad; ejemplo a las afirmaciones: “Nueva York es una gran ciudad de Estados Unidos”. “La

Luna orbita alrededor de la Tierra”. “Un pollo tiene cuatro patas” (Kahneman, 2011, p.63). En este caso, como las dos primeras afirmaciones son ciertas, se señala una dirección para generar confiabilidad en la tercera frase: “un pollo tiene cuatro patas” (Kahneman, 2011, p.63). Esto sucede por la ralentización de la maquinaria asociativa que genera un juicio a través de otras experiencias como que la mayoría de los animales tienen cuatro patas, o que en los supermercados las patas de pollo no se venden en bandejas de dos sino de cuatro, entre otras experiencias individuales que pueden llevar a inducir que esta afirmación es verdadera sin llegar a cuestionarla (Kahneman, 2011).

Para el caso de los temas asociados con la comida y los alimentos que se consumen existe un sinnúmero de ilusiones de verdad que llevan a generar comportamientos de consumo de ciertos alimentos y que pocas veces se cuestionan, y que incluso desde la práctica médica se recomiendan y se asumen como verdades absolutas e irrevocables. Sin embargo, lo problemático de estas ilusiones de verdad no es solo que inducen a decisiones rápidas y sin previo juicio, sino que también llevan a una facilidad cognitiva que disminuye considerablemente la tensión y el esfuerzo extra por generar preguntas e inquietudes, puesto que dan por verdad lo que se muestra a simple vista; así, “la facilidad es un signo de que las cosas van bien; no hay riesgos, no hay novedades importantes, no hace falta reconducir la atención o emplear esfuerzo” (Kahneman, 2011, p.61).

En la mayoría de los casos, los supermercados y lugares donde se comercializan productos alimenticios son espacios que promueven la facilidad cognitiva; por esta razón, la información que es apropiada para garantizar una mejor comercialización del producto está ubicada en la parte frontal, pese a que esta, en di-

versas ocasiones, no es más que una ilusión de verdad. La facilidad cognitiva es un elemento fundamental para la industria, puesto que garantiza que ciertos alimentos sean consumidos sin cuestionamientos.

En un estado de facilidad cognitiva es probable que nos encontremos de buen humor, nos guste lo que vemos, creamos lo que oímos, confiemos en nuestras intuiciones y sintamos que la situación actual es cómoda y familiar. También es probable que nuestros pensamientos sean relativamente informales y superficiales. (Kahneman, 2011, p.62)

Sin embargo, cabe preguntarse: ¿qué tan provechoso es para quien consume estos alimentos la facilidad cognitiva? En el caso analizado en la figura 1, se demuestra el gran impacto que puede tener en la salud de las personas esta tendencia a tomar decisiones de manera rápida y fácil, puesto que pueden existir respuestas contrarias a las esperadas con respecto a requerimientos nutricionales específicos de productos que se consumieron buscando responder a estos. Pese a que no es un elemento que se pueda percibir de manera común, en este punto la industria se convierte en una pieza fundamental con respecto a los temas que competen a la salud de las personas, aunque pocas veces se habla del papel que esta puede tener en este aspecto.

La investigación empírica sobre cómo procesan la información y toman decisiones los individuos ha planteado un desafío a las ciencias económicas y sociales, ya que el axioma del individuo racional que maximiza sus utilidades resulta con excesiva frecuencia incapaz de expli-

car el comportamiento humano. Además, se observa que cuando esto ocurre la conducta presenta patrones bien definidos, “predeciblemente irracionales” en términos de Dan Ariely. Este comportamiento, que sistemáticamente diverge de la racionalidad, puede ser de gran interés para la Salud Pública. (Repullo, 2009, p.44)

No obstante, los programas en intervenciones en salud les otorgan toda la responsabilidad a las personas sobre sus elecciones diarias y formas de vida, perdiendo de vista que existen otros factores que influyen de manera directa en el proceso de decisión. Mientras que los programas y las intervenciones en salud les entregan a las personas manuales de lo que no deben hacer para no enfermar, el individuo se debate entre la publicidad de la industria, sus propios intereses, sus situaciones económicas, y finalmente, tal vez, las recomendaciones del médico, puesto que la decisión de qué hacer y que no sobre la propia vida es un asunto complejo que no se reduce a las causas.

Para reforzar y expandir la idea de lo individual sobre lo colectivo, la salud pública desarrolla estrategias de comunicación que le permitan influir en las decisiones de cada persona, asumiendo que así se podrán modificar las actuaciones de cada uno, teniendo consecuencias positivas en la salud. Con estas estrategias la salud pública asume que el individuo es un concepto a la deriva que no depende de nada más que de sus propias decisiones, pero nada está más alejado de la vida cotidiana, pues el individuo vive en un mundo de interacción en el que sus decisiones dependen de muchos otros aspectos que rodean su vida.

Pese a lo anterior, la importancia de lo individual dentro de lo colectivo no se puede olvidar. El vínculo entre ambos está

presente siempre, incluso en ocasiones es difícil percibir y diferenciar una cosa de la otra. Tal como lo plantea Mol (2008), el caso de la interacción médico-paciente permite entender este fino vínculo. Por ejemplo, en una consulta médica se podría entender que tanto el médico como el paciente están interactuando como individuos; sin embargo, existen diversas implicaciones colectivas en ambos que forman parte de su interacción, pues tanto médico como paciente dependen de otros actores para llevar a cabo sus acciones dentro del consultorio.

3.3 Toma y daca para alimentar

Como se mencionó antes, los procesos de decisión están mediados por múltiples factores que tienen una gran incidencia en la forma como se mueve el mundo y que dan vida a las dinámicas más cotidianas de la existencia humana. Por lo anterior, las industrias encargadas de producir alimentos no solo tienen la tarea de generar estrategias que permitan tener una mejor rentabilidad y respuesta de compra a los productos que comercializan, sino que también tienen un interés importante en estudiar las formas de respuesta y los procesos de decisión de los consumidores, pues de esto dependerá el crecimiento o la extinción de determinados productos.

Una vez comprendido el proceso de decisión y todos los factores que intervienen en este, es importante comenzar a entender cuál es la respuesta de la industria con respecto a las elecciones de los consumidores y cómo estas influyen en la creación de nuevos productos que respondan de determinadas formas de actuar. Por lo anterior, un elemento fundamental en todo proceso de decisión es que la persona que debe elegir entre diversas op-

ciones siempre tiene en cuenta las consecuencias que dicha elección pueda generar. Aunque las consecuencias de la decisión son muy importantes para la industria, puesto que de estas dependen sus movimientos, para el consumidor también son de gran relevancia, por lo que les otorgan una posición especial dentro de las decisiones que toman. La figura 2 muestra algunos tipos de decisión asociados con las consecuencias.

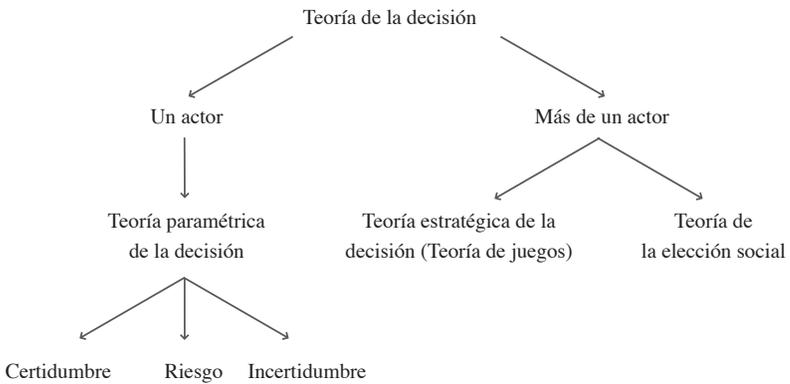


Figura 2. Teoría de la decisión.

Fuente: Agujar, 2004, p. 141.

Existen al menos dos tipos de decisión. La primera es la decisión paramétrica en la que solo interviene un actor, y por consiguiente solo traerá consecuencias para este. La segunda es la decisión estratégica, en la que interviene más de un actor, por lo que sus consecuencias podrán afectar a más de una persona (Agujar, 2004). El tipo de decisión a la que se enfrentan los consumidores de los alimentos producidos por la industria es a simple vista una decisión individual, puesto que, en términos de su propio cuer-

po, los alimentos que decida consumir solo podrán afectarlo a él; sin embargo, este tipo de decisión dependerá de la cantidad de información que reciba el consumidor a la hora de comprar un producto determinado:

A este cuadro habría que añadirle la cantidad de información con que cuenta el individuo para decidirse por una opción u otra de su conjunto factible. Si la información sobre los resultados de las distintas opciones es *completa* –conocemos con toda seguridad las consecuencias de nuestras decisiones– el individuo se hallará ante una situación de *certidumbre*; si, por el contrario, la información es *incompleta* –desconocemos qué consecuencias tendrán nuestras acciones– la situación será bien de *riesgo* o bien de *incertidumbre* (más adelante desentrañaré con detalle la diferencia entre ambas). (Agujar, 2004, p.142)

Esta diferenciación entre las consecuencias de la cantidad de información que se recibe en el proceso de decisión es fundamental para analizar el ejemplo que se mencionó antes, ilustrado en la figura 1. Así, la distribución de la información en los empaques de los alimentos suele ser bastante contradictoria, puesto que de la forma en la que se presenta al consumidor se genera una percepción de certidumbre que hace parecer que la información está completa. Este estado de certidumbre y excesiva credibilidad del consumidor a la industria impulsa una decisión de compra que no necesariamente responde a su necesidad real.

La incesante necesidad de la industria por generar un estado de certidumbre en el consumidor que lo lleve a decidir de determinada manera, permite entender la desventaja que quien con-

sume tiene frente a la industria, pues, aunque parece un agente autónomo para decidir, está siendo tremendamente influenciado y guiado hacia una decisión de compra planeada y ayudada por la publicidad, los colores, la ubicación dentro de las góndolas, etc.

En contraste, los contextos de incertidumbre le exigen otro tipo de razonamientos, puesto que no solo debe elegir entre las opciones que más le satisfacen y le generan seguridad, sino que también tendrá que decidir cómo decidir (Aguar, 2004). Las decisiones seleccionadas a partir de la incertidumbre tienen la característica de buscar reglas que le permitan adaptarse y encontrar las menores dificultades a la hora de elegir. En su libro *The Adaptive Decision Maker*, Payne, Bettman y Johnson nombran lo anterior como la teoría del decisor adaptativo. Una de las condiciones que se genera a partir de esta teoría es que el decisor adaptativo debe hacer elecciones a partir de secuencias de operaciones mentales y de precisión, es decir estrategias que les permitan tomar una “buena decisión”; para esto:

1. Los individuos deciden cómo decidir considerando tanto el esfuerzo cognitivo como la precisión de las distintas reglas de decisión.
2. En la selección de la regla de decisión pueden influir factores como la necesidad de justificar ante otros la decisión o de minimizar el conflicto que pueda darse en un problema de decisión.
3. La decisión de cómo decidir es consciente unas veces y otras, aprendida.
4. La selección de la regla de decisión es adaptativa e inteligente, si no óptima. (Agujar, 2004, p.154)

Como se puede evidenciar, las características de una decisión dadas en un contexto de incertidumbre difieren drásticamente de las

que se dan en medio de la certidumbre. Como se mencionó antes, la industria de los alimentos desarrolla estrategias para lograr bajar la incertidumbre y generar decisiones que no requieran de un gran esfuerzo cognitivo. Además, las decisiones en contexto de certidumbre no requieren ser justificadas ante los demás en búsqueda de aprobación, pues se asumen como verdades que no tienen mayor discusión en lo social. A partir de lo anterior, se genera una creencia desmedida de los consumidores hacia la industria, lo cual impide el cuestionamiento de los productos y la búsqueda de mayor información sobre estos.

Respecto a lo anterior, vale la pena hacer un comparativo entre los contextos de certidumbre de la industria y los contextos de certidumbre que se gestan en los programas y las intervenciones en salud, puesto que estos, lejos de dar opciones a las personas, más bien generan instrucciones sobre lo que no se puede hacer. En términos de alimentación, sobre todo cuando se habla de ciertas enfermedades que se asocian con el consumo de alimentos particulares, las personas, por la prohibición del sistema de salud, resultan siendo apartados de su vida social y de su entorno cultural. En gran medida, el fracaso de ciertas intervenciones en salud destinadas a cambiar los hábitos de las personas se debe a que, aunque generan certidumbre, no ofrecen opciones para la elección, sino que más bien las anulan.

Generar contextos de certidumbre sin opciones es como jugar al ajedrez sin fichas: anula por completo el juego, y la única opción es declinar. Si se analizara la relación médico-paciente como un juego, se podría evidenciar que no hay cabida para la estrategia. Un juego sin opciones ni caminos posibles es simplemente una cuestión de decisión única, o bien, de elementos dispersos al azar; sin embargo, ni la vida ni la salud son simplemente

azar. Estas dependen de decisiones tejidas en la complejidad de lo social, cultural, económico, emocional, etc. En conclusión, en la relación médico-paciente, el médico juega al ajedrez con el paciente, pero este último juega sin fichas. En este contexto, frente al médico, el paciente pierde la partida, aunque en su vida cotidiana, plagada de opciones para decidir, resulta ser un ganador.

Respecto a lo anterior, para el paciente, quien al mismo tiempo es un consumidor para la industria, existen dos discursos, dos formas de entender la vida: el cuerpo y la salud. El primero tejido en los hospitales y en el diálogo médico-paciente, espacios en los cuales se sugiere qué hacer y qué no. El segundo, generado por las industrias a través del uso de la información y la publicidad que propician momentos y experiencias conformadas por infinidad de opciones. En otras palabras, un discurso de certidumbre colmado de infinitas opciones, y otro discurso de certidumbre que las anula.

En consecuencia, el consumidor se enfrenta a una encrucijada sin precedentes, pues por un lado están las promociones en salud que incitan a una vida más saludable, alejada de las bebidas azucaradas, los alimentos procesados, el consumo de ciertos alimentos, la actividad física, etc., y por el otro lado está la publicidad realizada por las grandes industrias que promocionan las bebidas azucaradas, el consumo de procesados y que incitan a una vida más sedentaria. El individuo está en una encrucijada, en el mismo horario de televisión, en las mismas calles por las que transita todos los días, en los mismos escenarios con los que interactúa en su día a día, tiene un doble mensaje: el de ser sano, o el de no serlo.

Por otro lado, es importante mencionar que parte del papel de la industria es estar atenta a los comportamientos y respuestas

proporcionadas por el consumidor frente a los distintos estímulos que recibe en su día a día, por lo cual es importante mencionar el tipo de decisión estratégica, ya que esta tiene la función de generar respuestas a partir de las decisiones que toman diversos actores (Agujar, 2004). En este sentido, las decisiones no son exclusivas de los consumidores, también juegan un papel fundamental en el desarrollo de las estrategias de venta de la industria de los alimentos, aunque las decisiones de estas dependen, en gran medida, del comportamiento de los consumidores.

Este tipo de relacionamiento entre la industria y el consumidor se puede entender mejor a través de los conceptos de “toma y daca”, originados en la teoría de juegos; “toma y daca” se refiere a un tipo de reacción dentro de un juego en el que, aunque en principio los jugadores estaban prestos a cooperar, después de un determinado número de jugadas se limitan a hacer lo que haya hecho el otro jugador (Axelrod, 1996). Este tipo de estrategia se puede ilustrar con facilidad observando los alimentos que se venden en los supermercados, puesto que la industria está atenta a la respuesta de los consumidores sobre determinado producto para tomar decisiones sobre su permanencia o modificación. Si se piensa en la relación industria-consumidor, la venta o no de un producto es posiblemente la respuesta más eficiente del consumidor hacia la industria para generar estrategias de “toma y daca”.

Lo que sucede entre la relación de la industria y los consumidores se puede entender a la luz de este ejemplo: en 1989 en Estados Unidos se creó una sustancia química llamada Alar, la cual se usaba para rociar las manzanas con el fin de mejorar su aspecto y aumentar su crecimiento. Sin embargo, una importante ola de noticias en la prensa, en las cuales se ponía en tela de juicio la sustancia y se afirmaba que esta “ingerida en grandes do-

sis, producía tumores cancerosos en ratas y ratones” (Kahneman, 2011, p. 154), llevó a que los compradores de manzanas dejaran de hacerlo, debido al gran temor que esto les producía. Por lo anterior, “la industria frutícola sufrió grandes pérdidas, pues las manzanas y los productos derivados de ellas provocaban temor. Kuran y Sunstein citan a un ciudadano que llamó por teléfono para preguntar “si era más seguro tirar el zumo de manzana por el desagüe o llevarlo al vertedero como un residuo tóxico” (Kahneman, 2011, p.154).

Lo interesante de esta historia es que el fabricante de la sustancia retiró el producto sin pensarlo. No hubo estrategias para tratar de disipar las habladurías respecto a este. La estrategia “toma y daca” es clara en este caso, pues la industria respondió al comportamiento de los consumidores sin dudar, lo cual permite afirmar que estos son realmente activos y responsables en el proceso de creación de nuevos productos, pues sus elecciones determinan en gran medida las decisiones de la industria, aunque pareciera que no existe una conciencia de esto, pues la respuesta del consumidor es más bien de conformidad.

Ahora bien: es fundamental pensar las implicaciones que tienen los elementos antes mencionados en la vida y la salud de las personas, puesto que, en el caso de los productos alimenticios, las decisiones no solo son importantes en el momento de elegir, sino que también tendrán consecuencias en los procesos de decisión venideros y determinarán en gran medida los escenarios que se creen para estos.

Por otro lado, es importante no perder de vista el papel que otros actores tienen dentro de los procesos de decisión que competen al tema de la salud de las personas. Los programas y las intervenciones en salud tienen una gran responsabilidad, no solo

para generar prohibiciones y manuales sobre lo que deben hacer o no las personas dentro de la dinámica de la enfermedad, sino también como generadores de vida y creadores de caminos y posibilidades que den mayores garantías de elección y que faciliten los procesos de decisión de las personas.

Además, la vigilancia sobre la industria debe ser mayor, pues de esta también dependen los comportamientos de diversos consumidores. En este sentido, se debe garantizar seguridad en los productos que consumen las personas, que la información sea entregada de la manera más fiel posible, que los productos que se ofrecen correspondan a lo que prometen. Todos estos pilares son fundamentales no solo para la salud, sino también para la reconciliación de los seres humanos con los alimentos como fuente de vida.

3.4 Bibliografía

- Agujar, F. (2004). Teoría de la decisión e incertidumbre: modelos normativos y descriptivos. *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 8, 139-160.
- Axelrod, R. (1996). *La evolución de la cooperación*. Madrid: Alianza.
- Fernández, J. (2008). *La diversidad frente al espejo: Salud, interculturalidad y contexto migratorio*. Quito: Ediciones Abya-Yala.
- Kahneman, D. (2011). *Pensar rápido, pensar despacio*. Barcelona: Debate.
- Lévi-Strauss, C. (1971). *Mitológicas: De la miel a las cenizas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Lévi-Strauss, C. (1988). *Tristes trópicos*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Mol, A. (2008). *The Logic of Care. Health and the Problem of Patient Choice*. Inglaterra: Routledge.
- Parra, R. (2007). *Teoría de decisión: Un enfoque desde lo cuantitativo*. Bogotá: Contacto Gráfico.
- Repullo, J. (2009). Identificación y modulación del comportamiento sistemáticamente irracional en medicina y salud pública. *Rev Esp Salud Pública*, 83(1), 43-57.
- Reynoso, A. (2016). Comer para sanar: alimentación y medicina en Nueva Galicia, siglo vxiii. *Relaciones*, 146, 47-81.

4

Wilson Andrés Parra Chico

***Rebeca*, de Oliver
Sacks: lecciones
de complejidad
extraídas de
un relato**

4.1 Introducción

En agosto de 2012 inicié la lectura de *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*, de Oliver Sacks, convencido de que, como cita William Osler, “hablar de enfermedades es una especie de entretenimiento” (Bryan, 2006). Leer la enfermedad –personaje tan presente, pero a la vez incómodo para el médico– en la forma en que la relataba un neurólogo y literato como Oliver Sacks es tener una nueva relación con el sufrimiento. La mirada nosológica se cambia por una mirada a personas, a personajes en forma de seres afectados, donde el interés por sus signos o síntomas se vuelven secundarios y el interés principal se centra en la incertidumbre por saber qué pasa con su suerte, cómo transcurre su enfermedad. Así resulta entretenida la lectura ya que, contrario a lo que ocurre en un consultorio, la respuesta está al pasar la página.

La primera sensación al leerlo fue de asombro ante la sensibilidad y astucia del autor a la hora de ajustar su ojo clínico con su pulso literario. Hasta ese momento para mí la relación entre un buen clínico y un buen escritor era nula, incluso era inversamente proporcional. Después de devorar más de la mitad del texto tenía fascinación por una variedad de historias acerca de curiosas limitaciones, demencias y ausencias que, de buena forma, Sacks clasificaba en pérdidas, excesos y arrebatos; sin embargo, una historia llamaba mi atención más que las demás. Por aquella es que ahora definitivamente comprendo que muchas veces las revelaciones vienen en forma de relatos: la historia de Rebeca. Dicha revelación me permitió un trabajo de tesis de Maestría y el uso recurrente en apuntes de clases y cursos relacionados con la propedéutica médica. Ahora, pasados casi diez años de una primera lectura e inmerso en los temas de la complejidad, me

permiso hacer un análisis arbitrario de dicho texto con el fin de extraer lecciones acerca de la complejidad, pertinentes para la comprensión de las dinámicas de salud y enfermedad, la relación médico-paciente y la educación médica en general.

Rebeca

Rebeca es uno de los veintidós textos que componen el libro *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*, publicado en 1985, y también forma parte de las historias que el autor cataloga como “el mundo de los simples”. En el texto, Sacks realiza un ejercicio narrativo de exposición de un caso clínico en el que en realidad se propone alzar la voz, llamar la atención con respecto al contraste entre dos visiones de lo médico: la visión científica, apegado a lo paradigmático, enfrentado a la visión humana e integradora que facilita la comprensión del paciente y por ende la resolución de problemas.

El personaje, Rebeca, tiene diecinueve, pero es descrita por su abuela como una niña de ocho. En la consulta es vista como una multitud de apraxias, agnosias, deficiencias sensoriales motoras y cognitivas. Fuera de la consulta, en un parque Sacks se encuentra con una paciente integrada que basa su mejoría en la saciedad del hambre de cuentos y relatos estando en contacto con la naturaleza, los libros, la iglesia y la música.

El texto reflexiona acerca de la visión esquemática que tiene los clínicos, capaz de ver pautas que tienden a resaltar los déficits, enmarcada en un plano desesperanzador y trágico, que es lo que él llama “defectología”; en contraparte, la “narrativa”,

capaz de integrar otros mundos igual de coherentes, brindando promesas y posibilidades.

Rebeca mejora con el tiempo y con ayuda de las intervenciones tales como integrar grupos de teatro y abandonar las terapias. Lamentablemente pierde de forma trágica a su abuela pero aun así sale adelante, dejando ver una dignidad y altura moral persistente en la paciente que es expresada a través de bellas metáforas: “hay un invierno dentro de mí, pero la primavera ya viene” (Sacks, 1987) . El plano ético aparece brindando a la narrativa no solamente un papel integrador, sino también espiritual. Qué es entonces la narratología para Sacks: la capacidad simbólica que aporta un sentido del mundo; la ciencia olvidada y necesaria de lo concreto.

Utilizo acá, entonces, la narrativa como mediadora con el fin de manera práctica, para comprender cómo la complejidad puede permear la práctica médica, la educación y la concepción de salud y enfermedad.

4.2 Lecciones de complejidad en torno a las dinámicas salud y enfermedad

La educación en salud atañe a la definición de los conceptos dinámicos de salud y enfermedad, por ende, resulta paradójico hablar de vida, capacidades y posibilidades de desarrollo alrededor de la actual percepción de la medicina, la cual está centrada en la resolución de problemas ligados a la enfermedad de forma técnica e instrumentalizada. Pero la vida es compleja, y lamentablemente el reflejo de dicha afirmación es inexistente en la ciencia de occidente. En las instituciones de formación en salud ocurre igual,

ya que históricamente han estado anclados en una concepción biomecánica del cuerpo, derivada de los conceptos cartesianos y newtonianos. Una de las principales lecciones de altísima aplicabilidad y pertinencia presente en la complejidad y rastreada en el texto de Rebeca es:

Más importante que el defecto es la narración

Desde la propia concepción de la historia clínica, en la que hay un espacio limitadísimo para la narración del paciente (el motivo de consulta), se deja entrever que lo que el médico busca –como buen detective de la enfermedad– son signos y síntomas traducidos en defectos que le permitan lograr un diagnóstico. En este caso podemos contrastar una mirada primaria, altamente sesgada en lo exclusivamente corpóreo y funcional, con una visión fundada en el discurso y la competencia de la paciente. Rebeca “tenía confusión derecha-izquierda, se ponía a veces mal la ropa: al revés, lo de atrás para adelante. Era torpe, tosca y desmañada” (Sacks, 1987). Una de las consecuencias directas del enfoque sobre el defecto será la conceptualización *a priori* de patrones de normalidad-anormalidad. Es de resaltar entonces que más que enfermos, hay personas que padecen, pero que detrás de dichos padecimientos se conservan competencias adaptativas que le permiten al paciente sobrellevar la enfermedad. En el caso de Rebeca, a ella “le gustaban mucho los cuentos y relatos, aunque no había aprendido a leer, y suplicaba a su abuela o a otros que leyesen. Tenía una auténtica hambre de cuentos y relatos” (Sacks, 1987). Justamente de dicha apertura a una noción no defectológica en las dinámicas salud-enfermedad podemos extraer otra lección.

La enfermedad no termina en la discapacidad: permite la emergencia de otras capacidades

La salud, vista desde la mirada paradigmática y reduccionista, es ausencia de enfermedad, así se intenten definiciones más elaboradas que exploren ámbitos de bienestar o calidad de vida. Como consecuencia, hay una tendencia normativizante en el acto médico que lo ponen en la facultad de señalar discapacidades, teniendo como punto de partida lo que se considera “funcional” y deja de lado otras posibles capacidades que los sujetos puedan tener. En este caso, Rebeca se describe como “torpe y mal coordinada en todos su movimientos, un informe decía que era una subnormal motriz” (Sacks, 1987), y con respecto a las habilidades cognitivas, era deficiente en lenguaje, memoria y concentración; sin embargo, es propio de los seres vivos la plasticidad y emergencia en aras de la adaptación en condiciones adversas, por lo tanto detrás de la “discapacidad” hay una variedad de manifestaciones, muchas veces ignoradas, que hacen funcionales –en el mejor sentido de la palabra– a las personas. Rebeca, “aunque inepta conceptualmente era, de modo sorprendente y conmovedor, una especie de poeta natural, primitiva. Utilizaba metáforas, comparaciones, símiles, como súbitas exclamaciones o alusiones poéticas” (Sacks, 1987). Es habilidad del médico la indagación y movilización hacia las otras capacidades de los individuos con el fin de potenciar la salud y no reforzar la discapacidad.

Detrás de una enfermedad superficial hay una vida profunda

El abordaje semiotécnico de la medicina clínica, en la mayoría de los casos deja de lado la riqueza y profundidad humanas detrás del sufrimiento, siendo este tan o más importante que un diagnóstico nosológico, ya que determina un potencial pronóstico, apego al tratamiento e identidad frente a la enfermedad. La indagación sobre el contexto de la persona se ha limitado a la identificación de tipo demográfica, el pasado es abordado como antecedentes de tipo clínico y el futuro se convierte en expectativas de vida. En el caso de Rebeca,

era pues una -Retrasada mental-, una “boba”, una “estúpida”, o eso había parecido, y eso la habían llamado a lo largo de su vida, pero era una “retrasada” con una capacidad poética inesperada y extrañamente conmovedora. Superficialmente era una masa de deficiencias e incapacidades, con las angustias que ello implicaba; pero a nivel profundo no había ningún sentimiento de deficiencia o incapacidad, sino una sensación de calma o plenitud, de estar plenamente viva, de ser un alma profunda y elevada, e igual a todas las demás. (Sacks, 1987)

El abordaje profundo, tanto en el interrogatorio como en el acompañamiento sobre lo que la persona entiende sobre vida, salud y enfermedad será importante, ya que de esa forma se tiene acceso a concepciones relacionadas con la identidad y la cosmovisión que, de lo contrario, quedan inexploradas en el acto médico.

4.3 Lecciones de complejidad en torno a la relación médico-paciente

Tradicionalmente, la práctica médica se ha caracterizado por la relación directa entre médico y paciente. Hoy en día, esta relación está comprometida, y esto se debe sobre todo a la mediación tecnocientífica que ha generado profundos cambios en los sistemas de asistencia sanitaria. Se pueden citar algunas de las causas más significativas: relaciones médico-paciente centradas en costos y distribución de recursos, afectadas por los sistemas de información; la movilidad geográfica, la subespecialización que ha generado la desaparición de la figura de médico tratante, la desconfianza y el predominio de la medicina defensiva, entre muchos otros. Considero que atender a conceptos y prácticas enfocadas en la comprensión de la complejidad del acto médico, como una relación intersubjetiva, permiten continuar ejerciendo la medicina fundamentalmente como una acción relacional. En los siguientes apartados se señalan las lecciones.

La enfermedad es institucional, la salud es desinstitucionalizada

Dentro de la variedad de *excentricidades* clínicas documentadas en la biografía de Oliver Sacks hay una que llama la atención: su constante necesidad de explorar a sus pacientes en un ambiente natural, fuera de la rigidez hospitalaria y el frío del consultorio. Cuenta que encontraba más provechoso un paseo con sus pacientes o estudiantes por el Jardín Botánico de Nueva York, que en los pasillos del Hospital Beth Abraham, donde trabajó durante muchos años y recogió la mayoría de sus historias narradas (Sacks, 2015).

(Era afortunado, ya que el Central Park queda a escasa cuerdas). Justamente, el texto abre con el ámbito clínico, aquel que tiene origen etimológico de *klinê* “cama” donde fue remitida Rebeca. Páginas y días después, la mirada institucionalizada del médico se confronta y se complementa con la mirada desinstitucionalizada.

La siguiente vez que la vi, era todo muy distinto. No la tenía en una situación de prueba, no estaba “evaluándola” en una clínica. Yo paseaba por fuera (era un maravilloso día de primavera), me quedaban unos minutos para iniciar el trabajo en la clínica, y vi a Rebeca allí sentada en un banco, contemplando tranquilamente el follaje abribeño, con evidente satisfacción. No había en su postura nada de la torpeza que tanto me había impresionado la vez anterior. (Sacks, 1987)

La relación médico-paciente requiere de un contexto amplio, uno que esté más allá del blanco de los hospitales, el limitante del consultorio y la historia clínica. Si se quiere tener una noción compleja de los pacientes, hay que desinstitucionalizar el acto médico.

Los actos enfocados en la salud favorecen el cuidado sobre el diagnóstico

Ya sea por una presión intervencionista o por la formación médica que atiende al acierto y la competencia, pareciera muchas veces que la relación médico-paciente está más centrada en el diagnóstico y la “resolución” de problemas, que en el cuidado del sufriente. Siempre me ha llamado la atención que Sacks no revela cuál era la condición de Rebeca, sino que se limita solo a la descripción:

tenía fisura palatina parcial; dedos cortos y gruesos, miopía degenerativa muy grave que la obligaba a llevar gafas muy gruesas, estigmas todos ellos de la misma condición congénita que había sido causa de sus deficiencias mentales y cerebrales. (Sacks, 1987)

El énfasis, no solamente del relato sino también del acto médico, lo centra en el cuidado y la atención de las necesidades del paciente y su familia, incluso sin certeza diagnóstica. Esto lleva a recordar una de las premisas más aplicadas de la complejidad a la salud: el todo es más que la suma de las partes (Lifshitz y De Pomposo, 2017). En este caso podríamos decir que el cuidado, como un todo, es más importante que la suma de defectos o diagnósticos.

En el acto médico tiene más valor la experiencia que el algoritmo

El advenimiento de la medicina basada en la evidencia y las guías de práctica clínica han tenido como consecuencia la toma de decisiones de forma algorítmica, fría y con una pretensión de objetividad que dista mucho de la medicina arcaica, que basaba parte de sus conductas en la intuición, la experiencia previa y el contexto del paciente. En este caso Rebeca “se vio obligada a participar en una serie de talleres y clases, como parte de nuestra Campaña Formativa y Cognitiva. La Campaña fue completamente ineficaz en el caso de Rebeca, igual que en la mayoría de los demás casos” (Sacks, 1987), lo cual lleva al propio Sacks a confrontarse en la forma distante y poco empática de prescribir tratamientos y fármacos basados en lineamientos estadísticos

y probabilísticos: “mientras la contemplaba pensé que nuestras ‘valoraciones’, nuestros enfoques son ridículamente impropios. No nos muestran más que déficits, no nos muestran potencialidades” (Sacks, 1987). Un enfoque complejo del acto médico tiene como punto de partida la multifactorialidad y singularidad en los tratamientos, razón por la que la aplicación de algoritmos para prescripción de tratamientos es de entrada lineal, propio del pensamiento causal aprendido y no dan razón verdadera de la solución de los problemas que requieren los pacientes.

4.4 Lecciones de complejidad en torno a la educación médica

Fieles a la reforma flexneriana, las facultades de medicina ofrecen cursos de ciencias básicas en los cuales desarrollan contenidos alrededor de la estructura, el mecanismo y la función, con el fin de comprender la enfermedad. Posteriormente, en la formación clínica, el contexto hospitalario institucionalizado y la presión por la terapéutica hace que las intenciones de formación en salud (humanidades, bioética, salud comunitaria, entre otras) se diluya entre turnos, procedimientos y fármacos. Las ciencias de la complejidad emergen como un campo de estudio relativamente nuevo cuyos léxico, método y perspectivas se incluyen tímidamente en los currículos médicos en forma de cursos, seminarios o grupos de investigación. La comprensión de sus bondades acerca de la educación médica no solo pasa por los tecnicismos, sino también, como en este caso, por las lecciones sencillas que se pueden extraer de educadores no paradigmáticos como Oliver Sacks.

La educación en enfermedad se centra en el individuo, la educación en salud se preocupa por el colectivo

En las interacciones y relaciones de los individuos reside en gran medida tanto éxito o fracaso frente a la terapéutica y adaptación en las dinámicas salud-enfermedad. Solo hasta hace muy poco se ha empezado a involucrar a los cuidadores, personal paramédico y redes de apoyo social del enfermo en las conductas médicas. En el caso de Rebeca es determinante el apoyo social: “la ayudaron muchísimo el apoyo y la comprensión de una tía abuela. También la ayudaron mucho la sinagoga y la comunidad religiosa” (Sacks, 1987). Resulta necesario que también sea labor del médico la generación de redes que le permitan al individuo desarrollarse y ser parte de la sociedad. Muchas veces el desconocimiento del contexto hace que se pierdan oportunidades o se refuercen estigmatizaciones sobre las personas que no son aceptadas en comunidades por tener patologías o defectos funcionales de base.

La mirada del ser humano debe ser holística: cuerpo, alma y espíritu

Basta una mirada al currículo médico para hacer evidente que la educación sobre lo humano es eminentemente corporal en los primeros años: anatomía, fisiología, embriología; y después instrumental: cirugía, ginecoobstetricia, ortopedia, etc. Pero los ámbitos anímicos de las personas son abordados como temas sueltos en la formación humanística y la psiquiatría, y aprendidos como *rol model* en las experiencias clínicas. El ámbito espiritual de los pa-

cientes no existe ni en la formación, ni en el hospital o la historia clínica. El médico es formado como un “enfermólogo” del cuerpo que aprende a lidiar con el alma basado en sus experiencias clínicas, pero que desconoce, en la mayoría de los casos, la esfera metafísica de las personas que atiende. Oliver Sacks enaltece el acto médico y logra resultados satisfactorios en sus pacientes porque tiene sensibilidad espiritual e indaga sobre aquella esfera en ellos, y no lo hace solo con el ánimo de obtener un dato, sino entendiendo que se trata de un ámbito directamente relacionado con la salud, por lo que estaría sujeto a intervenciones. En el texto relata:

La abuela era bastante devota, aunque sin exageraciones o estridencias, lo mismo le sucedía a Rebeca: le encantaban las luces de las velas del sábado, las bendiciones y las plegarias que componían la liturgia judía; le encantaba la sinagoga, los cantos, las oraciones, los ritos y símbolos de que se compone el servicio ortodoxo. (Sacks, 1987)

Este sustrato religioso es utilizado con el fin de integrar a la paciente y dotarla de fortaleza en la adversidad. Realizar actos médicos sin la indagación por la espiritualidad de los pacientes resulta desarticulada y desconocedora de la complejidad de los seres humanos.

La complejidad facilita el balance entre lo técnico y lo artístico

La definición pretérita del quehacer médico, aquella que apelaba al arte y la técnica, está igualmente desbalanceada. El conoci-

miento erudito ha rebasado la imaginación de la medicina como arte, lo humanístico ha pasado a un plano anexo, casi ornamental frente al preponderante e indispensable sustrato científico. De aquel médico, en parte místico y en parte alquimista, reflejo de las creencias adquiridas, queda casi nada, razón por la cual pareciera estar totalmente degradado el carácter humanista de la medicina. Ese no es un problema didáctico o pedagógico, es un problema que se refleja en el acto médico, en el cual prima lo técnico y hay poco espacio para lo sensible y creativo. Oliver Sacks era un buen técnico e hizo lo que se pensaría correcto con Rebeca: “se había desempeñado mal en la prueba, que, en cierto modo, estaba destinada, como todas las pruebas neurológicas, no solo a revelar déficits” (Sacks, 1987). El valor de su conducta radica en identificar necesidades que van más allá de lo técnico y que, por lo tanto, requieren la mediación de otro tipo de saberes que tengan como fin ayudar a su paciente. “Rebeca necesitaba que le re-presentaran el mundo en imágenes verbales, en lenguaje, y parecía tener poca dificultad para seguir las metáforas y símbolos, incluso de poemas muy profundos, en agudo contraste con su incapacidad para las instrucciones y proposiciones más simples” (Sacks, 1987), y es ahí donde se hace evidente la necesidad de dotar a los médicos con formación de habilidades y conocimientos en ciencias humanas y las artes que le permitan dialogar con sus pacientes. En el caso de Rebeca, siendo ella una persona que cognitivamente parecía afectada, interpeló a su médico diciendo: “no quiero más clases, no quiero más talleres, no me sirven de nada, no hacen nada por integrarme, lo que me gusta de veras es el teatro” (Sacks, 1987). El nivel de relación médica gestada entre Rebeca y Sacks permitió no solo satisfacer necesidades específicas e integrar a la paciente, sino que permitió hacer un solapamiento necesario entre lo humano, que está por encima de lo técnico. En palabras

de Sacks (1987): “Rebeca confrontó mi visión humana, frente a mi visión neurológica”. Es necesario hacer un balance entre una concepción positivista de la medicina y aquella romántica basada en la filosofía naturalista, igualmente en los pensamientos derivados del cientifismo en el que convertimos a los médicos en seres reduccionistas y dogmáticos frente a las posibilidades que la complejidad que ofrece un panorama amplio y lleno de posibilidades.

En conclusión, podríamos cotejar términos y actitudes emparentados con el pensamiento clásico y paradigmático frente a una visión compleja como la encontrada en el relato, que se enlistan en la tabla 1.

Tabla 1. Comparación de términos clásicos y términos complejos

Dinámicas salud y enfermedad	Paradigmática	Compleja
	Defectología	Narratológica
	Discapacidad	Otras capacidades
	Superficial	Profunda
Relación médico-paciente	Interesada en el diagnóstico	Interesada en el cuidado
	Institucional	Desinstitucionalizada
	Objetiva	Subjetiva
	Fría	Cálida
	Algorítmica	Experiencial
Educación médica	Individualista	Colectiva
	Instrumental	Espiritual
	Técnica	Artística
	Esquemática	Metafórica
	Cientifista	Humanista
	Positivista	Romántica
	Dogmática	Relativista

Fuente: elaboración propia, 2020.

4.5 El papel de la narrativa en la educación en complejidad

Sacks se pregunta acerca de los mecanismos por los cuales Rebeca –una niña lisiada– mejoraba cuando estaba expuesta a simples historias:

¿Cuál es el principio integrador? ¿Evidentemente es algo distinto a lo esquemático? Pensé de pronto, su amor a los cuentos y relatos, a la coherencia y la composición narrativa. ¿Es posible, me pregunte, que es este ser que tengo ante mí (que es al mismo tiempo una muchacha encantadora y deficiente, una lisiada cognitiva) pueda utilizar una forma narrativa para componer e integrar un mundo coherente, en lugar de una forma esquemática, que es en ella tan defectuosa que sencillamente no funciona? (Sacks, 1987)

Considero, al igual que Sacks, que un componente integrador de las dinámicas salud-enfermedad en el contexto de la educación y práctica médica puede ser la narrativa, entendida, en primera medida, como la ciencia de lo obvio (Bruner, 2003). Y digo en primera medida ya que evitaré entrar en el campo de las definiciones con el fin de proseguir un intento en el cual me valí de la narrativa para ahora acentuar aún más el papel de la narrativa en la educación en complejidad.

El elemento narrativo, como préstamo desde el giro narrativo de la ética propuesto por Richard Rorty, plantea desde diferentes orillas el uso de la palabra escrita y relatada, como un testimonio veraz e irreplicable, no solo mediador entre lo técni-

co y lo artístico sino también generador de inspiración o “ascenso” moral en los actos (Sierra, 2013). Me centro en dicho autor ya que bien sea por su formación en literatura o su interés en la educación, cuando Rorty desacraliza el lenguaje de la filosofía y lo empieza a considerar como un lenguaje más, incluso homologándolo con la literatura, permite identificar posibilidades de filiación entre las ciencias médicas y las ciencias humanas. Impulsado no solo por el giro narrativo de la ética, sino también por concepciones hermenéuticas y fenomenológicas aplicadas es como surge la medicina narrativa (Charon, 2004).

Entender el complejo mundo de la salud a través de las narraciones, ya sean fruto de la experiencia de los médicos y de los pacientes o de herramientas artísticas como textos literarios, piezas musicales u obras pictóricas, facilita la comprensión de la complejidad en vista que según Rorty “la física y metafísica que han sido importantes y revolucionarias han sido siempre ‘literarias’ en el sentido de que han abordado el problema de introducir una nueva jerga y han dejado de lado los ‘juegos de lenguaje’ vigentes”, y es justamente el lenguaje una de las dificultades que he identificado en la didáctica de la complejidad en los niveles de formación básicas en las facultades de medicina.

La formación médica, y mucho más en los primeros niveles se basa en una razón instrumental dada por textos eminentemente científicistas para dotar al estudiante de una noción de tiempo-espacio médico, en la cual el espacio es el cuerpo y el tiempo es la enfermedad. Si contraste esta razón instrumental con la visión de Rebeca sería un bosquejo, un esbozo físico que me permite identificar escuetamente una noción humana, pero si un montón de defectos.

Sacks al igual que Rorty, es un sensible literario y trata de comparar a Rebeca con una imagen de la literatura universal “sentada allí, con un vestido claro, la expresión tranquila, una leve sonrisa, me hizo recordar de pronto a una joven heroína de Chejov vista contra el telón de fondo de un bosquecillo de cerezos chejoviano” (Sacks, 1987). Cuando leí ese párrafo me remití a retratos impresionistas de niñas rodeadas de campos florecidos y me encontré con Mada Primavesi. Esbozo compositivo, retrato y fotografía de Gustav Klimt que data de 1912.

La razón instrumental sería entonces como un esbozo compositivo, a blanco y negro, con el trazo fino que da la técnica, pero incompleto, brusco y tosco.



Figura 1. Mada Primavesi. Esbozo compositivo.

Fuente: Gustav Klimt, 1912.

Seguido a la razón instrumental viene la razón literaria, aquella estética, sensible, compasiva. La que permite tener un espacio para la interacción, para la identificación de la trama detrás de los componentes cénicos de los pacientes. Hago el símil de la razón literaria con el retrato, ahora a color, pero en dos dimensiones, fijo, estático en tiempo y espacio, pero ahora dotado de una mirada y capaz de generar un afecto. Sacks lo logró con Rebeca en múltiples apartes del texto:

Quizás fue una suerte que tuviese la oportunidad de ver a Rebeca en sus dos aspectos tan diferentes, y que fuese ella uno de los primeros pacientes que vi en nuestra clínica. Porque lo que vi en ella, lo que ella me mostró, lo veo ahora en todos ellos. (Sacks, 1987)

Y lo relata con suerte ya que muchas veces no se logra identificar que estamos trabajando con esbozos de personas y el ascenso al retrato de una persona es difícil y no siempre se logra:

Rebeca mostraba claramente, con ejemplos concretos, con su propio yo, las dos formas de pensamiento y de inteligencia totalmente distinta, totalmente diferenciadas, la “paradigmática” y la “narrativa”. Y aunque igualmente natural e innata para el entendimiento humano en expansión, la narrativa viene primero, tiene prioridad espiritual (Sacks, 1987).

Finalmente viene la imaginación moral, aquella que apela al lector de este texto con la pregunta: ¿Y usted qué haría con Rebeca?, ya que apelar a la narrativa en la educación en complejidad tiene la intención de generar transformación y cambios que permitan ascensos morales en la práctica médica. Hablar de nuevas concepciones en la percepción de salud debe tener como



Figura 2. Mada Primavesi. Retrato.

Fuente: Gustav Klimt, 1912.

impacto finalmente la vida del paciente. La imaginación moral es aquella que se da la posibilidad de conmoverse, indignarse, perturbarse y movilizarse bajo los predicamentos e historia de los otros. Siguiendo con el ejercicio compositivo de Klimt, superamos el retrato y ahora tenemos una imagen “real”, cercana que nos permite identificar que es como nosotros, una fotografía que podría involucrarnos y nos da noción de vida. Finalmente dejamos de ver defectos o retratos y caricaturas de lo humano y pasamos a imaginar que el que tenemos al frente finalmente es un retrato de nosotros.



Figura 3. Mada Primavesi. Fotografía.

Fuente: Gustav Klimt, 1912.

4.6 Conclusión

El texto de Rebeca permite adentrarse en una relación médico-paciente en la que los dos cuentan, los dos narran, los dos se nutren y hay un tercero que toma partida y en este caso entiende y resalta valores de la complejidad a rescatar en dicha relación. El resultado es un texto esperanzador y bien escrito, que a la luz de mis intereses en la complejidad podría ser usado, como una vía alternativa, para acercarse a los pacientes, como una nueva forma de narrar las experiencias clínicas, pero más que nada un

vehículo para la educación moral, teniendo como base la complejidad para hacerlo posible. Considero las herramientas narrativas como la desarrollada en este texto una metodología, un vehículo y un complemento para la educación en humanidades médicas y permite pasar de una razón instrumental, a una literaria a una que finalmente moviliza los sujetos un imaginario moral. La complejidad es una invitación entonces a un ascenso moral en la práctica y educación médica.

4.7 Bibliografía

- Ahn, A. C., Tewari, M., Poon, C. S. y Phillips, R. S. (2006). The limits of reductionism in medicine: Could systems biology offer an alternative? *PLoS Medicine*. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030208>
- Bryan, C. S. (2006). Aequanimitas redux: William Osler on detached concern versus humanistic empathy. *Perspectives in Biology and Medicine*. <https://doi.org/10.1353/pbm.2006.0038>
- Bruner, J. (2003). *La fábrica de historia*. Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- Charon, R. (2004). Narrative and Medicine. *New England Journal of Medicine*. <https://doi.org/10.1056/NEJMp038249>
- Lifshitz, A. y De Pomposo, A. S. F. (2017). Las ciencias de la complejidad y la educación médica. *Investigación en Educación Médica*, 6(24), 267-271. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.06.001>
- Mennin, S. (2010). Self-organisation, integration and curriculum in the complex world of medical education. *Medical Education*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2009.03548.x>
- Sacks, O. (1987). *El hombre que confundió a su mujer con un sombrero*. Barcelona: Anagrama. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)73422-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)73422-X)
- Sacks, O. (2015). *En movimiento: Una vida*. Barcelona: Anagrama.
- Sierra, J. (2013). Del giro lingüístico al giro narrativo: Rorty, la contingencia del lenguaje y la filosofía como narrativa. *Revista Gráfica*. Cuaderno de Trabajo de los profesores de la Facultad de Ciencias Humanas. Universidad Autónoma de Colombia. <https://doi.org/10.26564/16926250.354>

- Snyder, S. (2013). The Simple, the Complicated, and the Complex: Educational Reform Through the Lens of Complexity Theory. *OECD Education Working Papers*. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1787/5k3txnpt1lnr-en>
- Sturmberg, J. P. y Martin, C. M. (2013). Handbook of Systems and Complexity in Health. *Handbook of Systems and Complexity in Health*. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4998-0>

5

Lucero Galeano Zabala
Anny Bonilla Dueñas
Álvaro Amaya Navas

**Fundamentos de
la gestión de la
calidad aplicados
a la salud pública:
una experiencia
integradora**

5.1 Introducción

El presente capítulo constituye una invitación a reflexionar sobre el abordaje, la aproximación y la integración de los “fundamentos de la gestión de la calidad con la salud pública”. La experiencia integradora está dirigida a los decisores en salud pública, a través de pautas para identificar, analizar y comprender el rol de cada una de las organizaciones que intervienen en la planeación, ejecución y evaluación de las acciones en salud, dirigidas a los individuos y a las poblaciones, con la premisa de generar los vínculos y relaciones multidireccionales que conforman los *modelos de gestión en salud*.

Es así como, en el marco de todos los modelos gerenciales, la toma de decisiones en red, pertinente y adaptada a las dinámicas propias de los eventos en salud, busca resolver las necesidades reales de las poblaciones, desde una perspectiva estratégica que le permita construir y potencializar la gestión de cada una de las organizaciones integrantes del sistema de salud. Con este propósito, se han adoptado y aplicado exitosamente modelos propios o relacionados con la gestión de la calidad, como *benchmarking*, reingeniería de procesos, mejoramiento continuo, *just in time*, *kai-zen*, gerencia del servicio y gestión de conocimiento, entre otros.

La adopción y adaptación de uno o varios modelos de gestión le permite al decisor en salud pública llegar en forma práctica a tres consideraciones relativas a la aproximación y a la integración de la gestión de la calidad con la salud pública. La primera es que no existe un modelo altamente ventajoso o desventajoso para gestionar la salud desde las perspectivas individual y colectiva; la segunda, es que el propósito común de toda la gestión es contribuir a mejorar el desempeño de las organizaciones (en esta

aplicación se incorpora la mejora de la calidad de la atención en salud), y la tercera consideración es que la construcción de un sistema de gestión de la calidad se compone de diversos elementos, provenientes de uno o varios de los modelos, de tal forma que aporte al fortalecimiento de los procesos, a partir de un principio básico de gestión de la calidad: el ciclo de PHVA o de gestión de la mejora.

El capítulo se estructura en dos partes: la primera corresponde al planteamiento de los denominados por los autores como “momentos metodológicos”, para la armonización de la gestión de la calidad a la salud pública. En la segunda parte se propone la ruta para la aplicabilidad de las herramientas de gestión a las ciencias contemporáneas para tomar decisiones en red. Finalizamos con la puesta en común de algunas conclusiones y lecciones aprendidas desde las ciencias contemporáneas y su interacción con la gestión de la calidad y la salud pública.

5.2 Momentos metodológicos para la armonización de la gestión de la calidad a la salud pública

Para los autores la armonización se estima desde tres perspectivas: temática, conceptual y práctica, para potencializar el desempeño del estudiante de la Maestría en Salud Pública, desde la integridad y complementariedad de programas académicos administrativos en salud, se realiza con el propósito de contribuir al fortalecimiento de la vivencia de aprendizaje significativo y de la capacidad de aplicación de contenidos tradicionalmente teóricos, en campos de acción y escenarios diversos para el sector salud.

El contenido desarrollado en este segmento surge de la experiencia docente, a partir de la integración conceptual de dos campos de acción, pocas veces considerados complementarios e interactuantes, para lo cual un recorrido por los “momentos metodológicos”, describe la vivencia académica de fundamentos de gestión de la calidad aplicados a la salud pública.

Primer momento metodológico: encontrar el verdadero significado de la “gestión de la calidad”

Uno de los grandes retos desde la academia es lograr la integración de las disciplinas en forma práctica para experimentar su desempeño cotidiano y aportar activamente al mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, desde los escenarios internacional, nacional, regional, local y otros. La finalidad de esta integración es potencializar el campo de aplicación de la disciplina base, en este caso la salud pública, a partir de la aplicación de principios básicos, estrategias y herramientas de gestión que generen en el decisor la inquietud y orientación para la búsqueda permanente de opciones más efectivas.

La mayoría de los planeadores y ejecutores de las acciones en salud pública han tenido contacto teórico, práctico o experiencial con el campo de conocimiento propio de la gestión aplicada a los servicios de salud, desde las perspectivas de diversos actores del sistema general de seguridad social en salud: prestador, asegurador o dirección territorial, entre otros. Estas experiencias, con un alto aporte a la formación y al conocimiento, pueden y deben potencializarse con la claridad conceptual y algunas reflexiones teórico-prácticas basadas en experiencias y vivencias organiza-

cionales que faciliten el aprendizaje significativo y potencialicen la iniciativa permanente de los actores ya mencionados, para identificar y analizar situaciones del día a día, a la luz y desde la amplitud que le permite la “óptica de la gestión estratégica”.

Es así como, desde las diferentes orientaciones temáticas aplicables y requeridas en salud pública se puede establecer una armonización, regida por la homologación y capacidad de adopción de fundamentos administrativos que enriquecen la amplia visión del decisor en salud pública, con la intención de abordar eventos en salud pública y resolver situaciones de alto impacto en el estado de salud de las poblaciones.

El término “gestión” denota entonces una clara orientación a obtener resultados valorados y percibidos desde la aplicabilidad de sus beneficios. En este caso, en la potencialidad de afectar (positiva o negativamente) el estado de salud de las poblaciones o en la modificación de hábitos que conforman el estilo de vida de los individuos, que conforman las familias, comunidades y poblaciones, y por lo tanto poseen propiedades para transformar situaciones específicas.

Entonces, la combinación estratégica “gestión de la calidad” en el sector salud implica el reconocimiento de los “aspectos clave de éxito” para alcanzar la percepción, vivencia, y hacer tangible la transformación positiva de las diferentes situaciones que afectan el estado de salud de las poblaciones y que ameritan una concurrencia de conocimientos, habilidades, destrezas y recursos de los diferentes actores del sector salud. Esto con el fin de planear, organizar y evaluar la calidad (eficiencia y efectividad) de los servicios de salud, en respuesta a las necesidades y expectativas (sentidas o manifiestas) de las comunidades.

En el contexto de la “gestión de la calidad” se posicionan como premisas:

- Búsqueda permanente de nuevas formas de planear y desarrollar estrategias de aproximación entre los actores en el sistema de salud con las poblaciones; siendo estas el principal foco de gestión en salud.
- Reconocer y coordinar la aplicación pertinente de herramientas propias de la “gestión”, (no exclusivas del sector) que han sido apropiadas en forma: tradicional, transversal, trazadora y efectiva, tales como: liderazgo (ejemplo), alineación y coherencia, comunicación (asertiva y efectiva), metodologías de trabajo (generación de valor), evaluación (monitorización – seguimiento – control), participación (compromiso, trabajo en equipo y trabajo en red).
- Apropiar dinámicas organizacionales y sectoriales, para la adecuada valoración del desempeño, optimizando la combinación de enfoques cualitativos y cuantitativos.
- Potencializar la capacidad de orientar a resultados e impacto “gestionar”, en forma tangible y sostener los avances en escenarios de mediano y largo plazo, en aplicación literal del concepto de “mejoramiento continuo”, como motor de la calidad.
- Establecer como gran resultante de todo el recorrido temático, la tan anhelada “cultura de la calidad”, que en el sector salud, constituye una herramienta estratégica para el logro y afianzamiento de avances de calidad; tangibles a través de verdaderos indicadores trazadores de salud.

Segundo momento metodológico: generación de “conciencia sobre la calidad”

Sin duda este momento metodológico es la esencia de la experiencia académica y constituye la capacidad de transmisión de conocimiento, en forma práctica y efectiva para la real integración conceptual. Este paso implica el recorrido por tres núcleos temáticos, considerados como fundamentales desde la gestión de la calidad, a través de los cuales se incluyen y amalgaman temas generales (todos los sectores) y particulares (sector o disciplinas específicas en salud).

El primer núcleo temático, abordado desde el ámbito general, corresponde a las principales teorías administrativas relativas a la calidad. En estas se combina el marco conceptual aplicable a todos los sectores y el marco específico para el sector salud; con el propósito de analizar con los decisores en salud pública, tanto la interpretación y apropiación de cada concepto como su aplicabilidad en los escenarios propios de su actuar. En este núcleo se destaca el análisis de los principios de la gestión de la calidad, el cual apalanca el fortalecimiento de la “cultura de calidad”.

El segundo núcleo temático obedece a la planeación estratégica de la calidad, la cual pertenece a los ámbitos general y particular, a partir de los cuales se desarrolla la formulación de la(s) política(s) y su desagregación en lineamientos estratégicos, que le permitan su operatividad. El desarrollo de este núcleo temático aporta elementos valiosos en la armonización de los fundamentos de gestión de la calidad a la salud pública.

En el proceso de formulación de políticas y lineamientos estratégicos es importante guiar a los decisores en salud pública a la apropiación de cuatro aspectos clave: 1) compromiso tangible de la alta dirección para responder a problemáticas y priorida-

des en salud identificadas; 2) definición unificada de atributos de la calidad; 3) establecimiento de objetivos y metas estratégicas; 4) determinación sistemática de avances en la ejecución de políticas y lineamientos.

El tercer núcleo temático corresponde al mejoramiento continuo de la calidad, aplicado a las intervenciones y acciones de la salud pública, orientado al logro de la calidad óptima en el ámbito específico, como aprendizaje práctico para los decisores en salud pública.

El propósito de este momento metodológico es el de generar conciencia colectiva sobre el significado del estado de salud en el crecimiento y desarrollo local, regional, sectorial, intersectorial y estatal. Además, el fomento de la continua interrelación de los aspectos que conforman el contexto en salud: político, legal-normativo, económico, sociocultural, ambiental y tecnológico.

Interrelación de la gestión de la calidad y la salud pública

La salud es el punto donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica. La salud es un medio para la realización personal y colectiva que constituye un índice del éxito alcanzado por una sociedad y sus instituciones de gobierno en la búsqueda del bienestar que es el sentido último del desarrollo (Frenk, 1992). Bajo esta premisa los gobiernos nacionales y locales deben formular e implementar políticas públicas orientadas a resolver las necesidades reales de individuos y comunidades, y de esta forma lograr mejores resultados en salud.

En términos de gestión de la calidad, los decisores en salud pública deben contemplar e incluir en la implementación de las políticas públicas procesos de formación de talento humano en investigación, y que contribuya no solo a su cualificación, sino que también, y a través de la investigación, se logren procesos de caracterización real en los territorios sociales que, en palabras de Frenk,

debe ser un campo multidisciplinario de investigación, que abarque dos objetos principales de análisis a saber. Por un lado, el estudio epidemiológico de las condiciones de salud de las poblaciones; por el otro, el estudio de la respuesta social organizada a esas condiciones, y en particular, la forma en que se estructura dicha respuesta a través del sistema de atención a la salud. (Frenk, 1992)

Para lograr una verdadera interacción entre la gestión de la calidad y las políticas públicas aplicadas a la salud pública, es importante que en el momento de la operatividad de estos lineamientos, los decisores realicen la ruta que se propone en la figura 1.

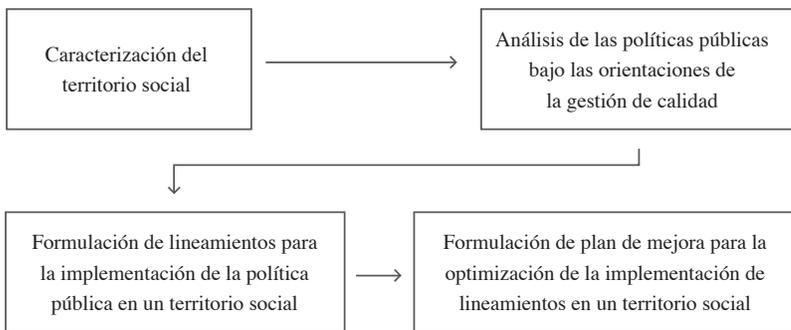


Figura 1. Ruta para la gestión de la calidad en las políticas públicas.

Fuente: elaboración propia.

En términos de la teoría de redes, es imprescindible la “articulación de la gestión de la calidad” a la “salud pública”, a través del ya mencionado en el segundo momento metodológico - generación de “conciencia sobre la calidad”, evidente en el núcleo temático relacionado con la planeación estratégica de la calidad, para facilitar la formulación e implementación de las políticas públicas y sus lineamientos de aplicación, bajo el lente de las ciencias contemporáneas – teoría de redes.

De manera complementaria, y como otro foco de articulación, se resalta la imperiosa necesidad de definir e implementar mecanismos para monitorear y determinar el grado de avance en torno a la consecución de metas y objetivos previamente formuladas como parte fundamental de una política pública. Como se presenta en la figura 1, la ruta para la gestión de calidad en las políticas públicas contempla cuatro macroacciones:

- Una primera acción se da en torno a la caracterización del territorio social, donde los decisores en salud pública deben ser conscientes de que las políticas públicas son formuladas atendiendo a problemáticas consignadas en los análisis de situación de salud del país y las regiones, los que deberán estar alineados a los Planes de Desarrollo Nacional, Departamental y Local. Además, y desde la visión de las ciencias contemporáneas, deberá desarrollar competencias para identificar las necesidades reales de la población a partir de un ejercicio de caracterización de los territorios sociales y generar alternativas de solución viables para el mismo territorio, tomando como insumos fenómenos emergentes como la autoorganización de las comunidades en los territorios.

- Una segunda acción es la denominada “análisis de políticas públicas bajo las orientaciones de la gestión de calidad”. Este análisis debe contemplar los vínculos existentes entre los actores gubernamentales encargados de la formulación de las políticas públicas, los decisores en salud pública, los actores responsables de la implementación de las políticas públicas y los actores comunitarios a quienes se dirigen las acciones en salud. De esta forma, como lo plantea Erdi (2008), se encontrarán los vínculos producto de las interacciones locales entre los nodos y sin un agente externo que lo controle, que armonizado a los fundamentos de la gestión de la calidad trazan el derrotero a seguir: formulación de políticas públicas, operatividad a través de planes y programas y control sistemático de avances.

Esta macroacción trae implícita la conformación de redes de mundo pequeño como factores protectores y garantes de la operatividad y el control de las políticas públicas que contribuyan a fortalecer los procesos y los resultados en salud.

- La tercera acción está relacionada con la formulación de lineamientos para la implementación de las políticas públicas en un territorio social; aquí es importante precisar que los lineamientos se definen como herramientas estratégicas para garantizar la armonización de los planes y las políticas públicas a partir de la formulación de estrategias, descripción de actividades, asignación de recursos y formulación de medidores (indicadores). El decisor en salud pública deberá apropiarse la gestión de lineamientos como

parte de su carta de navegación y sello de un estilo innovador para la formulación de mejoras en salud.

- Para finalizar, la formulación de planes de mejora para la optimización de la implementación de lineamientos en un territorio social. En aplicación al ciclo de mejoramiento continuo PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar), los decisores en salud pública deberán apropiarse de dinámicas gerenciales que les permitan formular y hacer seguimiento al resultado de indicadores para establecer el logro de las metas y los objetivos en el marco de las políticas públicas y sus lineamientos de implementación. Como factor clave y de éxito de esta macroacción, se espera la capacidad de los decisores en salud pública para identificar de manera oportuna desviaciones en los resultados esperados y la reformulación de acciones para garantizarlos.

Como efecto deseado de la puesta en marcha de la ruta para la gestión de calidad en las políticas públicas, se hacen las siguientes precisiones: se debe asegurar que las políticas públicas y sus lineamientos de implementación siempre den respuesta a las necesidades reales de un territorio social, contribuyendo a potencializar las interrelaciones entre las políticas públicas y sus lineamientos de implementación, apropiando mecanismos de monitoreo y seguimiento de las directrices de operatividad que evidencien el logro de resultados y de impacto en el estado de salud de las poblaciones.

5.3 Algunas conclusiones y lecciones aprendidas

Las lecciones aprendidas corresponden a todos los conocimientos ganados por la misma experiencia o por los diferentes niveles de entendimiento que un proceso demarca en todo su desarrollo, con características de poder ser validados y aplicables a los procesos de toma de decisiones y con miras a reducir fallas o riesgos aprender de los errores o de los aciertos o para reforzar la consecución de resultados positivos, que en la mayoría de las circunstancias se espera se traduzcan tanto en hábitos que se sintonicen en la transferencia de conocimientos como en la adopción de las mejores prácticas hacia el mejoramiento continuo y como herramientas de formación que siempre van a mejorar los tiempos de respuesta ante situaciones o condiciones similares, adoptando lo que se puede denominar “la cultura de las lecciones aprendidas” para el mejoramiento de la calidad del trabajo realizado y desde la construcción colectiva.

Es así como reconocemos las siguientes conclusiones y lecciones aprendidas desde las ciencias contemporáneas y su relación con la gestión de la calidad, para fortalecer las buenas prácticas de los decisores en salud pública:

- En primer lugar, se hace inexcusable que contemos con un soporte documental que permita garantizar la sostenibilidad unificada de las acciones de mejoramiento continuo (ciclo PHVA) como garante y hacia la implementación de las políticas públicas en un territorio social. Este referente documental puede incluir, entre otros: manual de calidad, procedimientos, docu-

mentos técnicos, registros e instrucciones, codificados y almacenados de forma correcta, que permitan su rápida consulta y la trazabilidad de las acciones propuestas. La estructura documental que proponemos constituye un importante recurso para intervenir la rotación o sustitución del talento humano en las organizaciones, asegurando un camino a seguir para la realización de las diferentes etapas y actividades propuestas. Sin embargo, es importante asegurar la utilidad de la documentación, en la realización de las tareas y actividades, de forma más eficiente.

- Por otra parte, es preciso que se sensibilice al talento humano responsable de tomar decisiones en la implementación de las políticas públicas en un territorio social, donde esta se construya desde la realidad, buscando que los colaboradores aporten sus ideas, conocimientos y experiencias de una manera definitiva y decidida, entendiendo la importancia y los beneficios de las acciones de mejora continua de la calidad, asumiendo que es un trabajo en equipo y por supuesto no de rangos o jerarquías.
- En tercer lugar, es importante socializar y difundir en el talento humano responsable de tomar decisiones en la implementación de las políticas públicas en un territorio social, los resultados de las diferentes acciones de mejoramiento continuo (ciclo PHVA) que se van desarrollando, con la intención de generar credibilidad y apropiación de las tareas a desarrollar. De por sí los mismos resultados nos aportan información relevante que permitan realizar ajustes, ahorro eco-

nómico, cambios y evoluciones en las acciones de mejora continua de la calidad, todo ello a partir de un correcto análisis causal de la ocurrencia de eventos y de la identificación de los puntos clave de aprendizaje en el interior de los equipos de trabajo, en busca de la generación de “valor agregado”.

- Sugerimos dedicar tiempo y desplegar estrategias de comunicación efectiva que incluyan a todos los involucrados en la implementación de la política pública en el territorio social, como una oportunidad para la adecuación del contexto local, a través de propuestas realistas, fáciles de seguir y que las podamos adaptar a las circunstancias de cada territorio social, preparándonos para dar respuestas rápidas y efectivas.
- Recomendamos la designación de un referente capaz de liderar el talento humano responsable de tomar decisiones en la implementación de la política pública en un territorio social, que conozca muy bien dichos lineamientos y por supuesto las características y dinámicas del territorio social objeto de la implementación. Debe surtir un rol estratégico, con un perfil que le permita añadir valor y que no genere obstáculos al identificar y gestionar el riesgo de una manera firme y efectiva para que se puedan tomar acciones cuando los resultados obtenidos no estén los mejores, y la precaución constante de tener una línea de base que conduzca a enfocarse en los buenos resultados en la implementación de las políticas públicas en un territorio social, conduciéndonos a

reducir la incertidumbre y mejorando los tiempos de respuesta.

- Es importante que los decisores en salud pública rompan el paradigma del trabajo segmentado y orientado a responder a las problemáticas identificadas en el país; es por eso que surge la invitación a incluir las ciencias contemporáneas en la formulación, implementación, evaluación y seguimiento a las políticas públicas en un territorio social, esto en atención a que los seres humanos son dinámicos y cambiantes al igual que los eventos en salud, por lo tanto esta nueva mirada de la gestión de la salud pública contribuirá a identificar a los actores responsables de realizar las intervenciones en los territorios sociales pero de una forma diferente, y de la activación de los denominados espacios de reflexión, lo que facilitará la identificación de nuevas oportunidades de ingreso a los territorios en la búsqueda de un mejor impacto de las acciones en salud y por supuesto sostenibilidad de las acciones en salud, como lo hemos señalado antes.
- Es fundamental que identifiquemos la forma como los individuos en los territorios sociales se han autoorganizado con el objetivo identificar los nodos altamente conectados en su interior y a través del cual la gestión de la salud pública evidenciará un trabajo en red con los equipos interdisciplinarios y la comunidad, fortaleciendo la comunicación permanente. Lo anterior conllevará a que la gestión de la calidad incluya nuevos indicadores, algunos de ellos propuestos dentro de la teoría de redes, como herra-

mientas diferenciadoras que nos ayuden a fomentar la cultura de calidad y mejora continua, la innovación, y por supuesto minimizando los riesgos para la gestión de la salud pública, y como un proceso de aprendizaje continuo.

5.4 Bibliografía

- Bonilla A. (2017). Fenómenos emergentes en la autoorganización en un territorio social en la localidad de Usaquén. (Trabajo de grado). Disponible en Biblioteca Juan Roa Vásquez, Universidad El Bosque.
- Crosby, P. B. (2007). *Calidad sin lágrimas: El arte de administrar sin problemas*. México: Grupo Editorial Patria.
- Delgado, P. (2012). En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta. *Vía Salud*, 16(1), 4-11. Recuperado de http://app.ihl.org/Marketing/program_documents/TRIPLEAIMPEDRODELGADO.pdf
- Érdi, P. (2008). *Complexity explained*. Berlín: Springer.
- Ersoz, C. J. (2012). Herramientas de trabajo para la elaboración de planes de mejoramiento. *Manual de los administradores de salud para el mejoramiento continuo*. (págs. 187-199). https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=libro+Manual+de+los+administradores+de+salud+para+el+mejoramiento+continuo.&btnG=
- Frenk, J. (1992). *La nueva salud pública*. Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primerro/I_SM_421-445.pdf
- Pedro, D. (2012). En búsqueda de la triple meta: una invitación a la exploración conjunta. *Vía Salud*, 16(1), 4-11.
- Pérez, P. R. (2001). Perspectiva histórica sobre la calidad de la atención sanitaria: evolución, tendencias y métodos. *Arbor*, 170(670), 371-381.
- Solé R. (2009). *Redes complejas, del genoma a internet*. Tusquets Editores.

Saturno, P. (2005). Modelos de gestión de la calidad aplicados a la atención primaria. Opina la Universidad.

Watts, D. (2003). *Seis grados de separación: La ciencia de las redes en la era del acceso*. Paidós.

Páginas web

https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/2346/mod_resource/content/1/Modulo_4/ Lecturas_Complementarias/Semana_3_M4.S3_L OPCIONAL_01.modelos_gest_y_aten_primaria.pdf

<https://doi.org/10.3989/arbor.2001.i670.932>



Los autores

Carlos Eduardo Maldonado

Profesor Titular

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9262-8879>

maldonadocarlos@unbosque.edu.co

Ph. D. en Filosofía por la K.U. Leuven (Bélgica), Posdoctorado como *Visiting Scholar* en la Universidad de Pittsburgh (EE.UU); Posdoctorado como *Visiting Research Professor* en la Catholic University of America (Washington, D.C.); *Academic Visitor*, Facultad de Filosofía, Universidad de Cambridge (Inglaterra). Ha sido reconocido con la “Distinción al Mérito” por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (Perú), por sus contribuciones a la filosofía y a la complejidad (2008). Premio Portafolio, Mención de Honor Categoría Mejor Docente (2008). “Profesor Distinguido”, título conferido por la Universidad del Rosario (2009). Investigador Sénior (Colciencias). Senior Member – IEEE. Doctor *Honoris causa*, Universidad de Timisoara (Rumania) (2015). *Título Honorífico*: Profesor *Visitante Distinguido*, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (Managua) (2017). “Reconocimiento internacional por excelsa trayectoria como investigador”, otorgado por la UTPL (Ecuador), en el marco del Congreso Mundial “Metamorfosis de las ciencias sociales y humanidades” (Loja, Ecuador, 2018). Premio Internacional Agencia Prensamérica Internacional “Dr. Zenovio Zaldivia”, Categoría: Filosofía y Complejidad, Guayaquil (2018). “Visitante Distinguido”, distinción otorgada por el Consejo Municipal de la ciudad de Quetzaltenando, Guatemala, por propuesta de la Universidad de San Car-

los (2018). Elegido “Investigador de Impacto” por concurso del Concytec (Perú) para visitar como investigador la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú (2019), como “Reconocimiento por la reconocida trayectoria de investigación a nivel internacional”. El CEDES de la Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), en el marco del Doctorado en Sostenibilidad crea la Cátedra “Carlos Eduardo Maldonado” en Complejidad y Sostenibilidad (2019). La Comunidad de Pensamiento Complejo crea la Biblioteca Carlos Maldonado “tributo al filósofo colombiano Carlos Eduardo Maldonado (2020). El Colegio de Morelos, México, decide que el Centro de Investigaciones y Academia de Complejidad lleve el nombre de “Carlos Eduardo Maldonado” (2020). Doctor *Honoris Causa*, UNA, Puno (Perú) (2020).

Daniela Arango Ruda

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7855-4060>

darangor@unbosque.edu.co

Comunicadora y antropóloga con énfasis en Salud. Profundamente interesada por los temas relacionados con salud, calidad de vida y bienestar. En constante búsqueda de relaciones entre los fenómenos sociales y de la salud desde nuevas perspectivas y enfoques que permitan la creación de nuevo conocimiento.

Ana Camila García

Profesora

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6370-6906>

garciaana@unbosque.edu.co

Socióloga de la Universidad Nacional de Colombia, maestra en Historia por la Universidade de Brasília y doctora en Comunicación por la Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Vinculada a la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque en Bogotá, docente en pregrado de Medicina, docente e investigadora en los programas de Maestría y Doctorado en Salud Pública. Investigadora de la Línea de Investigación Complejidad y Salud Pública.

Jorge Sandoval París

Profesor Titular

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-3350-1795>

sandovaljorge@unbosque.edu.co

Santiago Galvis V.

Profesor

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2015-7107>

sgalvisvi@unbosque.edu.co

Antropólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Magíster en Estudios Latinoamericanos y doctor en Antropología por la Universidad Nacional Autónoma de México. Está adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque en Bogotá, Colombia, donde se desempeña como profesor del programa de Medicina y de la Maestría y el Doctorado en Salud Pública. Ha trabajado temas relacionados con historia y epistemología de las ciencias, historia de la salud pública y la medicina y sociología de la salud. En la actualidad, sus principales intereses de investigación y docencia están situados en la interacción entre las ciencias sociales y la salud, en particular, la relación individuo/colectivo, la toma de decisiones y la codependencia entre naturaleza y cultura.

Anny Bonilla Dueñas

Profesora Asistente

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4296-9173>

bonillaanny@unbosque.edu.co

Odontóloga, especialista en Gerencia de la Calidad en Salud, magister en Salud Pública. Diplomada en "Pedagogía y didácticas específicas para profesionales de la salud", "Diseño de entornos virtuales de aprendizaje, verificación de condiciones de habilitación." Profesora asistente de la Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque. Coordinadora TIC del posgrado Gerencia de la Calidad en Salud, Coordinadora de la Maestría en Salud Pública Universidad el Bosque. Consultora y conferencista de Sistemas Integrados de Gestión de Calidad y Salud Pública a nivel nacional e internacional. Fellow International college of dentist, regente Distrito Colombia International College of Dentist. Gerente de la empresa de consultoria Colombo-argentina Assistance Management Alliance.

Álvaro Amaya Navas

Profesor Titular

Facultad de Medicina

Universidad El Bosque

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6072-9229>

amayaalvaro@unbosque.edu.co

Odontólogo con Especialización en Administración Hospitalaria, Gerencia de la Calidad en Salud, Docencia Universitaria y Derecho Médico. Máster en Dirección y Administración de Empresas Executive MBA. En curso Doctorado en Proyectos. Diplomados en: Alta Gerencia y Liderazgo, Formulación de Proyectos Sociales, Evaluación del Aprendizaje en Educación Superior, Promoción de Gestión Humana y Vigía Salud Ocupacional, Formación de Verificadores del Cumplimiento de Condiciones para la Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud. Con amplios conocimientos y experiencia en la planeación, estructuración, desarrollo técnico, contratación, dirección, seguimiento y control de procesos de gestión administrativa y gerencial, gestión humana, liderazgo y cultura organizacional, proyectos de investigación, proyectos de control de calidad y mejoramiento continuo, habilitación y acreditación, entre otros. Experiencia en Consultoría y procesos de Educación Continuada. Coordinador de la División de Posgrados y Formación Avanzada. Profesor Titular Postgrado Universidad El Bosque. Director Postgrado de Gerencia de la Calidad en Salud de la Universidad el Bosque. Docente de apoyo acuerdo de Cooperación Ministerio de la Protección Social y la Universidad El Bosque: Diplomado Formación de Verificadores del Cumplimiento de Condiciones para la Habilitación de Pres-

tadores de Servicios de Salud. Docente – Facilitador y Consultor para el Programa de Reorganización, Rediseño y Modernización de las Redes de Prestación de Servicios de Salud – Proyecto de Preparación de IPS para la Acreditación y Adopción del Componente de Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad.

Lucero Galeano Zabala

Odontóloga, magíster en Dirección y Administración de Empresas-MBA, especialista en Gerencia de la Salud Pública, especialista en Gerencia y Auditoría de la Calidad en Salud; auditora interna en Sistemas de Gestión de Calidad NTC ISO 9001:2015. Consultora en Sistemas de Gestión de Calidad en Salud, con una trayectoria laboral de veinticinco años, veinte de los cuales corresponden a roles administrativos: directivos, de asesoría o consultoría y auditoría, en empresas administradoras de planes de beneficios, direcciones territoriales de salud e instituciones prestadoras del sector salud; con énfasis en diseño, implementación y fortalecimiento de sistemas de gestión de la calidad y consultora en temas específicos: mejora continua de la calidad, humanización de la atención en salud, seguridad del paciente, gestión del servicio y gestión del riesgo..

Wilson Andrés Parra

Médico egresado de la Universidad de la Sabana, con especialización en Bioética de la Universidad El Bosque, Magister en fisiología de la Universidad Nacional de Colombia. Doctorante en Pensamiento Complejo. Interés en neurobiología de la conducta, empatía y desarrollo moral. Utilizo la Medicina Narrativa en la formación de identidad de médicos en áreas como la fisiología, la historia y la antropología médica.



Índice temático

A

Agnosias; 135
Antropología médica; 64, 188
Antropometría; 36
Apraxias; 135
Autocontrol; 88
Autosuperación; 88, 90

B

Bacterias; 30, 85
Biogeografía; 20
Biografía; 33, 42, 66, 75, 89, 115, 140
Biología; 20, 24, 27, 31, 61
Biología del desarrollo; 61
Biomedicina; 18, 25, 43, 55, 56
Biopsia
 benigna; 82
 maligna; 82
Bronquitis; 81, 82

C

Cáncer; 57, 72, 73, 80, 82, 83, 87, 90, 91, 93, 95
Chernóbil; 27
Ciclo PHVA; 171, 172
Ciencias
 de la complejidad; 32, 41, 43, 143
 de la salud; 12, 14, 18, 20-22, 24, 27, 30, 41
 de la vida; 14, 27
 sociales; 41, 55, 180, 184
Civilización Occidental; 12, 30
Codependencia; 31, 184
Coevolución; 31
Comensalismo; 31
Complejidad; 12, 14, 17, 19, 20, 29, 32-34, 37, 38, 41-44, 127, 133-137, 140, 142, 143, 145, 147-149, 151, 153, 154, 180-183

Condicionantes de la salud; 32
Configuraciones especiales; 60, 63, 64, 69, 80, 84, 99
Cooperación; 31, 56
Cuerpo
 - alma; 24
 físico; 73
 - mente; 24
Cuidado de la salud de las plantas; 43
Cultura; 12, 21, 29, 32, 33, 37, 38, 61, 88, 108-112, 115, 118, 164, 165, 171, 175, 184, 185

D

Decisión estratégica; 123, 128
Defectología; 135, 147
Determinismo; 12
Diagnóstico; 54, 58, 62, 67, 69-72, 74, 75, 77-81, 83, 84, 86, 87, 89, 91-95, 97, 98, 101, 137, 139, 141, 147
Dinamometría; 36, 37
Dolor; 36, 55, 56, 68, 73, 74, 82, 94, 93, 96

E

Ecología; 20, 31
Educación
 médica; 27, 135, 143, 147, 154
Emociones; 38, 39
Epigenética; 31, 32, 61
Escorbuto; 109
Esferas
 cultural; 34
 espiritual; 33
 mental; 33
 somática; 33
Estados de salud; 32
Estilos de vida saludables; 25, 40-42
Ética; 20, 148, 149

Eusocialidad; 31
 Existencia; 33, 34, 37, 39, 54, 56, 59, 61, 66, 81, 88, 93, 99, 108, 115, 122

F

Facilidad cognitiva; 119, 120
 Filosofía; 20, 22, 44, 147, 149, 180
 Fisioterapia; 82

G

Gaia; 43

H

Herencia; 31, 61
 Hibris; 39
 Holobiontes; 31
 Homeostasis; 38
 Homínidos; 12

I

Identidad; 60, 71-73, 76, 94, 112, 139, 188
 Industria farmacéutica; 30
 Ingenierías sociales; 42
 Instituto Internacional de Valeología; 21
 Inteligencia; 34, 151
 emocional; 39

L

Lenguaje; 8, 17, 18, 20, 21, 24, 30, 34, 40, 67, 70, 79, 138, 146, 149
 Lógica
 de predicados; 35
 difusa; 35
 formal clásica; 35

matemática; 35
proposicional; 35
simbólica; 35

M

Manifestación etnocentrista; 112
Medical Subject Headings (MESH); 18
Medicina
 alopática; 91
 arcaica; 142
 indígena; 91
Medioambiente; 21, 25, 31, 32, 43
Memoria; 33, 60, 63, 138
Mercado; 26, 114
Metabolización; 38
Modelo holomédico; 23
Mononucleosis; 73
Morfina; 82
Muerte; 19, 56, 59, 68, 85, 90, 93, 95, 97-99, 101, 109
Mundo sano; 32
Mutualismo; 31

N

Naturaleza; 14, 32, 33, 36, 44, 61, 88, 89, 135, 184
Neoplasias malignas; 85
Neumonía; 81
Neumotórax espontáneo; 57, 81
Nutrición; 37, 38, 109
 afectiva; 38, 39
 física (alimentos); 38

O

Olvido; 63
OMS; 35, 40
OPS; 35, 40

P

Paisaje epigenético; 61
 Paleobiología; 41
 Paleontología; 41
 Patología; 71, 82
 Pobreza; 23
 Políticas públicas de salud; 22
 Primates; 12

Q

Química; 31, 128

R

Radioterapia; 82
 Recuperación; 58, 69, 82-86, 92, 96, 98, 102
 Revoluciones científicas; 29

S

Saber vivir; 38, 42
 Salubristas; 30, 37, 42
 Salud

- ambiental; 22, 26
- colectiva; 21
- comunitaria; 21, 22, 143
- del medioambiente; 21, 31, 43
- familiar; 22
- física; 21, 39
- individual; 21
- mental; 21, 22, 33, 38, 39
- modo complejo; 32, 33
- pública; 21, 32, 33, 38, 55, 121, 159-171, 174, 175, 182-184, 186, 187

 Sanalogía; 17-29, 33, 37, 40-43
 Selección natural; 31
 Semiología; 13, 36
 Semiótica; 13

Sida; 72, 94
Signos; 36, 71, 134, 136
Simbiogénesis; 31
Síntomas; 13, 36, 62, 67, 69, 70-74, 77, 83, 98, 134, 137
Sociología; 26, 66
 Médica; 66
 de la salud; 64, 184
Sufrimiento; 19, 20, 54, 56, 68, 74, 84, 134, 139

T

Taitas de Sibundoy; 91
Taxonomía patológica; 72, 75
Teología; 20
Teoría
 de los humores; 110
 de redes; 168, 174
Terapias; 18, 19, 136
 respiratorias; 82
Tratamiento; 54, 658, 67, 69, 72, 77-79, 82-86, 89-91, 96, 139

V

Valeo; 18
Valeología; 15, 18-21, 23-28, 31-37, 40-43
VIH; 54, 55, 57, 61, 62, 76-79, 89, 94, 95, 97-99
Virus
 de inmunodeficiencia humana; 54
 del beso; 73, 80
 del papiloma humano; 62
VPH; 98

Y

Yagé; 91
Yodoterapia; 82

Z

Zoonosis; 43



Índice onomástico

A

Avicena (Ibn Sina); 35

D

Darwin, Charles; 21

G

Galeno; 13, 44

Gilles, Deleuze; 40

H

Hipócrates; 13

Horacio; 100

L

Lovelock, James; 43

K

Klimt Gustav; 150, 152, 153

L

Lamarck, Jean-Baptiste; 21

Leibniz, Gottfried Wilhelm; 21

N

Newton, Isaac; 21

R

Rorty, Richard; 148-150

W

Waddington, Conrad; 61

Wallace, Alfred Russel; 21

Colección Complejidad y Salud, Vol. 7

Complejidad de la salud, no de la enfermedad

Valeología, teoría de juegos, narrativa

Este libro, editado y publicado por el sello Editorial Universidad El Bosque, se terminó de imprimir en la ciudad de Bogotá en el mes de noviembre del año 2020. Para esta edición, se usaron las familias tipográficas: Times a 11,5 puntos y Playfair Display Black de 15 a 40 puntos.

El formato de este ejemplar es de 16 x 24 centímetros.

La cubierta está impresa en Propalcote de 300 gramos de baja densidad, y las páginas interiores, en papel Bond Bahía de 90 gramos.

Este libro es el resultado de un proceso colectivo de investigación para pensar la salud, y no ya solamente la enfermedad, en el marco de las relaciones entre las ciencias de la salud, las ciencias de la vida y las ciencias de la complejidad. Varias hipótesis, por consiguiente, se formulan y exploran. De un lado, no es posible pensar la salud sin trabajar al mismo tiempo sobre el lenguaje. Se explora la posibilidad de transformar la “medicina” en “sanalogía” o por la “valeología”. De otra parte, se considera a la enfermedad como componente del paisaje de la vida señalando que la información y la recuperación constituyen hitos que merecen una segunda reflexión. Ahora bien, adicionalmente, los seres humanos no son enteramente libres para comer puesto que la mayoría consume lo que las industrias alimenticias les ofrecen. Con ello la enfermedad parece esperar el asalto sobre el territorio de la salud. Un texto del libro entre el diálogo con la obra de O. Sacks y elabora un relato en el que salta ante la mirada reflexiva la importancia de la narrativa en la formación del médico tanto como en el horizonte de la salud. Al final, como una unidad autocontenida, se estudia la gestión de la salud en términos de calidad integrativa e integradora.

This book is the outcome of a collective research process centered around health and not just illness or disease within the framework of the interplay between the health sciences, the life sciences and the sciences of complexity. Several hypotheses come into play and are explored. In the one side, it is not possible to think about health without working at the same time on language. The possibility of transforming “medicine” into “sanalogy” and “valeology” is thereafter explored. On the other side, illness is considered as a component of the landscape of life pointing out that information and recovering are landmarks that deserve a second-thought. Besides, additionally, human beings are not entirely free when eating for most people consume what the food industry offers them. Thus, disease awaits to jump over the scenario of health. One chapter of the book dialogues with O. Sack’s books and elaborates a story in which the importance of narratives is crucial in the education of medicine doctors as well as for the very horizon of health. At the end, as a self-contained health management is studied in terms of integration and integrative quality.

