

JOSÉ ROQUE JUNGES

**SALUD, MEDIO AMBIENTE Y
ENFERMEDADES CRÓNICAS:
ASPECTOS BIOÉTICOS**

Profesor e investigador de los programas de postgrado de Salud Colectiva de la UNISINOS, en São Leopoldo, RS, y de Bioética de la UNB, en Brasília, DF.

SALUD, MEDIO AMBIENTE Y ENFERMEDADES CRÓNICAS: ASPECTOS BIOÉTICOS

JOSÉ ROQUE JUNGES

INTRODUCCIÓN

La realidad sanitarista de Brasil está cada vez más determinada por la transición demográfica y epidemiológica como factores que hoy conforman las condiciones de salud de la población, desde hace siglos agravadas por la situación de exclusión social. La combinación de enfermedades crónicas con la pobreza crea un contexto de extrema vulnerabilidad que requiere, además de la atención clínica adecuada del individuo, políticas intersectoriales de carácter colectivo en el ambiente de sociabilidad de aquel individuo.

El sistema de salud no está preparado para manejar el aumento de las personas con enfermedades crónicas, ya que se organiza para enfrentar los eventos agudos. La clínica actual para el tratamiento de los agravamientos agudos no es adecuada para apoyar a las personas con enfermedades crónicas, dependientes del recorrido longitudinal de la vida afectada por la enfermedad crónica y en el contexto en que se desarrolla esta vida. Por lo tanto, es necesario considerar otro paradigma clínico para tener firmeza en el cuidado de personas con enfermedades crónicas (Mendes, 2012).

Esta nueva clínica dependerá de una comprensión más refinada y compleja de la propia salud. ¿Qué significa tener salud en una situación de condiciones crónicas? En primer lugar, la salud no puede ser pensada como el opuesto de la enfermedad. Siguiendo la tradición de Canguilhem (2009) e Illich (1981), se puede decir que la posibilidad y el propio hecho de

enfermarse es parte del ser saludable. Por lo tanto, es necesario definir la salud como la capacidad de hacer frente a la enfermedad y reaccionar a ella. Esta capacidad es del sujeto afectado por la enfermedad, pero la activación de esta capacidad depende en gran medida de las condiciones ambientales de su contexto sociocultural. Estas condiciones se identifican con diferentes recursos naturales, simbólicos, psicológicos, económicos y sociales del entorno de sociabilidad del enfermo crónico, que le permite tener una vida con calidad, lidiando con las determinaciones de la cronicidad de sus condiciones. Por lo tanto, la salud en una situación crónica exige ser considerada y manejada en relación con la subjetividad de la persona afectada con una enfermedad crónica y con su entorno de inserción y de convivencia social.

Esta interfaz entre la salud y el medio ambiente ofrece nuevos desafíos éticos para los profesionales de este sector. Estos retos son guiados por dos principios: por un lado, no cuidar de alguien individualmente sin la debida atención a las condiciones colectivas de pertenencia de aquel individuo; por otro, para un cuidado eficaz no se puede disociar el cuidado y el manejo, ya que este crea las condiciones para que aquel pueda actuar eficazmente. La respuesta a los retos dependerá de la consideración de estos dos principios.

VISIÓN AMPLIADA DE LA SALUD Y DE LA CLÍNICA

El contexto sanitarista del aumento gradual de las enfermedades crónicas en la población brasileña impone repensar totalmente la manera de tratar y clínicamente acompañar estos casos y la forma de entender lo que es la salud. Las condiciones crónicas, por una parte, son un desafío teórico para llegar a una mejor definición de la salud y, por otra, un desafío práctico para construir un nuevo modelo clínico para estos casos, ya no caracterizado por la atención episódica para eventos agudos sino por los seguimientos longitudinales, en que las enfermedades crónicas son un elemento biográfico del itinerario individual existencial.

Si, en las enfermedades crónicas, la enfermedad se convierte en parte de la propia existencia de la persona, ahí la calidad de vida y la salud

necesitan incluir este elemento en su comprensión, porque es parte de la biografía. La enfermedad crónica significa un elemento perturbador en la manera de vivir la vida, con el que tenemos que aprender a lidiar. No se trata de adaptarse a este elemento, sino de encontrar dispositivos para reaccionar ante sus consecuencias perjudiciales para la vida cotidiana. Se trata de pérdidas que deben ser compensadas para no sólo ser capaz de tratar con ellas, así como llevar a la vida con la mayor calidad y salud posibles en aquella situación. En este sentido, la salud es la capacidad de reaccionar y manejar factores perturbadores que interrumpen el camino de la vida, encontrando formas y dispositivos que permiten la calidad de vida y el sentido de la existencia en medio de las pérdidas y las debilidades percibidas.

Dos categorías, una tomada de la biología, la autopoiesis, y otra de la psicología, la resiliencia, pueden ayudarnos a entender esta capacidad.

Los biólogos Maturana y Varela (1997) revolucionaron la comprensión de los seres vivos al proponer la definición de su identidad no más teniendo en cuenta las características morfológicas, pero su organización autopoietica. Cualquier sistema vivo se configura como autopoiesis, pues está capacitado para reorganizar sus componentes en una nueva organización, cuando sufre perturbaciones. En este sentido, la autopoiesis es la capacidad de reaccionar de cada ser vivo. Así la vida se identifica fundamentalmente con la autonomía. Lo que caracteriza a un ser vivo no son sus componentes o la suma de ellos, pero el modo de organizarlos debido a su capacidad autopoietica. El ser vivo muere cuando pierde esta capacidad, porque no puede hacer frente al desorden que proviene del entorno al que se adjunta.

El ser humano tiene una organización autopoietica mucho más compleja por ser un ente biocultural que tiene, al mismo tiempo, lenguaje y conciencia. Así la autopoiesis humana significa una complexificación de la capacidad de reordenar sus componentes en una nueva organización. Salud significa autopoiesis; enfermedad, un ataque a la organización autopoietica; y la muerte, la pérdida total de esta capacidad. En ese sentido, la salud no se puede definir o caracterizar simplemente por la presencia de ciertos componentes, sino por la capacidad de reordenar estos componentes en una nueva organización existencial. En los seres humanos, la organización autopoietica tiene una complejidad que abarca las dimensiones

somáticas, psíquicas, sociales y espirituales. Sin embargo, como ocurre con todos los seres vivos cuya capacidad autopoietica está estrechamente unida y dependiente del ecosistema en el que se vive, en los seres humanos, de la misma manera, la capacidad autopoietica biocultural retira de su contexto ecosociocultural los recursos para reordenarse en una nueva síntesis existencial, cuando la vida sufre perturbaciones.

En la psicología, resiliencia significa recuperarse, seguir adelante después de la ocurrencia de un hecho inquietante de la vida. Comprende primero resistir a las consecuencias negativas de este hecho, tratando de superar sus efectos, para seguir viviendo de la mejor manera posible. Implica que la persona traumatizada se superponga al hecho inquietante y se reconstituya.

La resiliencia es la capacidad de desarrollarse bien para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de los acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves. Es la capacidad humana universal para hacer frente a, superar, aprender o incluso ser transformado con la adversidad inevitable de la vida. Esta capacidad de protección le permite a uno hacer frente a los efectos nocivos de la adversidad y superarlos. Esto implica tratar de transformar intemperies, momentos traumáticos y situaciones difíciles e inevitables de la vida en nuevas perspectivas para seguir viviendo con sentido (Manciaux, 2003).

La resiliencia es una capacidad subjetiva, sin embargo, no significa de ninguna manera una habilidad innata de superación de alguien superdotado que es independiente del medio, pero una aptitud posibilitada por el ambiente familiar y social de hacer frente a las frustraciones, donde ese individuo vivió principalmente en el inicio de su vida y cuya capacidad sigue dependiente de su contexto de sociabilidad, de donde saca los recursos simbólicos para superar los efectos negativos de los acontecimientos estresantes.

Si la salud en el contexto de las condiciones crónicas debe ser entendida como la capacidad autopoietica y resiliente para hacer frente a sus factores perturbadores y reaccionar a ellos, la clínica necesita ser repensada para permitir el surgimiento de otro modelo terapéutico de atención a las personas que sufren de enfermedades crónicas. Esta clínica tendrá que incluir la dimensión del autocuidado acompañado, por el que el paciente

crónico es acompañado totalmente para que pueda ir asumiendo el autocuidado de su enfermedad crónica.

Dos factores sirven de base para este nuevo modelo: la singularidad de la enfermedad humana y el contexto/entorno de sociabilidad de este enfermarse. La condición crónica de un diabético o hipertenso no puede ser tratada universalmente, debido a que cada caso es único, clínicamente hablando. Por lo tanto, es necesaria una especial atención a esta singularidad para entender la experiencia biográfica subjetiva de la enfermedad y de la forma de lidiar con las consecuencias de enfermarse. Esta es la base para que pueda haber un pacto entre el profesional y el usuario sobre el itinerario terapéutico acordado entre los dos y necesitado de revisiones periódicas y renegociaciones. Sólo con la atención y el fortalecimiento de las potencialidades de motivación y de responsabilización del propio enfermo crónico, es posible lograr el objetivo de autocuidado, que será monitoreado continuamente por el equipo de profesionales de la atención primaria.

Sin embargo, no es suficiente sólo la atención singular amparada de la persona con enfermedades crónicas sin tener, al mismo tiempo, una mirada y una consideración por el ambiente/contexto de su sociabilidad, porque ahí es donde el enfermo crónico encontrará recursos y dispositivos, desde biopsíquicos hasta simbólico-culturales, para hacer frente a las consecuencias de su cronicidad. Este entorno/contexto abarca desde el ámbito familiar y del barrio hasta el espacio socioambiental del barrio y la situación social y política del momento histórico. Este entorno explica los determinantes sociales y culturales de la experiencia del enfermarse y de la comprensión de sus límites y sus exigencias.

Así, por ejemplo, los diabéticos y los hipertensos se les recomiendan prescripciones de dieta y ejercicios físicos. Sin embargo, la dificultad económica para adquirir la comida y el desprecio por su significado simbólico y social, enraizado en profundas tradiciones familiares, hace con que estos consejos prescriptivos muchas veces sean incumplidos. Por lo tanto, es necesario en este caso garantizar la participación del entorno familiar para que haya eficacia. El enfermo crónico necesita recibir incentivos por parte de su círculo familiar y de su red de apoyo social para que asuma su autocuidado. Otro ejemplo es la cuestión de los ejercicios físicos, que requieren un entorno propicio para su realización. La mayoría de las personas

con enfermedades crónicas vive en barrios sin un espacio adecuado para caminar o estructuras para desarrollar el ejercicio. En ese sentido, el incentivo para que la gente se articule a través de sus representaciones vecinales para exigir al gobierno la construcción de estos espacios es parte del seguimiento de sus enfermedades crónicas.

Estos determinantes contextuales locales se insieren en un contexto más amplio, que es el medio ambiente como un lugar de la sostenibilidad socioambiental y de la reproducción social de la vida. Este entorno establece las condiciones de la vida, incluyendo el saneamiento básico, áreas de recreación, viviendas no contaminadas con respecto al aire y al agua y las medidas de seguridad contra la violencia, para que la gente puede disfrutar de buen estado de salud. Sin estas condiciones mínimas, es imposible el seguimiento y el autocuidado resolutivos de los enfermos crónicos que afecten de manera efectiva en la mejora de su morbilidad. Por lo tanto, no se puede pensar en la salud y en la consiguiente atención de estas personas sin incluir, en el monitoreo, su contexto sociabilidad y entorno de vida.

TERRITORIO, MEDIO AMBIENTE Y SALUD

Hoy en día, la atención básica de salud está cada vez más organizada y guiada por el territorio adscrito de la población atendida por un equipo en particular. En este sentido, el territorio es uno de los ejes de la atención primaria, pero para ello es importante entender que es lo que significa el territorio en su relación con la salud. Territorio puede tener un significado administrativo de organización espacial de la responsabilización. Según este entendimiento, el territorio es algo externo a la salud y sirve sólo para fines de administración del sistema. Pero si el territorio significa la apropiación simbólica y social de un área geográfica como ambiente de la sociabilidad de un grupo humano en particular, entonces él está estrechamente relacionado con las condiciones de salud de aquella población.

Esta zona geográfica formada de esta manera es el lugar de la construcción y operación de las redes de apoyo social de la comunidad que habita este territorio adecuado. Ser parte de este espacio de la sociabilidad cotidiana de un grupo determina la identidad de sus habitantes y define las

habilidades para participar en las redes y acceder a los servicios ofrecidos por este espacio social simbólico.

Si los determinantes sociales dan forma a la situación de salud de un grupo social, entonces la salud está esencialmente vinculada al espacio social que configura estos determinantes y permite el surgimiento de las redes sociales de apoyo y convivencia. Por lo tanto, una comprensión completa de la salud incluirá las condiciones espaciales para la reproducción social de la vida o para la promoción de la calidad de vida, ya que el espacio social proporciona el apoyo, los recursos y las herramientas para responder a cualquier violación del equilibrio vital. Por lo tanto, la salud es la resiliencia o la capacidad de reacción, dependiendo principalmente del entorno colectivo que constituye el espacio geográfico.

En este sentido, los propios servicios del sistema de salud deben trabajar en coordinación con este espacio social. La efectividad del acceso y de la respuesta a las necesidades dependerá de su integración dentro de la sociabilidad cotidiana de los usuarios. Sólo entonces será posible detectar contextos de vulnerabilidad y recoger datos epidemiológicos efectivos sobre el estado de salud de aquella comunidad.

Este entendimiento se manifiesta en los territorios de los equipos de la Estrategia Salud de la Familia, que se definen como el espacio de las sociabilidades cotidianas de los usuarios y no como adscripción territorial definida por criterios numéricos y administrativos. La atención al entorno es una de las características de la estrategia y una de las funciones de los agentes comunitarios, pero este ambiente no es simplemente el ecosistema natural, sino el espacio que fue apropiado por el uso social por parte de actores y proyectos que han dado forma a este territorio. Esta apropiación respondió a intereses a menudo antagónicos, dando origen a conflictos ambientales que han externalizado los costos ambientales que inciden sobre la salud de los usuarios de ese territorio. Esta estrecha interacción entre la salud y el espacio geográfico requiere una visión ecosistémica de la propia salud, incluyendo en su comprensión los conceptos de desarrollo, sostenibilidad y justicia ambiental.

El desarrollo no se identifica simplemente con el progreso económico, expresado por el PIB, sino que significa la mejora de las condiciones sociales de vida de la población, generando bienestar colectivo y per-

mitiendo una mayor calidad de vida. Los criterios de evaluación de esta mejora proporcionada por el desarrollo es la sostenibilidad y la justicia ambiental. Sostenibilidad significa la reproducibilidad de las condiciones naturales para la permanencia de la biodiversidad base para crear las condiciones sociales de reproducción de la vida y de la salud. El criterio negativo para evaluar esta sostenibilidad es la justicia ambiental que apunta al uso equitativo de los recursos naturales y al destino de los daños y los costos ambientales de este desarrollo. El concepto de huella ecológica ayudó a entender que ciertos países y grupos sociales gastan mucho más recursos naturales para producir los bienes que consumen que otros, que expresan niveles muy bajos de consumo. Esta falta de equidad en el uso de los recursos es totalmente injusta, haciendo con que el desarrollo ambiental y social sea insostenible. Lo contrario de este uso no equitativo de los recursos son los costos y los daños ambientales de este desarrollo destinados y empujados, en general, a las poblaciones socialmente vulnerables y a áreas ambientalmente frágiles, dando origen a espacios de injusticia ambiental, que afecta a la vida y la salud de los que habitan estos espacios, porque destruye el entorno de reproducción de sus condiciones de vida.

Si los enfermos crónicos necesitan ser promovidos y sostenidos en su autonomía en el cuidado y en la capacidad de reacción frente a los riesgos de empeoramiento, sus condiciones ambientales y sociales de vida y de sociabilidad conforman el contexto de lo cual ellos sacan los diferentes recursos necesarios para esta reacción y esta atención. Contextos ambiental y socialmente insalubres no ofrecen las condiciones para asumir el autocuidado acompañado de su condición crónica. Tomar decisiones individuales en favor de una mejor calidad de vida depende de la utilización de contextos colectivos de calidad de vida. Esto significa que el seguimiento de enfermos crónicos requiere una mirada más amplia y una preocupación intersectorial con los entornos en los que viven y conviven.

LA PLANIFICACIÓN COMO UNA EXIGENCIA ÉTICA DE LA RESPONSABILIZACIÓN CLÍNICA Y SANITARISTA

La estrecha relación entre la salud y el medio ambiente y la consecuente comprensión ecosistémica de la propia salud destaca el hecho de

que no basta sólo deliberar clínicamente con los enfermos crónicos sobre sus itinerarios terapéuticos, pero al mismo tiempo, es necesario preocuparse estratégicamente sobre su colectivo para la planificación y la coordinación intersectorial de las condiciones ambientales y sociales de la salud en su territorio de sociabilidad. En ese sentido, no se cuidar de alguien de forma individual sin preocuparse con su colectivo de pertenencia y por esto la responsabilización clínica por los enfermos crónicos también abarca una responsabilización sanitarista por su entorno de reproducción social de vida. La responsabilización clínica requiere habilidad para decidir el mejor camino terapéutico, la consecuente responsabilización sanitarista requiere competencia para planificar intersectorialmente las condiciones ambientales y sociales de posibilidad para la realización de este itinerario de cuidado en situaciones de cronicidad.

El profesional de la salud podría decir que estas condiciones no son de su responsabilidad, porque su preocupación ética es con la atención clínica de los enfermos crónicos. Sin embargo, si la atención tiene que ser éticamente resolutive, sin depender de la pura buena intención, sino del alcance de resultados en la mejora de la situación crónica para que haya verdadera responsabilización, entonces el profesional no puede simplemente lavarse las manos y decir que estas condiciones socioambientales no forman parte de su objeto de preocupación ética profesional. Es evidente que el cambio y la mejora de estas condiciones no son responsabilidad directa de los profesionales de la atención primaria, pero como la atención es inseparable de la gestión, ellos tienen que articularse con la comunidad, el concejo municipal, la vigilancia y la gestión de la salud y otros sectores de la administración municipal para planificar estrategias de implementación de acciones intersectoriales para mejorar las condiciones socioambientales de los territorios de su responsabilidad sanitarista. Por lo tanto, la preocupación y la articulación de esta planificación estratégica, que se centra en la responsabilización por el territorio de convivio de la población inscrita, son parte de los requisitos éticos del profesional de la atención primaria en salud (Junges; Barbiani; Zoboli, 2015).

CONCLUSIONES

Esta reflexión permite apuntar a la tesis de que la verdadera complejidad no está en el nivel terciario hospitalario, según lo que generalmente se piensa, ya que este nivel se caracteriza más por una complejidad tecnológica, mientras que el nivel primario, en que ocurre el seguimiento longitudinal de los enfermos crónicos, responde al verdadero significado de una realidad biológica compleja que se define en su complejidad por sus interacciones con el medio ambiente que la hacen reorganizarse continuamente debido a sus respuestas sobre los cambios en sus condiciones ambientales. Así que las manifestaciones de la cronicidad de un paciente dependen en gran medida de las condiciones ambientales y sociales de vida de este enfermo, que le permiten o no la capacidad de reaccionar frente a los riesgos y asumir el autocuidado. Por lo tanto, no existe nada más complejo, clínica y sanitariamente hablando, que acompañará longitudinalmente a un enfermo crónico en los servicios de salud. Este es el gran desafío ético de los profesionales de atención primaria.

REFERENCIAS

Canguilhem, G. **O normal e o Patológico**. Rio de Janeiro/São Paulo: Ed. Forense Universitária, 2009.

Illich, I. **Nêmesis da Medicina. A expropriação da saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1981.

Junges, JR, Barbiani, R, Zoboli, ELCP. **O planejamento estratégico como exigência ética para a equipe e a gestão local da Atenção Básica em Saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 19, n. 53, 2015.

Manciaux, M. **La resiliencia: resistir y rehacerse**. Barcelona: Gedisa, 2003.

Maturana, H, Varela, FJ. **De máquinas e seres vivos: Autopoiese – a organização do vivo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

Mendes, EV. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Opas/Conass, 2012.