

LA VALORACIÓN DE LA SALUD

THE VALUATION OF HEALTH

Milagros Carrasco Loyola¹

RESUMEN

Una visión sistémica de la salud requiere de la comprensión de la experiencia vivida del sujeto y de la percepción de este sobre su propia salud. La salud pública convencional debe ser superada cambiando sus prácticas meramente técnicas por un compromiso real de cuidar a la población, y esto implica una mirada humanista. Es necesario reforzar la investigación en salud con un enfoque cualitativo pues permite un mejor entendimiento de la realidad estudiada. La investigación en nuestro país es aún incipiente, aun cuando abundan datos epidemiológicos de morbilidad. Sin embargo, es recomendable complementar estos conocimientos con la experiencia vivida de la población, pues ellos mismos son los que producen su salud.

Palabras clave: salud

ABSTRACT

A systemic view of health requires an understanding of the individual experience and his perception of his own health. Public health needs to be overcome by changing its practices of mere technicality to a real commitment for the care of the population, and this implies a humanistic perspective. It is necessary to strengthen health research with a qualitative approach because it allows a better understanding of the studied reality. The research in our country is still in its infancy, although many epidemiological data of morbidity. However, it is advisable to supplement this knowledge with the lived experience of people, because they are producing their health.

Key Words: Health

¹ Docente de la Facultad de Odontología- USMP

Correspondencia: Milagros Carrasco Loyola

Correo electrónico: milagrosbcarrasco@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades sociales se manifiestan directamente en la percepción de los problemas de salud y en los tratamientos solicitados a los servicios de salud, llevando a un incremento del deterioro de la salud en los grupos de menor ingreso económico. Son múltiples las investigaciones que evalúan el estado de salud de la población. Sin embargo, muchas no tienen en cuenta una dimensión que resulta muy importante: la percepción subjetiva del estado de salud del individuo y cómo aprecia o valora esta. Incluye aspectos no solamente físicos, sino mentales, psicológicos, sociales, culturales, etc. que en ocasiones pasan desapercibidos para el profesional de la salud y el propio investigador.

La Axiología y la Iatrofilosofía

La Axiología Médica es una disciplina que sistematiza los valores que fundamentan la actividad médica, a partir de una síntesis del saber integradora de lo científico, como una interconexión de las ciencias médicas, de lo ético y su regulación, a través de la relación médico-paciente-comunidad y de lo cultural valorativo o significación de la actividad médica para la sociedad¹. Incluye dos áreas temáticas:

- La significación epistemológica de la actividad médica, es decir, los conocimientos, principios, ideas, concepciones que forman parte del conocimiento científico que contribuyen a la cultura humana.

- La significación social de la actividad médica, dado que esta interviene directamente en la satisfacción de necesidades asociadas a la existencia y reproducción humana: curación y prevención de enfermedades, promoción y educación para la salud, etc.

La Iatrofilosofía o Filosofía de la Medicina es una rama de la epistemología que se ocupa de examinar los supuestos filosóficos de las ideas y prácticas médicas, así como investigar los problemas filosóficos que surgen de la investigación y la praxis médica². El modelo humanista con la introducción del sujeto en la medicina da lugar a un importante giro filosófico³.

En el pensamiento médico y ejercicio profesional han estado o están siempre incluidas ideas filosóficas. Basta recordar las tres concepciones que se ha tenido del hombre a lo largo de la historia de la medicina: el espiritualismo, el naturalismo y la concepción del hombre como ser biopsicosocial. Las ideas acerca de salud, enfermedad y terapia dependen únicamente de la concepción del hombre que se adopte. Si el hombre es un ente espiritual o puede albergar espíritus, la enfermedad es un espíritu maligno y la terapia consiste en espantar o exorcizar dicho espíritu. Si el hombre es un animal, la enfermedad es un desarreglo puramente físico o químico, y el tratamiento es fisioterapéutico o quimioterapéutico. Y si el hombre es un animal que piensa y vive en sociedad, entonces está expuesto a una mayor variedad de desarreglos y también puede beneficiarse de una mayor variedad de terapéuticas.²

Medicina y humanismo

La enfermedad es el estar del ser del hombre, el momento físico (somático) en que se actualiza la condición humana, vale decir la experiencia concreta de la finitud ontológica. En la enfermedad, el hombre es menos y es más que sí mismo, está limitado y por encima de sus límites, es a la vez la miseria y la grandeza del hombre, su humildad y dignidad.⁴

En el marco de las relaciones medicina-sociedad y médico-paciente el humanismo se define por las cualidades de la compasión y el respeto, correlativas a la indigencia y la excelencia, la minusvalía y la plusvalía del hombre enfermo. Pero la misma compasión, en el sentido literal de compadecer, sufrir con, genera el respeto por el otro en cuanto curador. Compasión y respeto configuran las dos notas constitutivas del humanismo médico, a un tiempo humanitarista y humanista, filantrópico y culto en un singular ejercicio de reciprocidad.⁴

Una visión sistémica del hombre y la enfermedad

La medicina contemporánea ha presumido de ser científica. Por lo tanto, trata de ser lo más objetiva posible y se apoya fuertemente en lo tecnológico. Mide, cuantifica, relaciona los signos de enfermedad y deja un tanto de lado a los síntomas que sin embargo, no olvidemos, constituyen elementos diagnósticos esenciales. Nuestra cultura occidental obliga a reverenciar lo objetivo, lo técnico, y a menospreciar lo subjetivo. No se establece un diálogo. Se plantean soluciones brillantes desde el punto de vista de lo científico pero se olvida de la humanidad que debe rodear los actos médicos.⁵ Con frecuencia, la abundancia de saberes técnicos específicos determina una escasez de humanismo en el tono general de la relación del médico con sus enfermos. En el pasado, cuando los saberes técnicos eran muy escasos, el médico se apoyaba, sobre todo, en aspectos humanos y psicológicos. En estudios de culturas primitivas que han sobrevivido hasta nuestros días, el médico se centraba en su papel de chamán o curandero en mayor medida que en el de un técnico de hoy, que supone conocer científicamente lo que hay que hacer con cada enfermedad que aqueja al paciente y cómo hay que tratarle técnicamente, al margen de los aspectos humanos.⁶

De esta manera, el modelo médico tradicional considera que la enfermedad es una desviación de la norma de las variables biológicas capaces de ser medidas, además de ser concebidas en términos lineales con una explicación causal, etiopatológica e histórica.⁷ Para la medicina clínica el saber del paciente no hace parte del conocimiento científico acumulado (la evidencia) ni su libre voluntad juega en la curación, sino que el individuo tiene que

supeditarse, tanto en el ámbito de la comprensión cuanto en su accionar, a los dictámenes del médico, representante del conocimiento y del método científicos.⁸

Los esfuerzos médicos iniciados con la revolución industrial y el auge de la ciencia, en su afán por categorizar la enfermedad, han conseguido que se llegue a pensar en ella como en algo con existencia propia, como una entidad extraña al individuo que la padece. Esto que podemos llamar “personificación de la enfermedad” nos hace recordar a las ideas primitivas de posesión (que la atribuían a un espíritu o potencia extracorpórea que se adueña del individuo, lo domina y, lo enferma) y lo mismo sucede con la causalidad infecciosa, con la diferencia de que esta tiene una patente científica: allí está, para que todos vean la potencia maligna (el microbio), especie de demonio que “ataca”, enferma y mata.⁷

Otro de los aspectos importantes creados por el reduccionismo biológico es la especialización, para que cada parte del cuerpo sea tratada por diferentes especialistas. Todo esto es muy útil en muchos casos; pero, la moderna medicina científica ha sobrevalorado la importancia de la aproximación divisionista, y ha desarrollado múltiples disciplinas especializadas, hasta el punto que los médicos no sean capaces de percibir la enfermedad como un trastorno del organismo todo y, menos aún, de tratarla según una perspectiva más integral. Butler decía que los especialistas son aquellos “que cada vez saben más sobre menos cosas”. La medicina tiene como principal razón de ser el contacto personal del médico con los pacientes. Esto está venido a menos debido al gran aparato tecnológico en el que los médicos están cada vez más atrapados, además de haberse vuelto demasiado especializados. La sobre-especialización tiene como inevitable consecuencia el carácter impersonal, opuesto a la verdadera necesidad de lo interpersonal y transpersonal. Esa especialización contiene un alto entrenamiento de capacidad y muy bajo entrenamiento de conexión. Por ello, la exagerada especialización es un desatino y una pérdida para todos.⁷

Durante mucho tiempo la enfermedad fue considerada como una alteración de un conjunto de órganos que funcionaban mejor o peor. El siguiente paso fue la medicina psicosomática, que intentó integrar el “otro aspecto” de la vida humana: la psiquis; con lo que se consideraban las interacciones entre los factores orgánicos y los psicológicos. Finalmente, dentro de la medicina holística-antropológica por ahora se está comprendiendo que el hombre no es un ente aislado, sino que forma parte de su contexto: la familia en la que se ha formado, la sociedad en la que se desenvuelve y la cultura que influye en su actuar y su vivir. Así, se está llegando a la concepción del hombre como un ente bio-psico-social que actúa y reacciona como tal en la salud y en la enfermedad.⁷

La visión ética y émica del concepto de salud y enfermedad

El concepto de salud durante siglos ha hecho que esta se haya identificado con todo lo opuesto a la enfermedad. En 1948 la OMS propuso que: “La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, más que solamente ausencia de enfermedad”, sin embargo este estado es muy difícil de alcanzar. Esta definición sirvió de base para nuevas propuestas. Se comenzó a criticar por considerársele estática e imprecisa. Surge entonces en los años 70 la definición de Lalonde, que considera a la salud como el resultado de múltiples factores ambientales, de comportamiento, hereditarios e incluso considera los relacionados con los servicios de salud que recibe el individuo. En la década de los 80, Milton Terris elabora una definición operativa al plantear la buena salud como el equivalente a sentirse bien (bienestar) y tener capacidad de funcionamiento en general.⁹

En 1984, la OMS amplió el sentido de este concepto: “La salud es la capacidad máxima del individuo para realizar aspiraciones y satisfacer sus necesidades; y por otro lado de cambiar o sobreponerse al medio ambiente. La salud, es entonces, vista como un recurso para la vida diaria, no un objetivo de vida; es un concepto positivo que enfatiza los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas”.

Como definición, es importante por varias razones: establece a la salud como un producto social e individual, y enfatiza la naturaleza dinámica y positiva de la misma que es vista como un derecho humano fundamental y una inversión social válida. Esta perspectiva corresponde a la del observador externo a la población estudiada (o enfoque ético), la cual se centra en las categorías, expresiones e interpretaciones del experto (epidemiólogo, salubrista, médico, enfermera, etc.).¹⁰

Esa visión ética del concepto de salud (objetiva, científica) se reflejó en las campañas preventivas y promocionales de salud, a través de las cuales se esperaba que la población aceptara y recibiera las atenciones, y casi ciegamente, la visión y las acciones de los expertos que la educaban e intervenían y, así, a posteriori la población ya concientizada podía poner en práctica lo que aprendieron y acudir a los servicios de salud. Esto nos hace reflexionar si es fácil producir un cambio en las acciones conducentes a lograr la salud en las personas; si el concepto de salud de las personas es igual al de los expertos, qué valor tiene para ellos, si es prioritaria a otras necesidades.¹⁰

Es aquí donde se hace indispensable la visión émica, o enfoque del actor. Se fomenta la visión de los nativos (entendido como persona originaria de un lugar rural o urbano, no en el sentido de nacimiento sino de poseer

una cultura, un modo de vida particular, diferente de la del experto), el cómo piensan ellos, ¿cómo perciben y categorizar el mundo? ¿Cuáles son sus normas de comportamiento y de pensamiento? ¿Qué tiene sentido para ellos? ¿Cómo se imaginan y explican las cosas? Si no se conoce el pensar, el vivir, la forma de construir la realidad de las colectividades a cuyos miembros se espera ayudar eficazmente en su afrontamiento del proceso salud-enfermedad, ¿cómo se puede esperar dar respuestas acordes a la realidad de los pueblos?¹⁰

Lo émico permite el rescate de lo cualitativo frente a lo cuantitativo. Se enfatiza tanto la objetividad a través de las mediciones que se olvida que la mayor parte de la población a quien se dirigen los programas no es científica y no aprehende su realidad como los científicos lo hacen. Hay una necesidad de reconocer al Otro, a las personas a quienes se dirigen los programas o las campañas, como seres que pueden estructurar con otra lógica, diferente a la de los expertos, sus vivencias y evaluaciones cotidianas. El no reconocerlo puede significar el fracaso de un programa y el desperdicio de recursos físicos y humanos.¹⁰

En el saber popular y tradicional se reconocen, en general, dos categorías de enfermedades: postizas: causadas por una persona a otra; por ejemplo, mediante el uso de brujería; naturales: referidas al ciclo vital de los humanos y a la relación del hombre con la naturaleza.¹⁰

Existen varios sentidos para el concepto de cultura.¹¹ Aplicado al campo de la salud constituye el eje neurálgico en el análisis de los factores sociales involucrados en cualquier proceso de salud y enfermedad. A través del reconocimiento de las diferencias y similitudes culturales entre usuarios y proveedores es posible comprender, por ejemplo, el nivel y carácter de las expectativas que cada cual tiene del proceso, las percepciones de salud y enfermedad representadas en la interacción médico-paciente, los patrones con que se evalúa la calidad y resultado de la acción terapéutica, y el despliegue de diversas conductas frente a la enfermedad.¹²

La enfermedad, sufrimiento y muerte, así como la motivación por conservar la salud, son considerados hechos biológicos y sociales universales. Todos los grupos humanos han desarrollado estrategias para enfrentar y prevenir las enfermedades a través de un sistema médico que proporciona las acciones necesarias para recuperar la salud, procurar el bienestar del hombre y, al mismo tiempo, otorgar una explicación consistente al fenómeno de la enfermedad. Desde la antropología sociocultural un sistema médico se concibe como un conjunto más o menos organizado, coherente y estratificado de agentes terapéuticos, modelos explicativos de salud-enfermedad, prácticas y tecnologías al servicio de la salud individual y colectiva. La forma en que estos elementos se organizan

internamente, otorgando coherencia al sistema depende del modelo sociocultural en que se desarrolla la medicina. En consecuencia, las medicinas son construcciones culturales que responden a necesidades de un entorno social específico y en las cuales es posible distinguir una dimensión conceptual y otra conductual.¹²

Todos los sistemas médicos presentan axiomas o principios basados en el modelo epistemológico que sustenta la práctica médica y distinguen medios para validarse y legitimarse a sí mismos. En la biomedicina por ejemplo, los experimentos científicos, las pruebas clínicas y textos constituyen importantes fuentes de validación del pensamiento científico; raramente un médico aceptará como prueba de una diarrea la intervención de un espíritu maligno en las comidas. Sin embargo, otras culturas aceptarán como fuente de legitimación los sueños de un chamán, signos en la naturaleza, apariciones, etc. La lógica que opera en la definición de salud y enfermedad es la misma en ambos sistemas (una lógica que busca causas, alternativas y consecuencias); sin embargo, difieren en las premisas culturales y pruebas de validación; por ello distintas percepciones y observaciones del mismo fenómeno resultan en diferentes explicaciones de la enfermedad.¹²

La credibilidad que los pacientes asignan a las fuentes de validación es la que permite, en último término, aceptar o no las explicaciones acerca de las causas de sus enfermedades, y la adherencia a los tratamientos. Por lo tanto, el éxito en el proceso terapéutico depende en gran medida de la conjunción de explicaciones entre médicos y pacientes.¹³

Percepción de la salud y enfermedad

Por otra parte hay que tener en mente la morbilidad sentida que el paciente expresa al médico en su consultorio, o en una encuesta de salud, que recoge un tipo de información guiada (limitada) por la concepción occidental de salud y enfermedad. La Antropología Médica puede enriquecer esta visión a través de una metodología que le permite conocer y descubrir la presencia o frecuencia de enfermedades construidas bajo otros saberes.¹⁰

El concepto de morbilidad se suele tomar como un indicador del estado de salud. Sin embargo, corresponde más exactamente a un indicador de ocurrencia de enfermedad en las poblaciones, mientras que enfermedad remite al estado clínico de los sujetos. Es decir, morbilidad se refiere a agrupaciones humanas, dimensión de interés para la Salud Pública y la Epidemiología, y enfermedad remite al estado de desequilibrio identificado en el individuo y asistido por algún agente de salud o por la persona misma. Desde la óptica médica, es la dimensión de interés de las subdisciplinas clínicas.¹⁰

En esta línea de pensamiento, es interesante retomar la definición que la OMS hizo en 1968 de morbilidad: “toda desviación subjetiva u objetiva de un estado de bienestar fisiológico”. Ella involucra la dimensión subjetiva, en la cual interviene tanto lo psicológico como lo cultural en la concepción y percepción de la enfermedad como tal.

La representación de enfermedad en antropología médica se ha materializado en los trabajos que diferencian *disease* de *illness*. La primera se refiere a la alteración biofísica, objetiva y detectable. La segunda corresponde a la experiencia subjetiva, al sentido que adquiere dentro de un grupo humano particular; se puede traducir al español como padecimiento o dolencia. Esta distinción es aportada por Fábrega, citado por Díaz.

Uno de los aportes más notorios de la Antropología Médica sobre las diferencias en la representación social de la enfermedad fue hecho por Kleinman: ‘*Disease* se refiere a las anomalías en la estructura y/o función de los órganos o sistemas orgánicos a estados patológicos sean o no culturalmente reconocidos. Es el terreno del modelo biomédico. *Illness* se refiere a las percepciones de las personas y a las experiencias de ciertos estados socialmente demeritados que incluyen, pero no se limitan a *disease*. *Sickness* es un término general para etiquetar eventos que involucran *disease* y/o *illness*’.

El interés de Kleinman sobre las creencias y prácticas médicas es fundamentalmente clínico para ver cómo los sistemas de conocimiento y práctica médica capacitan a la gente para a) construir *illness* como una experiencia psicosocial; establecer criterios generales adecuados para guiar el proceso de búsqueda del cuidado de la salud y evaluar la eficacia potencial de diferentes aproximaciones de tratamiento; c) administrar episodios de *illness* a través de operaciones comunicativas tales como la clasificación y explicación, d) proveer actividades sanativas (como intervenciones terapéuticas y cuidados de soporte) y e) administrar los resultados terapéuticos (que incluyen enfermedades crónicas y la muerte misma).

Con base en lo anterior, se podría afirmar que la morbilidad equivale a la distribución de *disease* dentro de poblaciones humanas desde una perspectiva ética. Por tanto, la morbilidad como indicador puede medirse en términos de personas enfermas o de episodios de enfermedad; y en cualquiera de estas circunstancias, estimarse la duración del fenómeno correspondiente. Los datos básicos, pero no únicos, para la medición de morbilidad provienen de los registros médicos clínicos que corresponden a la morbilidad diagnosticada. Es decir, la que los médicos registran en los servicios, públicos y privados, y que luego debe, o debería, llegar a una agencia central que compile y procese para dar origen a tasa de morbilidad general o específica de acuerdo con los requerimientos de salud pública.

Sin embargo, no todo el mundo acude al médico cuando enferma, o tiene acceso a una institución prestadora de servicios de salud, lo cual implica que muchas enfermedades no son registradas. Ello ocasiona un subregistro involuntario de información. Para cubrir esa deficiencia se pueden realizar encuestas masivas o sondeos exploratorios a las poblaciones, en los cuales se pregunta a las personas de qué se han enfermado durante cierto período. Esta información se refiere a la morbilidad sentida.¹⁰

No obstante, en las consultas o encuestas masivas sobre morbilidad no se suele preguntar sobre todo tipo de caracterización de enfermedad, como en las concepciones o representaciones de enfermedad propias de otras tradiciones médicas, más exactamente las de los pueblos nativos o las que llegaron a América con el proceso de conquista o colonización. Por esta razón, se puede afirmar que también existe un subregistro de illness. Para suplir esa deficiencia y complementar los registros institucionales sobre enfermedades, es posible explorarlas intencionalmente con metodología cualitativa, por ejemplo, con entrevistas a profundidad, lo cual permitiría acercarse a conocer la representación social de la enfermedad y apreciar las diferencias entre la visión ética y émica o entre illness y disease.¹⁰

Habitualmente en Salud Pública se emplean tres parámetros para aproximarse a la morbilidad sentida: percepción de enfermedad, necesidad de consultar y efectos producidos. Éstos implican un prediagnóstico del individuo, quien evalúa y decide cuál agente de salud lo deberá atender en primera instancia: la madre en el hogar, el farmacéuta, un curandero, un chamán o un médico. Esa decisión está influenciada básicamente por la cultura del individuo, la representación social de la enfermedad que lo afecta, la experiencia previa con los agentes de salud y la accesibilidad geográfica, económica y cultural al agente de salud.

La morbilidad sentida es la percepción de hechos, acciones o estados que afectan negativamente al organismo y/o las actividades habituales de los miembros de una comunidad, cuyas manifestaciones pueden percibirse a nivel orgánico, social o psicológico, en igual o diferente proporción, dependiendo de las características del fenómeno socioculturalmente clasificado como mórbido. La morbilidad individualmente sentida es percibida en el nivel personal pero no necesariamente en el nivel social. La morbilidad socialmente sentida es percibida por la sociedad o comunidad a raíz de afectar las relaciones entre individuos, las instituciones y normas sociales. La morbilidad culturalmente sentida se manifiesta cuando afecta el conjunto de valores, normas, actitudes y prácticas, creencias y significados compartidos por una comunidad o sociedad.

Este modelo de morbilidad sentida, que profundiza en su uso como indicador cualitativo de la percepción directa de los sujetos de un estado de enfermedad, tiene la ventaja de aproximarse a ella desde una perspectiva émica, lo cual facilitaría el registro de las enfermedades de filiación cultural, que no son asentadas en los formularios médicos, pues no son legitimadas por el sistema de salud occidental dominante. La morbilidad sentida también permite conocer directamente las necesidades vividas por la gente desde su propia óptica. Por tanto, diversos sectores sociopolíticos pueden dirigir su atención a ámbitos que no se han tenido en cuenta desde una visión institucional. En consecuencia, recoger la información sobre morbilidad sentida tanto con la óptica médica como con la del común de la gente permitirá conocer las dimensiones objetivas y subjetivas sobre las que habría que actuar con programas de salud verdaderamente multiculturales, dada la diversidad émica y cultural.

El estudio del Banco Mundial “La Voz de los Pobres” recoge las opiniones de más de 60.000 pobres de todo el mundo. La salud surgió como tema principal en las entrevistas y discusiones, ante la sorpresa de los investigadores puesto que no se incluyeron preguntas de sondeo sobre la salud o la enfermedad. Esto refleja la importancia extrema de la salud para la vida de los pobres. En primer lugar, las personas pobres consideran y valoran su salud en un sentido holístico, como un equilibrio entre el bienestar físico, psicológico y de la comunidad. Es notable la coincidencia en esta opinión, que no muestra diferencias en razón de la edad, sexo, nacionalidad ni cultura y que es compatible con la definición de la OMS. En segundo lugar, las personas relacionan las enfermedades y la mala salud con la pobreza. Definen la pobreza de la manera convencional (falta de ingresos) y también como inestabilidad, preocupación, vergüenza, enfermedad, humillación e impotencia. Tercero, la buena salud es valorada no solo por derecho propio, sino también porque es crucial para la supervivencia económica.¹³

La teoría del valor y la salud

Siguiendo a J. Gevaert (1984), en el Problema del hombre. una introducción a la Antropología Filosófica, podríamos definir el valor como todo lo que permite dar un significado a la existencia humana y todo lo que permite ser verdaderamente hombre. Esta definición de los valores implica que el valor es el fundamento por el que una cosa se presenta como un bien.¹⁴

Los valores para ser reales necesitan un mundo concreto donde manifestarse, es decir, que no existen sin más o como idea pura. Sólo existen si son realmente encarnados en un mundo material y cultural concreto. Algo parecido a lo que sucede con el pensamiento y la palabra, puesto que el primero no tendría sentido sin su expresión real.

Así, los llamados valores morales existen en la medida que interaccionan en las relaciones entre los seres humanos, por lo que su modo habitual de expresarse será a través de normas de conducta, leyes o estructuras de comportamiento. Es más, podemos decir, como afirma Gevaert, que los valores no existen sin el hombre que con ellos está en disposición de dar un significado a la propia existencia. Por lo que las cosas adquirirán un valor en la medida en que se inserten en ese proceso de realización humana.¹⁴

El problema surge cuando vemos que ha de ser el hombre el que elabore dicho reconocimiento creando un mundo cultural de bienes materiales, de técnica, de ciencia, de arte, de derecho o de pensamiento, buscando su destino final y su propio significado. Por eso se afirma que los valores no son un hecho natural, sino un producto de la propia existencia humana. Es decir, los valores no responden a la dinámica naturalista de los procesos innatos para satisfacer deseos o necesidades, sino que suponen todo lo que permite a los hombres realizar su existencia y darle, así, un significado.

Los valores no son nunca valores exclusivamente de una persona, sino que lo son también para los demás, hasta el punto que suponen un elemento esencial de referencia de los otros. Además, todo valor aparece enmarcado en una cultura determinada, aunque no se puedan reducir a la misma, pero parece claro que tales valores se imponen en un marco cultural de reconocimiento mutuo. Como advierte E. Levinas (1997) en *Totalidad e infinito*, los valores me permiten reconocer al otro y responder a su llamada, y me permiten, asimismo, enfrentarme con el rostro del otro. Por tanto, es esencial al valor la exigencia de comunicabilidad.

Queda preguntarnos cómo se desarrollan los valores en nuestra conciencia individual, es decir, cuál es la génesis personal de los valores que adoptamos en nuestro proyecto vital. Siguiendo a Brandt (1982) en *Teoría ética*, podemos comenzar por el nivel primario de aprendizaje, también de valores, que es en el entorno familiar, donde, evidentemente, las experiencias del niño guardan una relación estrecha con el contenido de los valores aprehendidos. Los niños aceptan inicialmente lo que sus padres entienden por bueno o malo, por justo e injusto, por placentero o desagradable. Luego, a medida que crecen, pasan a poner en cuestión tales principios, aunque no tanto por una reflexión teórica sobre los mismos, como por el lógico rechazo propio de la autonomía del crecimiento. Pero con la madurez, tendemos a repetir muchos comportamientos valorativos heredados de nuestros educadores, aunque ya no recordemos quién nos los transmitió o cómo han pasado a formar parte de nuestra personalidad.

El componente valorativo siempre ha estado presente en la actividad médica. Las concepciones filosóficas que

fundamentan el conocimiento médico desde la antigüedad hasta nuestros días, incluyen el aspecto axiológico como elemento primordial, producto del condicionamiento social de la Medicina, de la especificidad gnoseológica de la actividad médica y de las características de la práctica médica, que es ante todo una relación social: relación médico-paciente.¹

La Medicina griega, influida notablemente por la filosofía de la naturaleza, consideraba que la práctica médica era un arte (tekné): el arte de organizar externamente la naturaleza humana para restablecer el orden, la norma... "La enfermedad es una desviación de la norma, y la cura un retorno a la naturaleza..." Para el médico-filósofo Alcmeón de Trotona, la salud radica en la isonomía o equilibrio e igualdad de las "fuerzas" de lo húmedo, seco, frío, caliente, amargo, dulce y otras, mientras que la monarquía de una de estas provoca la enfermedad (Laín, 1972), en *Historia universal de la medicina*, citado por Prieto¹. La armonía, simetría, equilibrio, medida, es para los griegos sinónimo de salud y por ende valores positivos, en tanto que el desequilibrio, desarmonía y preponderancia de uno de los elementos sobre los demás equivale a la enfermedad¹.

La medicina hipocrática es una expresión de estas concepciones; en el equilibrio de los humores está la clave de la salud del hombre y en su desequilibrio la enfermedad. Hipócrates sintetizó genialmente las más brillantes concepciones de la medicina griega en cinco ideas esenciales: universalidad e individualidad, principialidad, armonía, racionalidad y divinidad. En Hipócrates, como en otros médico-filósofos griegos, la armonía, el equilibrio, la belleza, el orden, la norma, la razón o logos y la justicia son valores universales y esenciales. Según Platón, la virtud, la belleza y la perfección, que brotan de la idea del bien... "causa de la ciencia y de la verdad y supera en belleza a estas..." son valores absolutos y universales y se manifiestan en la utilización de los objetos o fenómenos (Laín, 1972 en *Historia universal de la medicina*, citado por la OMS 13). La idea del bien proporciona utilidad y positiva ventaja a la justicia. A pesar de su idealismo, Platón analiza los valores en un sentido positivo y humano.

En su jerarquía de valores, Scheler ubicó en primer lugar los valores religiosos, en segundo lugar, los valores espirituales (a los cuales corresponden los valores estéticos, así como el conocimiento puro: la filosofía). En tercer lugar se encuentran los valores vitales (donde se ubica la salud, la enfermedad, la vejez, la muerte, la ascensión y decadencia, agotamiento y exuberancia, y lo bueno y lo malo en sentido de habilidad y eficiencia) y por último, los valores agradables – desagradables, a los que corresponde la función del sentir sensible de gozar y sufrir.¹

Valor en medicina es la significación socialmente positiva de la actividad médica para satisfacer las necesidades de salud de la población. La valoración es el reflejo subjetivo de la significación socialmente positiva de la actividad médica para satisfacer las necesidades de salud de la población en relación estrecha con los intereses, concepción del mundo y fines del médico.¹

El valor es una relación del objeto hacia el sujeto y la valoración es una relación del sujeto hacia el objeto. En la actividad médica no podemos obviar la relación sujeto-sujeto como forma polimodal de la relación sujeto-objeto, que en la atención primaria de salud se presenta como relación médico-paciente-comunidad. Consideramos que la relación médico-paciente-comunidad es 1:

- Una relación de interacción, en la que surgen valores de actitud, tales como: disposición a adoptar conductas favorables a la salud por parte del paciente y la comunidad, y disposición del profesional de la salud a modificar conductas no saludables.
- Una relación instrumental (técnica), en la que se desarrollan valores instrumentales: empleo de valores cognitivos y de técnicas, terapéuticas y otros recursos para lograr el cambio deseado y propuesto: de la enfermedad a la salud y de la salud a la salud. En esta relación se producen valoraciones respecto al uso de los conocimientos y las técnicas.
- Una relación societal, en la que los valores morales ocupan un lugar preponderante. Los valores humanos se transmiten en esta relación, fundamentándola y trazando sus objetivos. Existe un nexo estrecho entre la salud y los valores morales; la salud es un importante valor social.
- Una relación afectiva (volitiva): los valores de sentido y significación de pertenencia a una sociedad dada resultan vitales.
- Una relación emocional- sensible: los valores espirituales son intrínsecos a la actividad médica. La Medicina es un valor material y espiritual a la vez.

La contextualidad de la relación médico-paciente-comunidad hace que los valores culturales cobren una importancia trascendental, sobre todo en la atención primaria de salud, donde el éxito de dicha relación depende en buena medida de la conjugación entre los valores fundados en la actividad médica y los valores de la comunidad.¹

Entre el valor y la valoración médica existe una relación indisoluble donde las necesidades de salud del paciente representan el soporte material de este proceso. Las necesidades de salud constituyen un conjunto de exigencias objetivas y subjetivas de cuya satisfacción depende el funcionamiento óptimo de la biología humana, de la psiquis humana y de la vida social del hombre.¹

Dentro de estas se encuentran las necesidades de asistencia médica, de conocimiento de la salud, de comunicación, de seguridad social y de realización personal y desarrollo de la personalidad. (Borroto, 1997 en Bioética desde una perspectiva cubana, citado por Prieto 1). Otras no menos importantes son las necesidades culturales. El hombre es un ser biosociocultural; sus costumbres, tradiciones y modos de hacer expresan el grado de desarrollo alcanzado en relación con su salud física, mental y social. La actividad médica se sustenta en tradiciones profundamente arraigadas en la historia de la humanidad. El dominio de su naturaleza interna es un proceso análogo al dominio y transformación de la naturaleza exterior.¹

La cultura sanitaria ha alcanzado un desarrollo insospechado en las últimas décadas, el hombre dejó de ser un sujeto pasivo de la actividad médico-profesional para convertirse en un artífice de su salud. Sin salud no hay cultura y sin cultura no hay salud.¹

El sistema de valores de la profesión médica es el conjunto de valores que guían el sentido y orientación de la actividad médica, a la vez que regulan positivamente la relación médico-paciente. Tiene las siguientes funciones¹:

1. Indican la orientación y sentido humano y científico de la medicina: preservación de la vida y la salud, lucha por el bienestar humano y el mejoramiento de la calidad de vida.
2. Regulan la relación médico-paciente.
3. Establecen la significación social de la actividad médica.
4. Preservan la continuidad y progreso de la tradición médica como una importante conquista de la humanidad.
5. Sistematizan el conocimiento y la práctica médica.

Los valores de la medicina son:

- **Valores morales:** designamos como tal la significación social positiva de las normas, principios, ideas y costumbres que regulan la conducta humana. Dentro de ellos se encuentran la sensibilidad, solidaridad, amor al prójimo, honestidad, responsabilidad, valentía, respeto, confidencialidad, patriotismo, legalidad, identidad y otros.
- **Valores cognitivos:** Abarcan la significación social positiva de las concepciones, hipótesis, teorías, leyes, instrumentos y técnicas médicas. Aquí se ubican las concepciones sobre terapéuticas y fármacos, habilidades, destrezas, instrumentos, tecnología médica, teorías, hipótesis, principios y leyes médicas, funcionamiento de instituciones y organizaciones médicas, entre otros.
- **Valores culturales:** Se refieren a la significación social positiva de las tradiciones, costumbres y

modos de hacer que expresan el grado de desarrollo alcanzado por el hombre en la interacción naturaleza-sociedad-hombre y cultura. Abarcan los valores estéticos, jurídicos, políticos y en sentido amplio los restantes valores señalados.¹

Los valores morales son los fundamentales en la profesión médica porque imprimen un sentido humanista a la actividad médica, considerando al hombre no como un medio, sino como fin en sí mismo. Regulan las relaciones entre el médico, el paciente, la familia, la comunidad y la sociedad, con el fin de lograr el bienestar humano. Impiden que la actividad médica se oriente a la búsqueda de privilegios o beneficios económicos y la enfilan al individuo y a la humanidad. Preservan la conducta positiva del médico en el seno de la sociedad. Integran los valores cognitivos y culturales al sentido de la vida del profesional de la salud.¹

Otros valores a los que se orienta la profesión médica son: vida (valor fundamental), salud, integridad física y mental, bienestar, felicidad y organismo humano. Así también familia, comunidad y sociedad.¹

El objeto de la valoración médica comprende la significación del paciente como integridad y la significación de la calidad de la atención médica. Abarca la significación de las condiciones sociales de existencia de los hombres, del lugar y papel de estos en el organismo social, de los procesos psico-emocionales: sentimientos, personalidad, motivaciones, actitudes y esfera volitiva y del sustrato anatómo-fisiológico del individuo: órganos, aparatos, sistemas de órganos, vistas en su estructura, funcionamiento e interrelación con el medio.

El paciente es un objeto muy especial pues como ser humano valora su estado de salud y las acciones del médico. Al enfermar se produce un cambio significativo en el individuo, desde el ángulo natural, social y psico-emocional. Este último es muy importante, pues se experimentan nuevas y variadas sensaciones, en su mayoría de carácter negativo: ansiedad, frustración, impotencia, rechazo a la enfermedad e impaciencia.

El objeto de la valoración médica no se mantiene estático, como no se mantiene estática la enfermedad. El desequilibrio puede ser más o menos acentuado.

La valoración que hace el paciente de su estado de salud depende de varios factores: biológicos: grado de afectación a la salud, edad, sexo; subjetivos: personalidad (temperamento y carácter); educación e información respecto a su problema de salud; costumbres, concepciones y valores culturales y socioeconómicos: condiciones materiales de existencia; ingresos, rol familiar y social, acceso a los servicios de salud, etc. En relación con

estos factores, el individuo hace valoraciones positivas o negativas respecto a su problema de salud.

Aunque los factores emocionales influyen en la valoración médica, es un proceso esencialmente racional en el cual el papel del pensamiento abstracto es determinante: los conceptos y teorías médicas sustentan el proceso. Mientras más sólidas son las teorías, más acertadas son las valoraciones.

En el proceso valorativo, el médico debe contar con lo impredecible, es decir, con manifestaciones no previstas de antemano que pueden ser muy significativas en el curso de la enfermedad. Ha de tener presente los límites de su conocimiento; las valoraciones médicas deben ser suficientemente razonadas.

Aunque las valoraciones son subjetivas, por su contenido son objetivas; reflejan al paciente como integridad y la calidad de la atención médica brindada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prieto D. La reflexión axiológica y el sistema de valores del profesional de la salud. *Rev Hum Med.* 2001; 1(1).
2. Bunge M. *Epistemología.* México: Siglo XXI; 1980: 214-17.
3. Vásquez A. De la Antropología Médica a la Latrofilosofía: El estatuto ontológico de la enfermedad. *Revista Observaciones Filosóficas.* 2006; 2.
4. Mainetti J. *La transformación de la medicina.* La Plata: Quirón, 1992.
5. Norero C. Humanismo y medicina. La proyección humanista en la enseñanza de la medicina chilena del S. XXI. *Rev Chil Pediatr.* 2003; 74(3): 253-255.
6. Albertos F. *Una medicina para el siglo XXI.* Madrid: Pirámide; 1996.
7. Makabe P. *El cambio epistemológico.* Lima: San Marcos; 1989.
8. Granda E. ¿Quo vadis salud pública? II Conferencia Nacional en Salud. Agosto 2004.
9. Pérez C. Criterios de salud en mujeres de diferentes edades. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2004; 20(1).
10. Díaz M. *El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto: una perspectiva sociocultural.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.
11. Wagner A. *Pobreza y cultura. Crisis y concierto.* Lima: PUCP, 1982.
12. Alarcón A, Vidal A, Neira J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. *Rev Med Chile.* 2003; 131: 1061-65.
13. OMS. *Muriendo en espera de un cambio: experiencia de los pobres acerca de la salud y la mala salud.* Francia, 2002.

14. López de Goicochea J. Ética y biotecnología: consecuencias del cambio de paradigma [Internet]. 2005; 3. [Consulta: 10 de julio de 2008]. Disponible en:http://www.uax.es/publicaciones/archivos/SABFUN05_04.pdf

Presentado:

21/10/08

Aceptado para su publicación:

14/12/08