

CRISIS Y SALUD: UNA OCASIÓN PARA REPENSAR MODELOS (Y ACCIONES)

Crisis and health: an occasion to rethink models (and actions)

Luca Valera*

Pontificia Universidad Católica de Chile

Francisco de Lara†

Pontificia Universidad Católica de Chile

Resumen

La actual crisis sanitaria nos invita a repensar el actual modelo de salud, así como sus implicaciones antropológicas, sociales y económicas. A partir de una breve historia del concepto de salud, en este artículo tratamos de evidenciar los cambios que ese mismo concepto ha implicado a nivel de relación médico-paciente y a nivel de relaciones sociales. Un nuevo paradigma de salud, más ajustado a los nuevos fenómenos globales que están aconteciendo, implica también una crítica a los enfoques individualistas, reduccionistas, tecnocráticos y economicistas que se encontraban en la raíz del “antiguo” modelo de salud. Por último, proponemos el modelo One Health como una posible respuesta a los problemas teóricos del “antiguo paradigma” de salud, fuertemente enfatizados por la crisis sanitaria actual.

Palabras clave: Salud - One Health - Crisis sanitaria - Tecnocracia.

Abstract

The current health crisis forces us to rethink the model of health we are using, together with the anthropological, social, and economic implications that this model entails. Starting from a brief history of the concept of health, in this article we point out the main changes that this concept has implied both at the level of medical relationships and the level of social and economic relationships. A new paradigm of health, more adjusted to the new global phenomena that are currently taking place – e.g., the COVID-19 pandemic – even implies a criticism of the individualistic, reductionist, technocratic, and economic approaches that were at the root of the “old” health model. Finally, we focus on One Health as a possible answer to the theoretical problems implied in the “old paradigm” of health, strongly emphasized by the current health crisis.

Keywords: Health - One Health - Health crisis - Technocracy

*Contacto: luvalera@uc.cl <https://orcid.org/0000-0002-1693-396X>. Profesor Asociado en el Instituto de Filosofía y Director del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Facultad de Medicina). Es Doctor en Bioética por la Università Campus Bio-Medico di Roma, Italia. Sus intereses de investigación se concentran en la bioética, la ética ambiental y la antropología.

†Contacto: fdelara@uc.cl <https://orcid.org/0000-0002-5135-8382>. Doctor en Filosofía por la Universidad de Friburgo (Alemania) y la Universidad Autónoma de Madrid, es Profesor Asociado y Jefe del Doctorado en Filosofía de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Su tesis doctoral sobre la filosofía del joven Heidegger recibió el premio Max Müller de la Universidad de Friburgo. Es Cofundador del Laboratorio de Ideas Pensar en Red.

1. INTRODUCCIÓN. UN BREVE RECORRIDO HISTÓRICO POR EL CONCEPTO DE SALUD

¿Cómo definimos el concepto de salud? La pregunta no resulta tan sencilla, y ha recibido respuestas muy distintas en la historia del pensamiento. Dichas respuestas van de la mano tanto de los conocimientos científicos como de la imagen antropológica que se ha desarrollado en las distintas épocas. De hecho, es interesante señalar el cambio radical que el concepto de salud ha experimentado en los últimos siglos. Para poder entender esta afirmación, es preciso observar las transformaciones de dicho concepto en la historia de la propia medicina.

Una primera respuesta a la pregunta sobre el “qué” de la salud podría ser, con Canguilhem (1971: 86), que “la salud es la vida en el silencio de los órganos”, es decir, que la salud se encuentra en el cuerpo que se mantiene silente. Podríamos decir con Sartre que el cuerpo en un estado de salud es pasado por alto, ya que la primacía la tienen siempre las actividades en las que estamos comprometidos. El cuerpo silente –el que no hace ruido– es el cuerpo sano, es decir, aquel cuerpo en que no hay huella de enfermedades. O, dicho de otra forma, ser sano coincidiría con el no darnos cuenta de que tenemos un cuerpo (Russo, 2004: 126). Llegamos, así, a la primera conceptualización de salud, que es a su vez la más “tradicional”: la salud es la simple ausencia de enfermedades. Bajo esta concepción, se consideraba que un cuerpo sano era aquel que no tenía ninguna enfermedad vigente. Sin embargo, se trata de un concepto problemático desde varias dimensiones: primero, porque el cuerpo “sano” –es decir, el cuerpo que no presenta ninguna enfermedad– es un concepto abstracto e inalcanzable. El mismo Canguilhem (1971: 102). expresa dicha idea de una forma muy clara:

La palabra “salud” tiene dos sentidos. Tomada en absoluto, la salud es un concepto normativo que define un tipo ideal de estructura y de comportamiento orgánico; en este sentido, hablar de buena salud es un pleonismo, porque la salud es el bien orgánico. La salud calificada es un concepto descriptivo, que define determinada disposición y reacción de un organismo individual frente a posibles enfermedades. Ambos conceptos, descriptivo calificado y normativo absoluto, se distinguen tanto que el mismo hombre común dirá de su vecino que tiene una mala salud o que no tiene la salud, considerando como equivalentes la presencia de un hecho y la ausencia de un valor. Cuando se dice que una salud continuamente perfecta es anormal, se expresa el hecho de que la experiencia del ser vivo incluye de hecho a la enfermedad. “Anormal” quiere decir precisamente “inexistente”, “inobservable”. Por lo tanto, solo es otra manera de decir que la salud continua es una norma y que una norma no existe. En este sentido abusivo, es evidente que lo patológico no es anormal. Lo es tan poco, que resulta posible hablar de funciones normales de defensa orgánica y de lucha contra la enfermedad.

En este sentido, la idea de salud sería un modelo casi inalcanzable para el ser humano (Valera, 2018), un ideal de perfección “normativa” nunca realizable. Lo humano consistiría precisamente en “lo patológico”, no en “lo sano”: ser un ser humano significa ser un ser enfermo. Se trataría, además, de un concepto negativo: sano es todo-aquello-que-no-es-enfermo. Dicha definición se muestra, ella misma, como deficitaria: la ausencia de

enfermedades, de síntomas o problemas, no se puede considerar como un elemento que delimite claramente el estar “sano”. En resumen, tanto la incapacidad de dar cuenta de la condición humana concreta como los déficits teóricos de esta definición tradicional de salud han empujado hacia un cambio conceptual radical.

A partir de esta consideración sobre la insuficiencia del concepto, la OMS elaboró una definición más completa de salud, que en lo esencial ha permanecido igual desde 1948 hasta la fecha: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1948). Dicha definición implicó un cambio radical tanto en el modelo de salud como en la idea misma de medicina. Es relevante, en este sentido, el abandono del “clásico” modelo biomédico (el modelo “tradicional”) para abrazar un novedoso modelo biopsicosocial, tal y como señala Engel (1977). Dicho cambio de modelo fue posible a partir de una crisis interna de la medicina misma. En palabras del propio Engel (1977: 129), “la crisis de la medicina se deriva de la inferencia lógica de que, dado que la ‘enfermedad’ se define en términos de parámetros somáticos, los médicos no deben preocuparse por los problemas psicosociales que están fuera de la responsabilidad y de la autoridad de la medicina misma”. La introducción de factores y dimensiones psicológicas y sociales en el dominio del concepto de salud transformó también las ideas de discapacidad y enfermedad, tal y como se puede notar en las más actuales clasificaciones internacionales de la funcionalidad – *International Classification of Functioning*, ICF (WHO, 2001). Si la salud no es la simple ausencia de enfermedad, la discapacidad no es la simple presencia de ella, sino una relación más compleja entre el estado fisiológico del sujeto, sus funciones y las relaciones con la sociedad. Así, y de nuevo en palabras de Canguilhem (1971: 152), “el hombre solo se siente en buen estado de salud –y tal es la salud– cuanto más que normal –es decir adaptado al medio ambiente y a sus exigencias– se siente normativo, apto para seguir nuevas normas de vida”.

El abandono del modelo biomédico de salud implicó, por otro lado, también el abandono de una cierta visión mecanicista del mundo que subyace en él: “El modelo dominante de enfermedad hoy en día es biomédico, con la biología molecular como disciplina científica básica [...] y su enfoque reduccionista” (Engel, 1977: 130-134). La nueva idea de salud –y, consecuentemente, de enfermedad– conllevó también, entonces, una visión no mecanicista del mundo –y, más específicamente, del cuerpo humano– inspirada en la teoría general de los sistemas de von Bertalanffy (Engel, 1977: 135).

Sin embargo, esa no fue la última etapa en las transformaciones del concepto de salud. Una nueva visión de la idea de salud fue impulsada por el notorio médico William Osler, quien, a partir de una visión más integrada de la medicina, acuñó “el término ‘*One Medicine*’ [...]”. Es en el replanteamiento exhaustivo de Calvin Schwabe del concepto de ‘*One Medicine*’ en 1976 donde se reconoce plenamente la estrecha interacción sistémica entre los humanos y los animales para la nutrición, el sustento y la salud” (Zinsstag et al., 2011: 149). Dichos esfuerzos para llegar a una visión “trans-disciplinaria” de la medicina (Kahn et al., 2008: 169), abierta a la relación con los otros seres vivos y el ambiente en general, se justificaron a partir del brote imponente de enfermedades zoonóticas a finales del siglo XX, tales como “el virus Nipah, el síndrome respiratorio agudo severo y la gripe aviar (A) H5N1, que se [extendieron] por Asia, África y Europa. Las razones para la aparición de estas enfermedades zoonóticas incluyen: prácticas agrícolas intensivas, comercio mundial de animales exóticos, [...] y presiones de la población humana” (Kahn et al., 2008: 169). En este sentido es posible afirmar que, de nuevo, una crisis ha logrado

impulsar un cambio teórico y conceptual. Dicha revolución no afectó solamente a la teoría, sino también a la práctica clínica cotidiana.

2. UNA CAMBIO EN LA RELACIÓN MÉDICO/PACIENTE

Los cambios en la conceptualización de la idea de salud han llevado consigo, entonces, una nueva forma de entender la relación médico/paciente, que ha pasado paulatinamente de ser una relación individual a una relación más amplia, capaz de involucrar a más actores relevantes. Si es verdad que la tradición hipocrática era “implacable y militantemente individualista, como si en todo el mundo hubiera un solo médico y un solo paciente” (Wightman et al., 2014: 910), hoy ya parece que nos hemos separado ya de ese modelo. Si para el médico “hipocrático”, “cualquier consideración de asignación de recursos violaría el papel del médico como defensor del paciente” (Wightman et al., 2014: 910), el médico contemporáneo evalúa cuidadosamente los medios que tiene a disposición a fin de poder emitir un juicio clínico (Valera et al., 2020).

Por un lado, entonces, nos encontramos con el modelo hipocrático, cuyos principales atributos pueden resumirse como sigue:

La primera característica es que la medicina hipocrática es individualista, es decir, el médico actúa siempre en el mejor interés del paciente, lo que implica la obligación moral de ser benéfico y, en consecuencia, no maléfico. El objetivo de cualquier procedimiento médico es el bien del paciente independientemente de otros factores, como la capacidad de pago o los antecedentes del paciente mismo (si es un criminal, por ejemplo) (Jotterand, 2006: 123).

Por el otro lado, nos encontramos con la medicina contemporánea, que asume una muy clara función social y a la que están asociados enormes recursos económicos, así como políticas públicas bien definidas. Uno de los ejemplos más evidentes de ese acercamiento “no individualista” al paciente es el “uso” de las camas críticas en tiempo de pandemia, tal y como estamos viviendo actualmente a causa del COVID-19 (Valera, forthcoming). Dicha situación ha evidenciado una mirada más amplia y compleja a la relación clínica, que ha demostrado implicar factores no meramente clínicos o vinculados a la condición física del paciente. Como escribe Szalados (2008: 2203), “en el atareado mundo moderno de la medicina de los cuidados críticos, el ideal de la ética puede estar cada vez más subordinado a la realidad de la eficiencia administrativa; una tendencia que no es única o nueva, pero que merece atención en nuestros planes de estudio profesionales sobre ética y profesionalismo”. Y agregan Wightman et al. (2014: 911): “Los administradores y los clínicos deberían, como administradores de recursos escasos, tener la posibilidad de limitar o retirar terapias a pacientes con pronósticos suficientemente escasos, cuando la redistribución produciría ganancias dramáticas en eficiencia y promovería la justicia distributiva”. Más allá de definir si la ética tiene que estar subordinada a la administración eficiente de recursos, o si es lícito éticamente retirar un tratamiento a un paciente en pos de otro, lo que se quiere destacar aquí es la presencia imponente de la economía –y, más exactamente, de la gestión de recursos– en el ámbito de la relación clínica, así como de la ética de dicha relación.

Dicha intrusión –y, con ella, la “intrusión” de consideraciones sociales, políticas o de variada naturaleza– marca sin duda un cambio también en la idea de la relación médico/paciente, que va más allá del individualismo hipocrático para volverse más compleja.

3. LA NOCIÓN DE SALUD, LA CRISIS Y LA REVISIÓN DE LOS MODELOS. HIPÓCRATES Y *One Health*

Sin embargo, es preciso matizar la afirmación según la cual la tradición hipocrática era esencialmente individualista. Dicho más exactamente: dicha tradición, que contempla una idea básicamente individualista de la relación médico/paciente, no se basa en una idea “reduccionista”, ni tampoco en una concepción tradicional, de la salud. Tal y como escribe Tountas (2009: 186):

De acuerdo con esta tradición [la Hipocrática], ilustrada principalmente en el trabajo *Aire, aguas y lugares* de Hipócrates, la salud se define a partir de un equilibrio logrado entre las fuerzas ambientales por un lado (viento, temperatura, agua, tierra y comida) y los hábitos individuales por el otro (dieta, alcohol, comportamiento sexual y también trabajo y ocio). El equilibrio “interno” de los cuatro fluidos corporales depende del equilibrio “externo” entre una persona y su entorno.

Así pues, la idea de una relación profunda entre salud y entorno –que, debido a la actual pandemia, se encuentra hoy en el centro de tantos debates– no resulta novedosa. En un cierto sentido, parece que la época contemporánea esté más orientada hacia un retorno a los orígenes de la medicina que a su abandono. Si bien es cierto que una idea “tradicional” de salud no puede ser ya vigente por los numerosos problemas que presenta a nivel teórico – tal y como destacamos en la primera parte –, también es posible pensar que la idea de Hipócrates no coincidía plenamente con esa visión “tradicional”. Como indica, de nuevo, Tountas (Ibid., 188), “además de la función de sustento o patógena del entorno físico, los escritos hipocráticos reconocen también el importante papel del entorno social y político” para una adecuada definición de salud.

Nos parece que la visión “sistémica” de Hipócrates tal vez puede constituir una gran ayuda para repensar el concepto de salud en la época contemporánea, sobre todo debido a la crisis sanitaria global a la que estamos asistiendo en tiempos de COVID-19. Dicha salud, que se perfila como “global” (*Global Health*), se encuentra estrechamente vinculada a nuestra relación con el ambiente en el que vivimos (y al cambio climático al que estamos asistiendo), relacionada profundamente con las diversas crisis políticas y económicas, así como con nuestra alimentación, etc. (Vineis, 2020).

Esta idea de salud ha sido recogida ampliamente en el concepto de ‘*One Health*’ (Lerner, Berg, 2015), que va más allá de la idea de ‘*One Medicine*’ (es decir, un pensamiento médico integrado, como se destacó anteriormente) y marca la última etapa de las transiciones sanitarias:

El concepto de “salud del ecosistema” extiende la “*One Medicine*” a todo

el ecosistema, incluyendo la vida salvaje. El desarrollo sostenible depende del mutualismo entre la salud y el bienestar de los humanos, de los animales y de los ecosistemas en los que coexisten. Los conservacionistas han reconocido y promovido lo que se conocen como los “principios de Manhattan”, es decir, que la salud y el mantenimiento sustentable de la vida silvestre en las reservas naturales son mutuamente interdependientes con la salud de las comunidades y el ganado que los rodea. [...] El término “*One Medicine*”, que tiene una connotación bastante clínica, refleja insuficientemente las interacciones entre la salud humana y animal que van mucho más allá de los problemas clínicos individuales e incluyen la ecología, la salud pública y las dimensiones sociales más amplias. “*One Medicine*” evoluciona así hacia “*One Health*” a través de la implementación práctica y la validación cuidadosa del pensamiento contemporáneo sobre la salud y los ecosistemas y su relevancia para el desarrollo de la salud pública y animal a nivel mundial (Zinsstag et al., 2011: 150-151).

El cambio de paradigma, aquí, es evidente: “One Health’ promueve la integración de la salud humana, animal y ambiental a través de la comunicación y colaboración entre médicos, osteópatas, veterinarios, profesionales de la vida silvestre, expertos en salud ambiental y pública, dentistas, enfermeras, ingenieros biomédicos, físicos, bio-químicos, fitopatólogos y otros” (Monath et al., 2010: 193). En este sentido, la palabra clave es “integración”, tanto en enfoques y metodologías investigativas (Osburn et al., 2009: 482) como a nivel de “visión del mundo”: ya no se puede considerar al ser humano –y, más en concreto, la salud humana– como algo aislado del entorno en el que vive, sino que los intercambios y las interdependencias son inevitables (Valera, 2018a). Dichas “vulnerabilidades mutuas” constituyen la base de un nuevo modelo –*One Health*– para repensar la salud, en una época en que la crisis (tanto planetaria como de modelos) empuja hacia cambios de paradigmas.

4. LA MEDICINA Y LAS NUEVAS RELACIONES SOCIALES

Llegados a este punto, es posible explicitar este cambio fundamental en la concepción de la salud como el paso de una mirada negativa y atomística a una mirada positiva y sistémica. La salud no se reduce a un estado de ausencia de enfermedad gestionada mediante la relación privada entre dos individuos (Crawford, 1980) –el médico y el paciente–, sino que apunta a un bienestar completo, en el que están involucradas dimensiones bio-psico-sociales que solo pueden ser abordadas adecuadamente mediante la consideración de todos los factores interactuantes, lo que acaba por incluir al ecosistema en su conjunto.

Es importante aclarar, además, que al hablar de una modificación en el concepto de salud no nos estamos refiriendo únicamente a un cambio en la esfera de las palabras o de las ideas –como si se tratara de cambiar un concepto por otro “mejor” o “más exacto”–, sino que hacemos referencia a las distintas prácticas y políticas sanitarias a las que dichos conceptos dan expresión (Field, 1967). Dicho aún más claramente: las distintas concepciones de salud representan otros tantos modelos y propuestas sobre el modo como debería organizarse la gestión de la salud. No se trata, por ende, de un anodino debate de conceptos, sino de una discusión –que en ocasiones toma incluso la forma de pugna– entre modelos, en última instancia, de sociedad (Field, 1973). De este modo, el debate adquiere

un inexcusable componente político, si bien no en el sentido restringido (partidista) de esta palabra. Se trata, antes bien, de la manera y los términos en que entendemos y llevamos a cabo nuestra relación con los demás seres humanos, con las demás especies y con la naturaleza en conjunto. Al plantear así el problema, y a la vista de la crisis global que enfrentamos en el presente, nos percatamos de los límites de una concepción individualista, reduccionista, tecnócrata y economicista de la sociedad (Field, 1967). En lo que sigue consideraremos brevemente la insuficiencia de esta concepción.

i. Individualismo socio-sanitario

La comprensión de la sociedad como una suma de individuos constituye el equivalente social a la comprensión atomística de la salud (Viens, 2016: 136). Se trata de una mirada que, haciendo abstracción de la imbricación sistémica de todo individuo, parte de unidades fijas e indivisibles como los elementos a partir de los cuales se compondría, en un segundo momento, el tejido social. Los teóricos modernos del derecho natural a menudo acentuaron este aspecto, en un intento por poner límites normativos al poder político vigente. Un ejemplo paradigmático en este sentido lo encontramos en la filosofía política de Locke (1689a/1970). Dado que en las sociedades existentes de hecho algunos seres humanos vulneraban a otros privándolos de algún bien básico –como la vida, la integridad física, la salud o la propiedad–, y lo hacían principalmente por diferencias político-religiosas, teóricos como Locke consideraron necesario un ejercicio de abstracción que condujera a una limitación en el uso del poder. A fin de evitar un uso ilegítimo, proponían un experimento mental en el que los distintos seres humanos eran presentados en una situación pre-social. De este modo, proponían que la sociedad era el resultado de un acuerdo entre individuos. Movidos por el *interés* de salvaguardar los mencionados bienes básicos o, visto desde el otro lado, por el *miedo* a perder dichos bienes, los individuos renunciaban a la vida pre-social y aceptaban que un poder transversal y supraindividual limitara su propia libertad y poder. Así pues, la sociedad se presentaba como un mal menor, esto es, como una renuncia a la completa libertad e individualidad en aras de no sufrir daño. Como puede apreciarse, la concepción individualista de la sociedad se parece también en este aspecto a la concepción equivalente de la medicina: ambas son concebidas como medidas necesarias y males menores cuya labor consistiría en evitar un mal mayor. Al igual que sucedía en el modelo “tradicional” de salud, esta concepción de la sociedad pone en la base a los individuos aislados y concibe la sociedad de forma predominantemente negativa, como ausencia de daño.

La sociedad así concebida es reducida a un sistema jurídico formal en el que rigen los mismos derechos y deberes para cada individuo, y en el que nadie –y menos que nadie el propio Estado– tiene derecho a privar a nadie de los mencionados bienes básicos. La versión contemporánea de esta concepción la encontramos paradigmáticamente en Nozick (1974), que apela justamente a Locke (e incluso a Kant) en su defensa de un “estado mínimo”. Sin embargo, uno de los principales objetivos de Locke (1689b/1991) era lograr una separación entre Iglesia y Estado que permitiera la libertad de pensamiento, opinión y culto. En las versiones más contemporáneas la libertad que desea garantizarse es ante todo la de propiedad, y no siempre en el sentido amplio en que Locke la entendía. El principal bien fundamental que esta visión defiende es la propiedad privada, y su objetivo más inmediato es presentar los modelos de estado social redistributivo (Rawls, 1971) como ejemplos de un uso ilegítimo de la fuerza sobre los individuos.

En esta concepción liberal (Locke) y libertaria (Nozick) de la sociedad, el sistema jurídico (y lo mismo valdría para el sanitario) debe tratar a todo individuo por igual, sin atender a ninguna otra consideración. Más allá de que esta definición formal no recoge lo que de hecho sucede –por lo que, *nolens volens*, puede incluso ayudar a legitimar las discriminaciones existentes– lo que nos interesa poner en cuestión es la concepción misma de la sociedad como ordenación jurídica de individuos. Hegel criticó esta idea individualista llamando la atención sobre las estructuras no meramente jurídicas, sino propiamente vinculantes, en las que todo individuo nace, crece y se mantiene durante toda su vida. Al mero sistema jurídico, e incluso a la moralidad concebida como algo individual e interior, Hegel contrapone y superpone el aspecto de la *eticidad*. De ese modo, Hegel (1821/1976) acentúa una clara primacía del todo de relaciones significativas en el que siempre estamos insertos y en el que llegamos a ser quienes somos. Para Hegel, la perspectiva individualista y centrada en la propiedad representa el estado más básico (y pobre) de la realización y el desarrollo de la subjetividad. A su modo de ver, una perspectiva relacional da mejor cuenta de la realidad humana y de su imbricación con todo lo existente que la abstracción individualista. En la época contemporánea, y dentro de la discusión anglosajona, esta perspectiva ha sido recogida en parte por algunos filósofos comunitaristas, en especial Taylor (1975 y 1979), que lee la *eticidad* hegeliana como una resmisión “a la obligación que tengo hacia la comunidad actualmente existente de la que soy parte” (Taylor, 1975: 376).

Si todo lo que existe está interrelacionado, nada de lo que suceda puede sernos indiferente; y no solamente porque podría tener efectos *negativos* para nosotros (cálculo en el que se aprecia un residuo del individualismo), sino porque reconocemos nuestra conexión *positiva* con el todo. La actual crisis acentúa esta concepción sistémica, al mostrarnos la interconexión de nuestro mundo humano –en un contexto de economía global y de hiperconexión no solo digital, sino también física–, además de su co-dependencia de ecosistemas animales y vegetales. El modo como se cultiva y en general se ocupa y se trabaja la tierra, las formas de apropiación, crianza y consumo de plantas y animales, el comercio a escala global de lo así producido, las formas de distribución y consumo de alimentos... todo ello juega un papel esencial en el calentamiento global, así como en el surgimiento de enfermedades virales y, finalmente, en la desestructuración y atomización efectiva de las sociedades. Las concepciones que consideran el interés individual y el miedo egoísta como base de la sociedad podrían, de hecho, terminar legitimando prácticas y órdenes político-sanitarios que convierten efectivamente a las sociedades en una maraña dispersa de individuos aislados y con miedo a los demás. La manera como se afronta la actual crisis económico-sanitaria permite apreciar a las claras los principios inspiradores de los distintos gobiernos en este sentido. Sin embargo –y sin ignorar las claras diferencias que pueden señalarse en este punto–, la falta de respuesta y colaboración global, junto con la competencia por adquirir y acaparar recursos sanitarios a partir de la desigual riqueza de que se dispone, supone un preocupante indicio que se repite tanto a escala individual como internacional.

ii. Reduccionismo y tecnocracia

Como se ha indicado ya, la concepción “tradicional” y atomista de la salud puede ir de la mano con un enfoque reduccionista, que comprende y trata al ser humano como un simple mecanismo físico-químico. La concepción sistémica de la *One Health* viene a

corregir también en este punto las unilateralidades de un planteamiento de ese cariz. Sin embargo, hay que tener cuidado con no confundir una mirada holística y sistémica del ser humano con la concepción más particular y específica del mismo que es propia de la teoría de sistemas (von Bertalanffy, 1945, 1951, 1957 y 1968) y de la cibernética (Wiener, 1948 y 1950). En efecto, una mirada al ser humano como un mero sistema que codifica y convierte en información los estímulos de su entorno puede conducir a una nueva especie de reduccionismo. Este nuevo reduccionismo interpreta a todos los seres vivos desde la teoría de la información: es decir, los ve en última instancia como procesadores de datos, como descodificadores. Se trata de una mirada puramente formal, que desea poder ser aplicada a todo (von Bertalanffy (1957) habla incluso de una nueva *Mathesis universalis*) y cuyo efecto es favorecer una comprensión técnica de todo lo existente. Así pues, no bastaría con dejar de concebir a los seres vivos como mecanismos para pensarlos como sistemas orgánicos. Al pensar dichos sistemas cibernéticamente, se equipara el modo de ser de todo organismo –vegetal, animal o humano– y se interpreta desde el modelo de las máquinas de computar. La codependencia sistémica de los diversos factores entrelazados pasa a ser vista como una simple red de interacciones, consistentes en el intercambio y la codificación de información. El modelo de análisis se vuelve aplicable a múltiples campos, pero al precio de volverse neutro e indiferente. Por esa vía, se pierde de vista la interrelación entre fenómenos tan concretos como la deforestación, el cultivo intensivo y las mega-ciudades, así como su conexión con enfermedades como la actual. Una mirada a la salud desde el modelo *One Health* supone, entonces, mantener a la vista las interrelaciones *concretas* entre los fenómenos, apuntar a una mirada *integral* de los aspectos que juegan un papel en la posibilidad de una salud comprendida como “estado de completo bienestar físico, mental y social” (OMS, 1948).

Para que una mirada como esta pueda realizarse en concreto, parece necesario ir más allá de una lectura técnica de lo existente. El correlato de dicha visión técnica lo encontramos en la concepción tecnocrática de todos los problemas y desafíos, ya sean físicos, psíquicos, socio-políticos o medioambientales. En efecto, si todo lo que existe tiene el carácter de un sistema complejo de intercambio de información, lo único que necesitaremos para resolver los problemas sistémicos será un sistema de inteligencia artificial lo suficientemente complejo como para permitirnos configurar modelos de análisis de datos y predicción de comportamientos. Los problemas en general son vistos como desajustes técnicos que deben recibir una solución del mismo carácter. Sin embargo, crisis como la actual –por no hablar de la crisis económica, social y ambiental que subyace en ella– pone de relieve la insuficiencia de todo enfoque meramente técnico. Los fenómenos verdaderamente complejos requieren de un acercamiento igualmente complejo, que sea capaz de interpretar las interacciones concretas entre fenómenos en apariencia distantes y autónomos. Dichas interacciones dejan de ser vistas neutramente, lo que permite reconocer tanto las formas de vida y de interacción con todo lo existente que dominan en un determinado tiempo como los efectos nocivos que dichas formas pueden conllevar.

iii. Economicismo

Varios de esos efectos poseen, sin duda, un carácter económico. La incidencia de la economía en la salud y de la salud en la economía ha quedado claramente de manifiesto en la actual crisis sanitaria. El riesgo en este caso es pensar, como sucede tan a menudo, que nos vemos obligados a elegir entre economía y salud. En este enfoque subyace una

perspectiva economicista de la salud –y de la sociedad– para el cual se trata siempre y solo de la asignación y el manejo eficiente de recursos, bajo el imperativo de un constante crecimiento económico. Vista así, la salud es considerada solamente como una de las ramas de la actividad económica. Por ello, en el marco de esta crisis el problema consistiría en decidir hasta qué punto es aconsejable asignarle un rol prioritario a esa rama y detener otras actividades económicas.

Economicistamente considerada, la salud no puede tener nunca la prioridad, por lo que presentar así la disyuntiva supone a menudo haberse decidido de antemano en favor de “la economía”. Escribimos la expresión entre comillas para señalar que este enfoque presenta una mirada reduccionista al elemento económico de la actividad social. Un enfoque sistémico como el del modelo *One Health* no puede dejar de reconocer la importancia de la economía en general, y el modo específico como los distintos modelos económicos inciden en el resto de fenómenos y realidades. La mirada economicista, sin embargo, va más allá de eso y pasa a enfocar todo lo existente desde una nueva perspectiva reduccionista. Al igual que la tecnocracia no se limita a apostar por una solución técnica de los problemas, sino que implica una comprensión del modo de ser de todo lo existente como sistema técnico, el economicismo no se limita a recordar que toda política tiene un costo, sino que considera la acción humana, en todas sus dimensiones e interacciones, como dirigida al crecimiento económico. Los problemas sistémicos, por ende, son también leídos y “solucionados” desde esta unilateral perspectiva. Se trata de decidir qué será mejor para el crecimiento económico, qué tendrá mejores y peores consecuencias en ese sentido. Esta mirada se aleja, por esa vía, de una concepción de la salud dirigida a lograr condiciones globales de vida que favorezcan la consecución de un bienestar integral.

Ya hemos indicado la incidencia de factores económicos en el origen de algunas enfermedades virales y, por supuesto, también en las múltiples afecciones derivadas del deterioro del medio ambiente, la contaminación ambiental, las formas de producción de alimentos, etc. Una concepción sistémica de salud no puede sino apuntar a una modificación de las formas de relación con el medio ambiente que están en la base de estas problemáticas. Más allá de la disyuntiva entre salud y economía, se trataría de apostar por formas económicas que sean acordes con, e incluso promotoras de, una salud universal. Decimos universal, porque está claro que el carácter sistémico de la vida y las sociedades humanas –su imbricación constante y co-dependiente con su entorno y con las demás sociedades–, conduce a una concepción supranacional de los fenómenos, así como de los problemas estructurales del presente y el futuro. Sin embargo, el atomismo individualista bajo el cual son entendidos los individuos de una sociedad se replica también a nivel de comunas, ciudades, regiones y estados. Un signo de esto es, una vez más, la actual respuesta a la actual crisis, consistente en una lucha por adquirir insumos médicos en mayor cantidad y de forma más rápida que el resto, en desarrollar y comercializar una vacuna antes que el resto, etc. El concepto global, sistémico e integral de salud apunta, por ende, a una superación de este marco, en favor de una colaboración interestatal basada en una economía y una técnica que trabajen en pos de este objetivo.

5. CONCLUSIONES. SALUD Y SOCIEDAD.

La transformación digital –acentuada y acelerada a raíz del COVID-19– hace posible compartir y analizar información relevante a niveles inéditos hasta ahora. El potencial de

acción e incluso de previsión de que dispone el mundo actual permite una colaboración como la reclamada por un concepto sistémico de la salud. Los problemas globales no pueden ser ya únicamente respondidos mediante una serie de soluciones locales, especialmente si eso acaba significando que cada actor local compite con todos los otros para intentar que el problema le afecte lo menos posible. Los problemas actuales permiten reconocer una interconexión ineludible de todos los actores involucrados, en la medida en que afecta de un modo u otro a todos ellos, aunque por supuesto en medidas distintas. En todo caso, no resulta ya tan fácil sentirse inmune a un nuevo virus global o a una nueva crisis económica mundial, y menos aún al deterioro constante y acelerado del medio ambiente. Es por eso que las acciones –si bien concretas y locales en ese sentido, si bien insertas en distintas tradiciones y sensibilidades– pueden adquirir en este contexto una mayor conciencia de la dimensión global y sistémica de los problemas a los que responden y, en general, del mundo en que vivimos (Coggon, 2012). De no ser así, más que respuestas a las crisis presentes y futuras, lo que obtenemos son soluciones de emergencia, siempre reactivas, tardías e insuficientes. Las sociedades actuales tienen la posibilidad técnica de ser más abiertas que nunca –tanto a los demás seres humanos, como a las demás especies y al medio ambiente en general–, con la condición de que los datos que se recopilan no sean usados con fines meramente tecnocráticos y economicistas, sino en miras de contribuir a una salud integral como la que esboza el modelo *One Health*. En este sentido, una crisis como la que estamos viviendo actualmente puede constituir una ocasión para repensar modelos y mejorar nuestras formas de interactuar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canguilhem, G. *Lo normal y lo patológico*. Traducción de R. Potschart. Buenos Aires: Siglo XXI Argentina Editores, 1971.
- Coggon, J. *What Makes Health Public? A Critical Evaluation of Moral, Legal, and Political Claims in Public Health*. Cambridge: Cambridge University Press, 2012.
- Crawford, R. “Healthism and the Medicalization of Everyday Life”. *International Journal of Health Services* 10 (1980): 401-420.
- Engel, G.L. “The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine”. *Science* 196/4286 (1977): 129-136.
- Field, M.G. “The concept of the ‘health system’ at the macrosociological level. *Social Science & Medicine* 7/10 (1967): 763-785.
- ----. “The Health System and the Social System”. In: M. Sokolowska, J. Holówka, A. Ostrowska (eds.) *Health, Medicine, Society*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1973, 315-330.
- Hegel, G. W. F. *Grundlinien der Philosophie des Rechts*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1821/1976.
- Jotterand, F. “The Hippocratic Oath and Contemporary Medicine: Dialectic Between Past Ideals and Present Reality?” *Journal of Medicine and Philosophy* 30/1 (2006): 107-128.
- Kahn, L.H., Kaplan, B., Monath, T.P., Steele, J.H. “Teaching ‘One Medicine, One Health’”. *The American Journal of Medicine* 121/3 (2008): 169-170.
- Lerner, H., Berg, C. “The concept of health in One Health and some practical implications for research and education: what is One Health?” *Infection Ecology & Epidemiology* 5/1 (2015). DOI: 10.3402/iee.v5.25300.
- Locke, J. *Two Treatises on Government*. Cambridge: Cambridge University Press,

- 1689a/1970.
- ----. *A Letter Concerning Toleration*. London: Routledge, 1689b/1991.
 - Monath, T.P., Kahn, L.H., Kaplan, B. "One Health perspective". *ILAR journal* 51/3 (2010): 193-198.
 - Nozick, R. *Anarchy, State, and Utopia*. New York: Basic Books, 1974.
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948.
 - Osburn, B., Scott, C., Gibbs, P. "One World – One Medicine – One Health: emerging veterinary challenges and opportunities". *Revue scientifique et technique (International Office of Epizootics)* 28/2 (2009): 481-486.
 - Rawls, J. *A Theory of Justice*. Cambridge, Massachusetts: Belknap Press of Harvard University Press, 1971.
 - Russo, M.T. *Corpo, salute, cura. Linee di antropologia biomedica*. Soveria Mannelli: Rubbettino, 2004.
 - Szalados, J.E. "Of triage, bean counting, advocacy, and ethical conflict at end-of-life". *Critical Care Medicine* 36/7 (2008): 2202-2203.
 - Taylor, C.H. *Hegel*. Cambridge: Cambridge University Press, 1975.
 - ----. *Hegel and modern society*. Cambridge: Cambridge University Press, 1979.
 - Tountas, Y. "The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine". *Health Promotion International* 24/2 (2009): 185-192.
 - Valera, L. "Against Unattainable Models. Perfection, Technology and Society". *Sociología y tecnociencia* 8/1 (2018): 1-16.
 - ----. "Home, Ecological Self and Self-Realization: Understanding Asymmetrical Relationships Through Arne Næss's Ecosophy". *Journal of Agricultural and Environmental Ethics* 31 (2018a): 661-675.
 - ----. La ética en tiempos excepcionales. *Punto y coma* 3 (Forthcoming).
 - Valera, L., Carrasco, M.A., López, R., Ramos, P., von Bernhardt, R., Bedregal, P., Florenzano, A., Pérez, I., Olivares, P., Vargas, I., González, X., López, P., Durán, G., Richards, C., Castro, R. "Orientaciones éticas para la toma de decisiones médicas en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Chile". *Revista Médica de Chile* 148/3 (2020): 393-398.
 - Viens, A.M. "Public Health and Political Theory: The Importance of Taming Individualism". *Public Health Ethics* 9/2 (2016): 136-138.
 - Vineis, P. *Salute senza confini. Le epidemie della globalizzazione*. Torino: Codice Edizioni, 2020.
 - WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*, 2001.
 - von Bertalanffy, L. "Zu einer allgemeinen Systemlehre", *Blätter für deutsche Philosophie* 18/3-4 (1945): 112-132.
 - ----. "General system theory - A new approach to unity of science". *Human Biology* 23 (1951): 303-361.
 - ----. "Allgemeine Systemtheorie. Wege zu einer neuen Mathesis Universalis". *Deutsche Universitätszeitung* 12/5-6 (1951): 8-12.
 - ----. *General System theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller, 1968.

- Wiener, N. *Cybernetics: Or Control and Communication in the Animal and the Machine*. Cambridge: MIT Press, 1948.
- ----. *The Human Use of Human Beings*. Boston: Houghton Mifflin Co, 1950.
- Wightman, A., Largent, E., Del Beccaro, M., Lantos, J.D. "Who Should Get the Last PICU Bed?". *Pediatrics* 133/5 (1950): 907-912.
- Zinsstag, J., Schelling, E., Waltner-Toews, D., Tanner, M. "From 'One Medicine' to 'One Health' and systemic approaches to health and well-being". *Preventive Veterinary Medicine* 101/3-4 (2011): 148-156.