

FILOSOFÍA DE LA SALUD: ¿DÓNDE ESTÁ LA MEDICINA?

GISELA PONCE (COMP.)

ENRIQUE DEL PERCIO

DANIEL ROGGERO

FACUNDO RODRÍGUEZ

FRANCO CAVIGLIA

Cuadernos de Poliedro



POLIEDRO
EDITORIAL
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN ISIDRO

FILOSOFÍA DE LA SALUD: ¿DÓNDE ESTÁ LA MEDICINA?

Gisela Ponce (Comp.)

Enrique Del Percio

Daniel Roggero

Facundo Rodríguez

Franco Caviglia

Filosofía de la salud : ¿Dónde está la medicina? / Gisela Ponce ... [et al.] ; Compilación de Gisela Ponce. - 1a ed. - Beccar : Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro, 2025.

Libro digital, PDF - (Cuadernos de poliedro)

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-631-90697-8-5

1. Salud. 2. Medicina. 3. Filosofía Médica. I. Ponce, Gisela II. Ponce, Gisela, comp.

CDD 610.1

Colección Cuadernos de Poliedro

Diseño editorial: María Soledad Lohlé

Poliedro Editorial de la Universidad de San Isidro

Universidad de San Isidro Dr. Plácido Marín

Av. del Libertador 17175 Beccar (B1643CRD), Buenos Aires, Argentina



ÍNDICE

Filosofía de la salud desde la cátedra Ramón Carrillo	5
Gisela Ponce	
Aportes para una filosofía de la salud	12
Enrique Del Percio	
Genealogía de la definición de salud de la OMS	23
Daniel Roggero	
Análisis crítico a la definición de salud de la OMS	43
Facundo Rodríguez	
El gran cambio en salud	58
Franco Caviglia	
Sobre los autores	85

FILOSOFÍA DE LA SALUD DESDE LA CÁTEDRA RAMÓN CARRILLO

Gisela Ponce

En noviembre de 2024 la Universidad de San Isidro y el Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM (IIDOS) realizaban la jornada de reflexión: *Hacia una filosofía de la salud: ¿Dónde está la medicina?* Este evento se desarrolló con la convicción de que es posible y necesario la colaboración entre diferentes instituciones y áreas para lograr la tan deseada visión integral de la salud.

La Jornada fue el inicio que impulsó la creación de la *Cátedra Libre de Filosofía de la Salud Ramón Carrillo*. ¿Por qué Ramón Carrillo? Este médico, intelectual, primer ministro de salud de la Nación Argentina (1949), permitió transformar en su momento la Salud Pública de nuestro país. Logró que fuera posible que se creyera en la idea (utópica para muchos) de que todos los seres humanos tienen igual derecho a la salud y que una política sanitaria no es posible sin la política y lo político acompañando.

Como expresan Tissera y Pereyra (2020): la raíz federal y popular del médico santiagueño quedará plasmada en varias de sus frases y acciones y está en sintonía con el denominado *pensamiento nacional* al que aportaban (y aportarían luego) autores tales como: Jauretche, Santos Discepolo, Manzi, Hernández Arregui, Scalabrini Ortiz, Rodolfo Kusch, etc (p. 3).

Lo interesante de Carrillo es que tenía un pensamiento nacional situado que no se cerraba en sus fronteras, sino que impulsaba una política de participación y colaboración con organismos internacionales como la OMS y la OPS, pero sin sentir la obligación de seguir programas desajustados a la realidad sanitaria de la Argentina de su época.

Carrillo, adelantándose a la noción de Determinantes Sociales, veía a la salud no tanto como ausencia de enfermedad, sino como un bienestar integral que incluía la felicidad y la dignidad del pueblo. En la base de su política sanitaria estaba la preocupación por la felicidad y no solo la preocupación por erradicar enfermedades (Tissera et al, 2020). A su vez, desde su concepción social de salud, Ramón Carrillo expresaba en su Teoría del Hospital (1951) que era necesario hacer comprender al pueblo que todos tenemos la obligación de cuidar nuestra salud no porque sea totalmente

nuestra, sino porque pertenece a la familia que formamos y al Estado que nos cuidan. Es decir que procuraba una responsabilidad individual por el bien común en la que mi salud no es sólo para mí mismo/a sino es también un bien para quienes me rodean. No solo es un fin, también es un medio para alcanzar el bienestar familiar y nacional.

Otra idea de Teoría del Hospital (1951) que reflejaba su concepción de que la salud es más que ausencia de enfermedad es la que hace referencia a que los hospitales argentinos no sean solo casas de enfermedad, sino casas de salud. Los hospitales tenían que existir con la mejor tecnología, buenas condiciones edilicias y humanidad posible pero el deseo más profundo para Ramón Carrillo y Eva Duarte era que los hospitales estuvieran vacíos.

Hoy esta idea parece una utopía, pero será nuestro punto de partida y desafío en una cátedra libre sobre filosofía de la salud: ¿Qué se necesita para que los hospitales estén vacíos? ¿Qué es la salud? ¿Dónde está la medicina? Estamos en el campo de reflexión sobre la salud y por lo tanto será necesario aclarar desde el principio qué entendemos por filosofía de la salud. La pregunta respecto a qué y cuál es su alcance parece tener a simple vista una respuesta fácil y obvia, sin embargo, no lo es.

Como cátedra comprendemos la Filosofía de la salud como una disciplina más amplia que la Bioética y que la denominada Filosofía de las Ciencias de la Salud (que a veces incluso se reduce solo a Filosofía de la medicina). Dicho de otro modo, estas últimas forman parte de la Filosofía de la salud, pero ésta no se reduce sólo a aquellos campos.

Hay al menos dos cuestiones que sería interesante comenzar a responder: a. ¿Qué se espera de una reflexión filosófica en salud? b. ¿Por qué se reduce la filosofía de la salud a filosofía de la medicina o a Bioética?

a. Características de la reflexión y pregunta filosófica:

Es común decir que la filosofía cuestiona lo obvio, cuando algo se torna conocido pareciera que no admite nuevas preguntas. Sin embargo, es allí donde la reflexión filosófica se detiene a dudar. La filosofía de la salud tiene a la salud (valga la redundancia) como fenómeno de estudio. Ahora bien, la salud por “tenerla” o por ausencia de ella es una experiencia que todos/as conocemos o al menos creemos hacerlo. Es un concepto como dice Wittgenstein en relación al lenguaje, que comprendemos porque lo usamos, pero por eso mismo puede tornarse obvio. Esta situación alcanza también a los profesionales de la salud ya que en sus años de formación les enseñan cuáles son los supuestos desde los que hay partir. No obstante, el problema no son los supuestos, sino

que exista la actitud de no admitir nuevos cuestionamientos a aquellos. Por lo tanto, importa conocer los supuestos sobre la salud porque definirá el alcance de la reflexión filosófica que se puede realizar. Lo abordaremos líneas más adelante.

Interesa ahora caracterizar a la pregunta y a la reflexión filosófica. En relación a la pregunta filosófica no tiene una respuesta única, incluso no se conforma con las primeras respuestas, sabe esperar y en esa búsqueda de la respuesta trata de clarificar conceptos, establecer relaciones divergentes, es decir confronta posturas porque no da por supuesto nada. La pregunta filosófica no nace de la nada, sino que está “oliendo” un problema y es la correcta formulación de la pregunta lo que nos permite visibilizarlo.

En relación al tipo de reflexión, la reflexión filosófica intenta ser lo más abarcadora posible, a fin de poder ofrecer sus respuestas con la mayor amplitud de miras, con una aproximación realizada desde distintos ámbitos del saber, entre los que adquiere especial importancia la política, la ética, la historia, el derecho, la sociología, la medicina, la biología, la economía y por supuesto la corriente filosófica afín al investigador/a. Las aportaciones que se hagan desde muy diferentes campos del conocimiento resultan necesarias para lograr una reflexión y pregunta filosófica más profunda.

Además, es importante señalar que la reflexión filosófica siempre ha de realizarse en un terreno en buena medida marcado por la incertidumbre. Y lo fundamental también es indicar que es una reflexión crítica. Es esa actitud crítica la que impide que se pueda dar algún conocimiento como presupuesto indiscutido y la que permite ser capaces de abandonar un postulado si encontramos nuevos elementos que racionalmente nos llevan a determinar su insuficiencia, sin por ello condenarlos a su exclusión definitiva.

b. ¿Por qué se reduce la filosofía de la salud a filosofía de la medicina o a Bioética?

Líneas más arriba habíamos dicho que importa conocer los supuestos sobre la salud porque definirá el alcance de la reflexión filosófica.

La reducción parece darse porque a la salud se la entiende en el contexto de las *ciencias de la salud*. Si se admite esta reducción se acotaría la reflexión filosófica principalmente a la medicina (sin olvidar la enfermería y otras profesiones a fines) pero se estaría dejando fuera otras áreas o profesiones que tendrían que ver con la salud pero que no se encuadran en las denominadas *ciencias de la salud*.

No obstante, que los profesionales de la salud estén interesados por la filosofía de su propia disciplina es destacable porque para lograr una comprensión de la realidad más

integrada y no tan fragmentada, se anhela a que el aporte que realiza cada ciencia/arte se complemente con el aporte de la filosofía correspondiente a esa ciencia: no solo biología sino filosofía de la biología, no solo derecho sino filosofía del Derecho, no solo medicina sino filosofía de la medicina.

Es importante destacarlo porque ya hace un tiempo se ha producido un lamentable divorcio entre las ciencias y las humanidades y en el caso de las ciencias de la salud son poco permeables incluso al aporte de las ciencias sociales. Se entienden estos encuentros y desencuentros entre las ciencias sociales y las ciencias de la salud porque las ciencias sociales se orientan a formular problemas o problematizar la realidad y las ciencias de la salud se orientan a resolver problemas.

A su vez dentro de las ciencias de la salud en líneas generales parecería que se reducen sus planteos filosóficos a una salud entendida como ausencia de enfermedad, muchas veces no se reflexiona sobre la salud sino cómo evitar/curar la enfermedad. La preocupación es la enfermedad y no la salud incluso cuando se habla en términos de prevención o en términos de Salud Pública. Nuestro planteo se acerca más a los presupuestos epistémicos de la salud colectiva o medicina social que critica a la Salud Pública clásica y la denomina *enfermología pública* (Granda, 2004). No obstante, incluso con este nuevo paradigma los conceptos de felicidad y disfrute en relación a la salud no aparecen como parte de su marco teórico. Da la sensación una vez más que en el proceso de salud/enfermedad el foco está en la salud de la población como ausencia de enfermedad.

Ahora bien, en el caso de Bioética puede que sea el área más conocida de la filosofía de la salud, se enfoca en el estudio de los problemas éticos que surgen en el campo de las ciencias biológicas y médicas. Si bien Van Rensselaer Potter (1911-2001), con la publicación de su texto pionero *Bioética: un puente al futuro* (1971), lo que pretendía y que lo resumía en el término Bios-ética, era una reflexión sobre la vida (bíos) en sentido amplio el enfoque que adoptó la bioética como disciplina se delimitó por lo general a la ética biomédica.¹

¹ En el mismo año que Potter “definía las bases” de la bioética como ciencia de la supervivencia en general y no solo supeditada a cuestiones biomédicas; se creaba en la Universidad de Georgetown, EEUU, el Joseph and Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Bioethics más conocido como Kennedy Institute of Ethics. Si bien André Hellegers, médico fundador del Instituto, apeló al término bioética, lo hizo con un sentido diferente a la concepción potteriana ya que su alcance apuntó al ámbito biomédico principalmente. Warren Thomas Reich en su artículo *The Word bioethics: the struggle over its earliest meanings* (1995) explica que el modelo de Hellegers presupone una noción de bioética enfocada en los

El desarrollo de las ciencias biológicas y la medicina propiciaban modificaciones en los marcos éticos y normativos de las sociedades contemporáneas. La pregunta base era ¿Qué es actuar moralmente bien estos casos? A su vez, otro factor que suscitó el interés ético fue la preocupación sobre la clase de poder que los médicos y los científicos ejercen, lo cual puede verse en la defensa de los derechos de los pacientes de tomar decisiones que los afecten. Por poner un ejemplo ¿Quién decide si se continúa con el sostén vital de un paciente a sabiendas de que este nunca recobrará la conciencia? Esta no es una decisión técnica que sólo los médicos pueden tomar, sino que es una decisión ética, en la cual los pacientes y otros pueden tener perspectivas igual de defendibles que las médicas.

Luego de fuertes críticas² a la Bioética de los Principios que fue la que acabó finalmente difundida por el mundo es decir, una bioética anglosajona, con fuerte connotación individualista que se enfoca en dilemas individuales como por ejemplo dilemas en el ejercicio de la autonomía, reanimación de prematuros de extremo bajo peso; el uso de la tecnología para mantenimientos de funciones vitales, el manejo del estado vegetativo persistente, las elecciones reproductivas; se logró una Bioética de Intervención³ que pusiera el foco en los problemas éticos que surgen de las políticas sanitarias desiguales. Como resultado de ampliar los temas pertinentes a Bioética se redactó la *Declaración Universal de Bioética y Derechos humanos* en 2005. Por lo que son temas de preocupación en Bioética:

-Los problemas éticos que surgen en el ámbito de la práctica médica y profesiones afines

problemas éticos que surgen a partir de los avances tecnológicos en el campo de la medicina, principalmente en relación a las técnicas de reproducción humana y el mantenimiento artificial de la vida. Reich presenta como hipótesis que el modelo de Georgetown prevaleció al modelo bioético de Potter porque fue de mayor interés para médicos, público y político. No obstante, Potter ya en 1975 lamentaba hacia donde perfilaba el alcance de la disciplina en cuestión. Ahora bien, lo que terminó de afianzar la concepción de bioética que se conoció internacionalmente durante la década de los 80 pero principalmente en los años 90, fue la teoría de los *cuatro principios norteamericana de Beauchamps y Childress presentada en la obra Principios de ética biomédica*. A la fecha tiene varias ediciones, su 1ra ed. fue en 1979 y veinte años después se tradució al castellano la 4ta ed.

² Una de las críticas fuertes radica en que la definición de los principios es heredada de la filosofía política liberal. En este sentido la autonomía es vista como un atributo individualista de la razón y no como una capacidad que se alcanza a través de las relaciones con la comunidad. Respecto al principio de justicia, actúa como mero cooperante en dicha teoría y en cuanto a los principios de beneficencia, no maleficencia afirma que subyace una lógica económica ya que se encuadran dentro un balance costo-beneficio.

³ La Bioética de Intervención (BI) es una propuesta conceptual y práctica. Tiene muy presente la configuración de la lógica colonial que estructura lo real en función de jerarquías, es decir que se naturaliza que hay ciertas vidas que valen y otras que no ('colonialidad de la vida'). Esta propuesta incluye el análisis de diferentes dilemas: autonomía frente a justicia/equidad, beneficios individuales frente a solidaridad, cambios superficiales versus transformaciones concretas, neutralidad frente a los conflictos versus politización de los conflictos. Sus bases teóricas son el utilitarismo y la consecuencialismo solidario y crítico.

- Los problemas éticos del ámbito de la investigación humana,
- Los problemas sociales relacionados con políticas sanitarias,
- Los problemas éticos que surgen de la investigación e intervención sobre la vida de otros seres vivos (animales).

Los temas abordados en esta disciplina son por demás pertinentes y necesarios. Sólo se advierte que si reducimos la reflexión filosófica de la salud sólo a términos bioéticos se dejan fuera planteos filosóficos sobre salud que también serían muy pertinentes.

Filosofía de la salud en sentido amplio

Volviendo al término filosofía de la salud, ¿desde donde se haría una reflexión sobre la salud si no nos referimos estrictamente a las Ciencias de la Salud ni a Bioética? una denominación más amplia podría ser pensarla dentro de un sistema de salud. Es decir, hacer una reflexión del sistema de salud. Se necesitarían varias páginas para argumentar que estamos pensando al sistema de salud no como lo que comúnmente se entiende es decir una organización de tres subsectores (público, obras sociales y privado) sino como una noción de sistema de salud conformado no solo por los aparatos burocráticos estatales (hospitales y centros sanitarios, centros de obras sociales y por otros los actores clave) sino también por todos los espacios sociales de salud que están en los territorios.

El interés por ampliar la noción de sistema de salud es para repartir responsabilidades y que no recaiga en los centros hospitalarios, en las obras sociales que además de curar tengan que sanar a la población. Una cosa es cuidar la salud /restaurar la salud cuando ya se instaló la enfermedad. Por supuesto que una vez que habita una enfermedad /padecimiento en la persona es importante el papel de la Biomedicina con su eficacia, con su tecnología, sus fármacos cada vez más personalizados gracias al avance en genética. Y aquí será la bioética quien detecte los problemas éticos de estos nuevos avances, los resguardos para no fomentar sujetos fármacos dependientes, etc. Y de pensar los límites del modelo biomédico hegemónico. Pero cuidar la salud no como respuesta a una enfermedad es asunto que está por fuera de los hospitales e incluso de lo que habitualmente se entiende por medicina. Está en el deporte, en trabajos que respeten el equilibrio familia/jornada laboral, en que haya trabajo, en ambientes con aire puro y espacios verdes, que haya espacios para sentirse querido.

No es nuevo considerar a la salud como ideal de plenitud de la vida que se asocia con la idea de relación, relación con uno mismo (estar bien con uno mismo), con los demás (poder estar bien con los otros) y con el resto de la naturaleza (evitar la relación sujeto/objeto). El interés desde la cátedra Ramón Carrillo estará puesto en pensar el lado positivo (OMS) y vago (Canguilhem, 1976) de la salud. A su vez estaremos en diálogo constante con los presupuestos de la filosofía de la liberación y corrientes afines.

Para finalizar, la Filosofía de la medicina, así como los temas bioéticos serán también temas de nuestro interés de hecho, ¿Dónde está la medicina? fue la pregunta que puso en marcha la jornada celebrada en noviembre de 2024. Las reflexiones expresadas anteriormente formaron parte de este evento junto a las exposiciones de Enrique Del Percio, Daniel Roggero, Facundo Rodríguez y Franco Caviglia. Celebramos que esta primera e importante reunión no se haya hecho con médicos sino con profesionales del ámbito del Derecho en su mayoría lo que pone de relieve la centralidad de la salud en tanto derecho. El contenido de este libro no se atiene a un patrón único de escritura. Cabe pues señalar que ahí radica una de las riquezas de esta obra.

BIBLIOGRAFÍA:

- Carrillo, Ramón (1951) Teoría del Hospital, Tomo 1, Introducción. Buenos Aires: Ministerio de Salud Pública.
- Canguilhem, Georges (1976) El conocimiento de la vida, Barcelona, Anagrama.
- Granda, Edmundo (2004) "A qué llamamos salud colectiva hoy", Revista Cubana de Salud Pública ,30, núm 2.
- Flor do Nascimento, Wanderson y Garrafa Volnei, (2010) "Nuevos diálogos desafiantes desde el sur: colonialidad y Bioética de intervención". Revista Colombiana de Bioética, vol. 5. Núm. 2,
- Tissera, Oscar Eduardo y Pereyra, Gonzalo (2020). El aporte del pensamiento y obra del Dr. Ramón Carrillo a la Atención Primaria de la Salud en la Argentina. XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

APORTES PARA UNA FILOSOFÍA DE LA SALUD

Enrique Del Percio

En primer lugar, me congratulo de que esta primera actividad pública de la Cátedra Ramón Carrillo de Filosofía de la Salud se lleve a cabo en este marco, con académicos y profesionales que provienen de tantas disciplinas distintas. Cuando Carrillo decía que el hospital no es propiamente un centro de atención de la salud, sino de la enfermedad, nos estaba advirtiendo acerca de los riesgos de un paradigma biomédico que entendía a la salud como mera ausencia de enfermedad y, por ende, como “cosa de los médicos”. En tal sentido, la medicina es sólo un componente de la atención de la salud. Cito a Carrillo, quien en su Teoría del Hospital decía en 1951: “La medicina moderna tiende cada vez más a ocuparse de la salud y de los sanos, y su objetivo fundamental no es ya la enfermedad y los enfermos, sino evitar estar enfermo. Orienta su acción no hacia los factores directos de la enfermedad, los gérmenes microbianos, sino hacia los indirectos, la miseria y la ignorancia, comprendiendo que los componentes sociales: la mala vivienda, la alimentación inadecuada y los salarios bajos, tienen tanta o más trascendencia en el estado sanitario de un pueblo, que la constelación más virulenta de agentes biológicos”. Advirtamos que dice “la medicina moderna tiende a ocuparse cada vez más de la salud”, no dice que la salud sea exclusivamente asunto de la medicina, sino más bien que la salud tiene que ver con muchas más cosas que con la medicina y que la medicina debe, necesariamente, dialogar con otras disciplinas para atender eficazmente a esos componentes sociales. La mala vivienda, la alimentación inadecuada, los salarios bajos, son un problema de la economía, la sociología, el urbanismo... pero sobre todo, de la política.

En tal sentido, creo que no está demás señalar que el término “salud” proviene de la antigua diosa romana Salus, cuyo templo se llamaba *Salus Publica Populi Romani*, y se refería a la salud del pueblo entendida como bien público, como seguridad y prosperidad general. Es decir, tenía un significado político, no se refería (al menos primariamente) a la ausencia de enfermedad corporal, sino a la preservación de Roma con respecto a las amenazas de los enemigos, de las pestes, desastres naturales, etcétera. No es aventurado afirmar que, con el tiempo, el término *salus* será el opuesto a condenado (*con damnum*), el que debe pagar por un daño o deuda (*damnum*), de ahí que *salus* significará también

salvación: el que no se salva, se condena. De un modo u otro y con distintos matices, este fue el sentido predominante de la palabra salud, al menos hasta la Revolución Francesa, cuyo *Comité de Salut Public* tuvo a su cargo la defensa de la República contra los enemigos externos e internos durante el período que se conoce como “el Terror”: los condenados iban a la guillotina, todo muy saludable.

¿Cómo se llega a pensar a la salud como ausencia de enfermedad? Ese es motivo de otro estudio que, por cierto, puede arrojar mucha luz para una filosofía de la salud. Por lo pronto, baste destacar lo curioso de esa concepción. Sería algo así como pensar que la vida es ausencia de muerte, la visión ausencia de ceguera o la facultad de oír ausencia de sordera. Igualmente curioso es que, cuando se habla de centros de atención de la salud, pensemos antes en un hospital que en una pizzería, en un teatro, en una escuela o en un estadio de fútbol. Como si no fuera más saludable estar con amigos disfrutando de compartir una comida, un conocimiento o un espectáculo que internado en una habitación de hospital. De hecho, el hospital tiene por función atender la enfermedad para que podamos seguir disfrutando de la salud.

Volviendo a nuestro tiempo, creo válido y promisorio abordar algunos serios problemas de salud desde los conceptos propuestos por Carrillo. En particular, quienes trabajamos en el ámbito universitario, debemos estar preparados para afrontar los cada vez más frecuentes trastornos de salud mental de nuestros estudiantes, en particular: ansiedad, depresión, consumos problemáticos y dificultad para manejar sus emociones. Obviamente estos padecimientos no son privativos de las nuevas generaciones, pero se agudiza en los más jóvenes, como puede observarse en el hecho de que estén sobrepasados los servicios de salud mental infanto-juvenil de casi todos los países occidentales. Es evidente que el problema no es individual, aunque lo sigamos abordando como si lo fuera. Lo que está enfermo es algo más profundo: está enfermo el lazo social. Todos los expertos que convocamos para abordar la cuestión, desde el psicoanálisis hasta las neurociencias, coinciden en señalar que la causa radica en la falta de relación, de relación consigo mismo, con hermanos y vecinos, con gente de otras generaciones y de otras clases sociales. El aislamiento.

La salud es, necesariamente, salud comunitaria, pero esta afirmación requiere algunas precisiones. Para comenzar una línea de investigación a la cual espero pueda abocarse una parte de la Cátedra Carrillo, sugiero que reflexionemos acerca de algunas

pistas para entender esa crisis del lazo social a partir de la valiosa información contenida en el Informe Latinobarómetro 2024, al que pueden acceder en línea cuando quieran, pues es de acceso libre y gratuito. En particular, les propongo que nos centremos en dos elementos que comparten un denominador común: la falta de confianza. Si les parece bien, analizaremos: a) la falta de confianza en la democracia y, en general, en todas las instituciones y b) la falta de confianza en las otras personas.

a) Falta de confianza en las instituciones:

Más allá de la “resiliencia de la democracia” enunciada en el título del Informe, se advierte que las instituciones en general padecen una clara falta de confianza. Este aspecto es común a Latinoamérica y a buena parte de los países occidentales. Por eso, debemos buscar sus raíces en algunos cambios de larga duración que se vienen dando en todo el hemisferio. Pido por eso un poco de paciencia.

En el último medio siglo la humanidad está presenciando el paso de una sociedad de producción a una de consumo, paso que aún no ha sido acompañado por las instituciones: la escuela, el derecho, el Estado, siguen teniendo un formato más acorde a aquella sociedad que a la actual. En efecto, lo que queda de las instituciones aún vigentes responde a una sociedad que ya no existe. Aquella sociedad, conformada por tres grandes revoluciones: la Francesa, la Industrial y la de Independencia de América, fue testigo y protagonista de las guerras más masivas de la historia, desde las napoleónicas hasta la de Vietnam, guerras que requerían que todos los varones en algún momento de su vida formen parte de las fuerzas armadas. Fue asimismo una sociedad industrial, en la que los hombres que sobrevivían a las guerras pasaban la mayor parte de su vida en la fábrica. Ejército e industria requerían forjar subjetividades acordes a las necesidades de ese sistema: era sumamente importante obedecer órdenes sin cuestionar, ser capaz de posponer cualquier goce inmediato en pos de un bien arduo de obtener, asumir como valores la lealtad, el esfuerzo e, incluso, el sacrificio, para el logro de un objetivo colectivo y, por sobre todas las cosas, la solidaridad constituía el valor fundamental. En ese marco, no solo la obediencia al sistema se practicaba conforme a esas pautas, sino también la resistencia: los sindicatos y los partidos políticos populares basaban su potencia en la lealtad, el esfuerzo y, sobre todo, la solidaridad entre sus miembros. Cada persona incorporaba estos valores desde su nacimiento en el seno de un hogar cuyo jefe era un varón habituado a acatar la autoridad del sargento y del capataz; por ende, al ser ese el

modo de ejercicio de autoridad al que estaba habituado, la replicaba en casa, constituyendo para su familia un sargento o un capataz doméstico, muy alejado del modelo de paternidad que Jesús propone en el Evangelio. Obviamente, el padre afectuoso de, por ejemplo, la parábola del hijo pródigo, no es el padre que necesitaba el sistema para formar soldados y proletarios dispuestos a acatar órdenes sin cuestionarse, aunque ese orden exija el sacrificio de la propia vida en pos de un fin en última instancia ignorado.

Este tipo de sociedad cambia radicalmente a partir de la emergencia de nuevas tecnologías, especialmente las informáticas, cuya aplicación a la guerra y a la producción industrial tornó innecesarios tantos soldados y tantos operarios. Las nuevas máquinas adecuadamente programadas posibilitaron aumentos exponenciales de la productividad con prescindencia de mano de obra masiva. Esa superproducción se sostiene a partir de un incremento exponencial del consumo de bienes y servicios de alto valor agregado. En efecto, en el marco de una sociedad de consumo, la familia numerosa es claramente disfuncional pues sus miembros no pueden consumir en gran escala ese tipo de bienes y servicios de alto costo.

Lo ideal serán los DINKs o los SINKs⁴. Por eso, cuando nace un chico, especialmente en las clases medias y altas urbanas (que suelen imponer sus pautas culturales al resto de la sociedad) es hijo único, nieto único, sobrino único. Toda la familia gira en torno suyo. Tanto se acostumbra a ser el centro de atención desde que nace, que lo que mejor sabe hacer es mirarse a sí mismo. Nuestra sociedad no se ha vuelto narcisista por causa de las redes sociales, sino que, a la inversa, estas existen porque nos hemos vuelto narcisistas, contribuyendo a afianzar una tendencia de la que no es la causa directa. Ese joven narcisista, poco o nada acostumbrado a tratar con los demás, hijo de padres que tampoco tienen vínculos estrechos con sus compañeros de trabajo ni con sus vecinos, que ignora lo que es lidiar con sus hermanos, que sólo se relaciona a través de las redes sociales con quienes piensan y sienten como él, tiene serias dificultades para admitir a otras personas: tiende a querer más a su mascota que a su abuelo. Además, está poco preparado para aceptar la frustración. Cuando un joven ve en sus redes sociales que los demás están alegres, disfrutando en lugares paradisíacos, degustando platos exquisitos, riendo junto

⁴Siglas de *Double Income No Kids* y de *Single Income No Kids*: doble ingreso sin hijos o simple ingreso sin hijos. Hizo falta una gran operación cultural para este cambio de estructura familiar; en la que la píldora anticonceptiva fue uno de los factores importantes, pero no el más importante, para lograr que la mujer trabajase afuera del espacio doméstico, generando así otro ingreso dinerario y deje de tener muchos hijos.

a sus parejas, mientras él o ella atraviesan la profunda angustia de no tener el *i-Phone* de último modelo, siente que la vida es una fiesta a la cual no le invitaron.

Ese consumo conspicuo⁵, antes privilegio de las clases más altas, ahora debe ser incorporado como un mandato ético (y estético) por todos los estratos sociales. Para esto, es necesario un nuevo tipo de persona, se requiere alguien que asuma el mandato imperativo de disfrutar consumiendo y de consumir constantemente, sin posponer el goce del consumo inmediato, pues la posposición del goce implica posponer el gasto, y el gasto, claro está, es indispensable para aceitar el funcionamiento del mercado. Se requiere un sujeto que huya del esfuerzo y del sacrificio, que piense y busque ante todo su deleite a través de los bienes y servicios que le ofrece la publicidad. Pero lo más importante: el consumo es individual y exige un tipo de individualidad que anteponga la libertad de elección a cualquier otra consideración⁶.

Cuando el individualismo hedonista y la libertad de elección sustituyen al esfuerzo y la solidaridad como valores fundantes de la vida en común, está claro que es necesario repensar las formas de legitimación de las instituciones clásicas, en particular de la ley y del Estado, ya que el individuo no entiende por qué debería aceptar que haya leyes que, desde su perspectiva, coarten su libertad. Menos aún puede aceptar que se le cobren impuestos, ya que por definición “impuesto” es lo que se impone, es contrario a la libertad de elegir qué hago con mi dinero.

En una sociedad vertebrada en función del ejército y de la industria, todas las clases sociales tienen interés en la instrucción (más que en la educación) y en el higienismo (más que en la salud pública) por lo que la gran mayoría acepta que es legítimo pagar impuestos para proveer “salud” (entendida en sentido restringido) e instrucción, así como subsidios al transporte para que los estudiantes y trabajadores puedan llegar a la escuela o a la fábrica. Pero cuando lo importante es el consumo, ya no se requiere instrucción (los productos de consumo se elaboran para que cualquiera pueda utilizarlos con la menor capacitación previa) por lo que los estratos medios y altos

⁵Tomo la expresión “consumo conspicuo” para hacer referencia a la adquisición de bienes en función prioritariamente de su marca u otros signos que confieren prestigio y reconocimiento social, para distinguirlo del consumo de las cosas que se adquieren prioritariamente para vivir bien, con independencia de la opinión de los demás. Como suele pasar, el problema es confundir los medios con los fines: el consumo como medio para vivir mejor es algo deseable, no así el consumo como fin en sí mismo, fuente de frustración e infelicidad.

⁶Para un análisis a la vez claro y exhaustivo de este proceso, cfr. Zygmunt Bauman, *Trabajo, consumismo y nuevos pobres*, Barcelona, Gedisa, 1999

se desentienden de la formación que reciban los pobres y, como se sabe, una educación para los pobres es una pobre educación. Lo mismo ha de acontecer con la atención médica: quienes puedan, pagarán su propia medicina privada desentendiéndose de la suerte que corran los que no accedan a esos beneficios, y también ocurre que un sistema médico para pobres es un pobre sistema médico. Por lo tanto, los miembros de las clases acomodadas consideran que los impuestos que pagan son una exacción del Estado para favorecer a vagos que no quieren trabajar, al par que los miembros de las clases destinatarias de esa ayuda consideran que el Estado les brinda las sobras, cosas de mala calidad y, además, no les permite la sagrada libertad de elección: deben ir a la escuela o al hospital que el Estado les indica y recibir la educación o la atención médica que el Estado dispone. Ni unos ni otros ven al Estado como algo digno de ser defendido, sino que, por el contrario, es percibido como una suerte de rémora sin mayor razón de ser⁷.

Esta es la realidad con la que tenemos que trabajar. Seguramente no es la que querríamos, pero es la que hay. Tampoco es mucho peor que la realidad en la que se forjó la personalidad autoritaria característica del Siglo XX. Es que, en definitiva, como decía Borges, a nosotros, como les pasó siempre a todas las gentes, nos tocó vivir en una mala época. Mas, también es cierto que no todas las épocas fueron igualmente malas; ciertamente las hubo peores y, aún en estos tiempos aciagos, encontramos signos que, si bien no nos alcanzan para ser optimistas, son suficientes para consolidar nuestra esperanza.

Por un lado, si bien el ejército y la industria forjaban una personalidad esforzada, organizada y solidaria, también formaban gente insensible al dolor, tanto al propio como al ajeno, gente que despreciaba la diferencia, pues todos los soldados y los operarios debían ser lo más parecidos posibles, uniformados por fuera pero también por dentro, lo suficientemente viriles y recios como para alcanzar el objetivo impuesto por los líderes al precio que fuere. Aquí ya tenemos una primera pista de un signo de esperanza: esos

⁷Quizá el único servicio que unas clases y otras perciben o exigen del Estado (y que constituiría por ende su razón de ser en última instancia) es la seguridad frente al delito violento. Pero acontece que cuando el principal factor para asignar prestigio y status es el consumo, si una sociedad no provee a todos sus integrantes de medios legítimos para consumir, no es difícil que el delito violento sea una alternativa válida para muchos. El mandato de consumir (se trata de todos los consumos, incluso los que conllevan adicciones problemáticas) no es compatible con el de ir a la escuela o de realizar trabajos arduos. Si en este marco sigue habiendo Estado es, en buena medida, porque hay delito, sobre todo delito violento. Mientras haya delito violento habrá necesidad de más policía y, por tanto, el Estado seguirá existiendo aunque reducido a una mera agencia de seguridad, ya que si dejamos la protección frente al robo exclusivamente en manos privadas no tardaríamos en tener ejércitos privados y, por tanto, estaríamos siempre al borde de caer en la guerra de todos contra todos, como explicó Hobbes.

mismos chicos egoístas, narcisistas, que tienen la hipersensibilidad a flor de piel y se llenan de pena cuando no tienen la suficiente aceptación en las redes sociales, tienen también una sensibilidad especial para cuidar a su mascota, para tornar usual un concepto relativo al cuidado de sus compañeros como es el *bullying*, en especial aquel del que es víctima el diferente. (Pensemos que esa palabra ni siquiera existía hace treinta años y hoy ya hacemos mediciones de *bullying* en el sistema educativo) Especial importancia tiene el cuidado de la Casa Común: ni a la industria ni al ejército le importa un bledo destruir lo que hiciera falta para conseguir el objetivo. Hoy son cada vez más los oídos atentos al grito de la tierra.

Para transformar la realidad es menester tomar muy en serio los signos de los tiempos. Asumir el narcisismo y ayudar a cada joven a descubrir, desde esa condición narcisista, que solo puede realizarse dando, ayudarle a descubrir la falacia de distinguir egoísmo de altruismo, pues es dando como somos más felices, ayudarle a descubrir que nadie se salva solo, a descubrir que no somos los dueños de nuestro cuerpo, como cree alguna filosofía étnica blanca, sino que *estamos siendo* nuestro cuerpo y por tanto dependemos de quienes nos proveen el alimento, el vestido, la vivienda, pero dependemos también de la *Pachamama* que nos provee el maíz y el agua, el lino y el algodón, el barro y el metal. Pensando desde las carencias, sobre todo desde esas carencias que se perciben con mayor crudeza desde las “periferias existenciales”, podemos contribuir a construir un mundo en que quepan muchos mundos. Pensando desde las faltas de empleos que genera la inteligencia artificial podemos pensar en los nuevos trabajos que va a demandar el cuidado. Que la tecnología se encargue de los aspectos mecánicos de la labor, para que quede para los humanos la emoción de saberse irremplazable, de saber, como nos decía el Papa Francisco en *Dilexit nos* “que, en último término, yo soy mi corazón, porque es lo que me distingue, me configura en mi identidad espiritual y me pone en comunión con las demás personas”.

b) La falta de confianza interpersonal:

En este caso, a diferencia de la desconfianza en las instituciones, estamos frente a un fenómeno propio de la región. En efecto, “mientras que en los países más avanzados, como Suecia o Noruega, la confianza interpersonal llega al 60% - 70%, en América Latina desde 1995, lo más alto que se ha alcanzado es el 24% en 1997. Hoy, en 2024 se sitúa en el 15%. El país latinoamericano con mayor confianza interpersonal en 2024 es México,

con el 26%, seguido por Argentina con el 24% y Chile con el 21%. Último está Brasil con el 5%, seguido por Ecuador (8%) y Perú y Costa Rica (10%)” (p.57) “Los latinoamericanos no confían en el otro desconocido. Eso define la manera cómo se relaciona la gente en una sociedad. Por esta razón, en América Latina las redes de familia, amigos y compañeros de trabajo predominan como fuente, y el clientelismo y la corrupción se basan en esas relaciones más cerradas, que se forman por la falta de confianza societal. La penetración del individualismo en las últimas décadas, la disminución del tamaño de la familia, ha producido un debilitamiento de las redes de apoyo latinoamericanas que están cambiando las formas de relacionarse, sin embargo ello no parece cambiar la confianza interpersonal aún.” (p.58)

Si bien cabría realizar un estudio detallado de la multiplicidad de causas que explican esta desconfianza, hay una que puede resultar útil para trabajar en orden a revertir ambas desconfianzas: la crisis del contrato social y la distinción entre sociedad y comunidad. La crisis de las instituciones, tal como vimos, tiene como causa principal la disolución del lazo social.

Las nuevas tecnologías motivan que la gente ya no trabaje más en el mismo lugar, con sus mismos compañeros de trabajo. De modo concomitante, la gente ya no vive más en el mismo barrio ni comparte el espacio doméstico con las mismas personas durante toda su vida.

Esa disolución de los vínculos fuertes generados por el trabajo, el barrio y la familia, ponen en crisis el mito fundante de las instituciones modernas: el Contrato o Pacto Social, contrato que en la Europa de inicios de la llamada “Edad Moderna” vino a sustituir a la anterior modalidad de vida en común: la Comunidad. Ahora bien, en Latinoamérica, los lazos comunitarios siempre fueron más fuertes que los sociales. Mientras la idea de “sociedad” deriva de “socio”, es decir, se asume una suerte de voluntad de asociarse, que presupone que uno podría no asociarse, en la “comunidad” se entiende que vivir con los otros es, como diría Aristóteles, “natural”. En la comunidad tradicional o anterior al Contrato Social, las relaciones interpersonales se daban, casi exclusivamente, entre gente conocida. A nadie se le ocurriría pasar horas sentado frente a otro a quien no conoce, como pasa en cualquier transporte público en el seno de una sociedad. Se confía porque se conoce... y se tiende a desconfiar de quien no se conoce. A la vez, se tiende a privilegiar a los cercanos, más allá de lo que establezca la ley, pues la ley es impersonal y su legitimidad viene precisamente de ese Contrato Social que dejó afuera a los miembros por

excelencia de la comunidad latinoamericana: indígenas y afrodescendientes, que constituyen la base cultural de la mayoría de nuestra población.

Mas la crisis del Contrato “desde adentro” es concomitante con su crisis “desde afuera”. En efecto, el Contrato había dejado afuera: 1) al resto de la naturaleza, a la Casa Común; 2) a la mujer y al espacio doméstico y 3) a los indígenas y a los africanos y sus descendientes. Más aún, no solo dejó afuera de los términos del Contrato a estos tres factores, sino que los asumió como peligros de los cuales protegerse y, simultáneamente, recursos para explotar. Como vimos, la preocupación de las nuevas generaciones por la problemática ecológica, la aceptación de la denuncia feminista acerca de que “lo doméstico es político” y la reivindicación de las demandas de los pueblos indígenas y de afrodescendientes ponen en jaque al Contrato por fuera.

La crisis del Contrato como mito articulador de la vida en común y la preocupación por el cuidado de la Casa Común, del ámbito doméstico, de las etnias vulneradas, vuelve a poner en el centro de la escena a la comunidad. En efecto, en todas partes hay gente que siente, piensa y trabaja advirtiendo el agotamiento de las instituciones nacidas del Contrato Social. En todas partes, hay gente que siente, que presiente, que algo nuevo está emergiendo, que nada está escrito. En todas partes se habla cada vez más de comunidad. Claro que se corre el riesgo de creer que se trata de la comunidad premoderna, de la que había *antes* de la sociedad, en lugar de la comunidad transmoderna, que está gestándose *después* de la sociedad y después de lo que en Europa fuera la posmodernidad. En la sociedad, cada uno siente a los demás y al resto de la naturaleza no humana como meros medios para el propio progreso individual o, en el mejor de los casos, familiar: como meros recursos. Como decía Edith Stein, el hombre de sociedad se comporta frente a los demás como el torero que busca la parte débil del toro, pues está siempre pendiente de captar qué puede venderles, cómo puede sacar ventaja, cómo puede utilizarlos en su provecho. En cambio, en la comunidad, se descubre que nadie se salva solo, que la relación que me une a mí conmigo mismo, con los demás, con el resto de la Casa Común, es tan fuerte porque esa relación me constituye como persona; en la comunidad se descubre que no somos una sustancia acabada, sino que somos un haz de relaciones. Se va tomando conciencia paulatinamente de la importancia de constituir una comunidad que trascienda fronteras sin disolver identidades, una comunidad que valore las diferencias, pues lo contrario de la diferencia no es la identidad, sino la indiferencia. No hay identidad posible sin diferencia: en la conciencia de esta realidad radica la distinción clave entre la

comunidad transmoderna que es posible y es necesario construir, y la comunidad premoderna, cerrada, centrada en lo propio.

Cierto pensamiento eurocentrado, muy temeroso de que se repitan las consecuencias que en su momento acarreó en Europa la nostalgia romántica por la comunidad perdida, señala que no es conveniente traer nuevamente a escena un concepto tan peligroso como el de comunidad, pero ese temor le impide ver la diferencia sustancial entre las dos formas de entender la comunidad. Ciertamente, es una objeción que conviene tener en cuenta, pero no hasta el punto de invalidar la recuperación del concepto de comunidad. De hecho, si se tienen en cuenta los peligros que encierran algunos conceptos, tampoco sería conveniente hablar de justicia, libertad, amor o igualdad, pues son palabras en cuyo nombre se han cometido no pocos crímenes. Todo aquello por lo que vale la pena vivir es arriesgado, ya que siempre cabe la posibilidad de que alguien entienda que aquello por lo que vale la pena vivir es también por lo que vale la pena matar. Creo que esta revalorización del concepto de comunidad apunta, en general, a otra cosa: mientras el concepto tradicional estaba más centrado en el *com* de la *communitas*, es decir, lo común que nos separa de los otros, el concepto que hoy va expandiéndose con mayor vigor tiene más en cuenta el *munus*, el cuidado, el hacer algo por los otros y por el resto de la naturaleza. No casualmente uno de los textos más leídos y citados en lo que va de este siglo es la encíclica *Laudato Sii*.

En América Latina el mito del Contrato Social sólo tuvo vigencia parcial entre los estratos medios y altos urbanos, pero en los ámbitos populares y, parcialmente, en aquellos otros estratos, siempre predominó una suerte de “aristotelismo espontáneo”, una idea de que es natural que vivamos juntos, en suma: un predominio de la comunidad sobre la sociedad. Ahí radica, sin duda, uno de los principales obstáculos para plasmar modelos de desarrollo que han sido exitosos en otras latitudes; pero ahí radica, también, nuestra esperanza: en construir una institucionalidad confiable por estar estructurada no sobre bases culturalmente ajenas, sino sobre el propio sustrato cultural de nuestro pueblo, sobre una comunidad que, al ser amplia e incluyente, permita acrecentar junto a la confianza en las instituciones la confianza entre las personas. Claro que esta esperanza no es tanto una esperanza para Latinoamérica, cuanto, desde Latinoamérica, ya que el problema de las instituciones, como vimos al inicio, es universal.

Entiendo que es en este marco en el que se propone pensar la salud comunitaria: como salud de cada individuo y como salud de los lazos que hacen a la vida en común.

Quizá convendría vincular este concepto con aquella definición de bien común como “la suma de condiciones que la comunidad brinda a cada uno de sus miembros para que estos puedan desplegar plena y libremente sus potencialidades en beneficio propio y de esa misma comunidad”.

Cuando todos nos hallamos inmersos en el mismo sistema-mundo, se abren dos caminos posibles: o los algoritmos colonizan las inteligencias y voluntades de la especie humana tornándola prescindible y ahí no importará sino la salud individual en tanto que objeto de transacción mercantil, o, quizá, la conciencia de estar interconectados nos lleve a descubrir que nadie se salva solo, que el *munus* tiene prioridad sobre el *com*, que el cuidado debe estar en el centro de la reflexión y la acción política, que nadie se realiza si no es en una comunidad que se realiza.

GENEALOGÍA DE LA DEFINICIÓN DE SALUD DE LA OMS

Daniel Roggero

Dedicado a los delegados argentinos
en la Asamblea de 1946 para la constitución de la OMS:
Dr. Alberto ZWANCK, Profesor de Higiene, Universidad de Buenos Aires.
Dr. Francisco J. MARTONE, Secretario de la Comisión de Salud, HCDN.
Dr. Gabriel GALVEZ-BUNGE, Director de Legislación Sanitaria, Ministerio de Salud
Pública.

Y especialmente al Dr. Lars Thorup LARSEN, Aarhus University, Dinamarca, por autorizar su investigación publicada en 2022: *Una genealogía de la definición positiva de salud de la OMS.*

TRACTATUS

En el origen del pensamiento filosófico y científico subyace una pregunta fundamental: ¿Por qué existe algo en lugar de nada? Mientras que la filosofía se dedica a interrogarse sobre el "por qué", la ciencia centra su labor en responder al "cómo" mediante la explicación y la evidencia. La evolución del conocimiento ha mostrado que ambas disciplinas, lejos de oponerse, están intrínsecamente vinculadas: las ciencias modernas emergieron como derivaciones de un tronco común, el saber filosófico.

En este contexto, Stephen Hawking predijo el ocaso de la filosofía, afirmación contestada por Umberto Eco, quien reivindicó su vigencia. A su vez, el científico Jorge Wagensberg destacó que, a medida que se comprende el "cómo" de un fenómeno, la interrogante sobre su "por qué" pierde relevancia.

El lenguaje también refleja esta interconexión. En inglés, el término *wonder* denota simultáneamente "preguntarse" y "asombro". Aristóteles y Platón consideraban que el asombro es el punto de partida de la filosofía, y fue en inglés precisamente donde se formuló la definición original de salud de la OMS.

Históricamente, quienes han revelado verdades antes de su tiempo han sido considerados herejes. Un ejemplo paradigmático es el geocentrismo aristotélico, que, aunque ampliamente aceptado, fue desafiado por Heráclides de Ponto y Aristarco de

Samos, precursores del heliocentrismo. Posteriormente, esta concepción fue consolidada por Copérnico, quien la fundamentó con evidencia empírica.

- La definición de conceptos en la ciencia:

La evolución del conocimiento muestra que las definiciones de conceptos fundamentales han sido, en un inicio, especulaciones filosóficas antes de adquirir rigor científico. Algunos ejemplos ilustrativos incluyen:

- La "fuerza", definida por Newton.
- La "información", formalizada por Shannon.
- La "materia", conceptualizada por Dalton.
- Conceptos como "energía", "tiempo" y "espacio", esclarecidos por Einstein.
- El "origen de las especies", explicado por Darwin.

De manera análoga, la alquimia evolucionó en química y la astrología dio paso a la astronomía.

- Filosofía de la salud y la definición de la OMS:

Cuando a Pitágoras le preguntaron si era sabio, respondió que solo era un filósofo, es decir, un buscador de sabiduría. En esta línea, la filosofía busca descubrir lo posible, mientras que la ciencia se orienta a conocer lo que es. La primera formula interrogantes; la segunda, ofrece respuestas verificables.

Si aplicamos este razonamiento al ámbito de la salud, podemos afirmar que la Filosofía de la Salud se encarga de problematizar y cuestionar el concepto de "salud", mientras que la ciencia tiene el cometido de explicarlo y operativizarlo.

Esto nos conduce a una pregunta crucial: ¿Quién definió la "salud" en el preámbulo de la OMS: un científico o un filósofo? La respuesta requiere un abordaje que conjugue reflexión y evidencia.

- El papel de la filosofía en la definición de salud:

En 1946, el Dr. Henry E. Sigerist, reconocido historiador de la medicina, médico, filólogo y políglota, inspiró la definición de "salud" incluida en el preámbulo de la

Constitución de la OMS. En su discurso ante la Sociedad Filosófica Americana, Sigerist afirmó:

El filósofo piensa y formula lo que otros solo sienten de manera vaga, organizándolo en un sistema. Una vez que las aspiraciones del grupo se formulan y sistematizan, estas se vuelven conscientes y ejercen una influencia tremenda al guiar a las personas en sus acciones. Los filósofos son los creadores más poderosos de la historia.

Esta afirmación refuerza la idea de que la definición de salud en el preámbulo de la OMS no es producto exclusivo del empirismo científico, sino también de un esfuerzo filosófico por sistematizar una visión integral de la salud humana.

En conclusión, la reflexión filosófica y la investigación científica no son disciplinas excluyentes, sino complementarias. La definición de salud de la OMS es un ejemplo paradigmático de cómo ambas áreas del conocimiento se entrelazan para generar conceptos que impactan en la práctica y la política sanitaria global.

Este análisis invita a profundizar en una filosofía científica de la salud: un pensamiento aplicado y operativo que no solo indague en el "qué", sino también en el "cómo", para comprender mejor el rol de la medicina en la conceptualización de la salud en el siglo XXI.

Así, iniciamos este recorrido donde filosofía y ciencia se entrelazan, guiados por la reflexión intelectual y por la emoción del asombro.

CONSTITUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

PREÁMBULO

Los Estados Partes en esta Constitución, en conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, declaran que los siguientes principios son fundamentales para garantizar la felicidad, las relaciones armoniosas y la seguridad de todos los pueblos:

Versión oficial en español: *"La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades."*

"La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados."

CAPÍTULO I – FINALIDAD

Artículo 1

"La finalidad de la Organización Mundial de la Salud será alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud."

La Constitución fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, que tuvo lugar en Nueva York entre el 19 de junio y el 22 de julio de 1946. Posteriormente, fue firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados, entrando en vigor el 7 de abril de 1948.

Desde su adopción, la Constitución ha sido modificada para reflejar los avances y cambios en el ámbito de la salud global. Las reformas correspondientes fueron aprobadas por las siguientes Asambleas Mundiales de la Salud:

- 26.a Asamblea, con entrada en vigor el 3 de febrero de 1977.
- 29.a Asamblea, efectiva a partir del 20 de enero de 1984.
- 39.a Asamblea, en vigor desde el 11 de julio de 1994.
- 51.a Asamblea, aplicada desde el 15 de septiembre de 2005.

Estas modificaciones se encuentran debidamente integradas en el texto vigente de la Constitución, consolidando su rol como marco fundamental para la cooperación internacional en el campo de la salud pública.

PRESENTACIÓN

La presente ponencia está estructurada en dos partes claramente diferenciadas, tomando como fuente principal el trabajo de investigación realizado por el académico danés Dr. Lars Larsen. Este estudio fue publicado en 2022 bajo el título "*No meramente la ausencia de enfermedad: Una genealogía de la definición positiva de salud de la OMS*", en la revista *Historia de las Ciencias Humanas* (volumen 35, número 1, pp. 111-131).⁸

⁸ Larsen, L. T. (2022). Not merely the absence of disease: A genealogy of the WHO's positive health definition. *History of the Human Sciences*, Volumen N° 35, 111-131. febrero de 2022. https://pure.au.dk/ws/portalfiles/portal/306957769/Not_merely_the_absence_of_disease_Accepted_manuscript_2022.pdf / Consultado el 10 de marzo de 2025.

El mencionado trabajo se basa en un análisis exhaustivo de noventa fuentes documentales inéditas, proporcionando un marco histórico y conceptual para comprender la genealogía del desarrollo de la definición de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) inicia con una definición que se ha convertido en un referente ampliamente reconocido a nivel global. Esta formulación destaca explícitamente los aspectos positivos de la salud, superando el enfoque tradicionalmente restrictivo que la limitaba a la ausencia de enfermedades. Al hacerlo, amplía su comprensión más allá de lo puramente somático o biológico, incorporando dimensiones sociales y mentales esenciales.

En la actualidad, esta definición podría percibirse como "inofensiva" o simplemente "políticamente correcta". Sin embargo, en 1948 representaba una idea profundamente innovadora y cargada de implicaciones políticas. De hecho, constituyó el eje central de una nueva perspectiva global sobre la salud, marcando el nacimiento de una organización internacional orientada a promover un enfoque integral en este ámbito. Este cambio paradigmático trasladó conceptos emergentes de la medicina social y "socializada" desde los márgenes de las discusiones académicas y políticas hacia el núcleo de los debates internacionales sobre salud pública.

A pesar de su aplicación extensiva y su relevancia en las políticas de salud pública actuales, los antecedentes intelectuales de esta definición, así como los conflictos políticos que influyeron en su creación, no han sido suficientemente investigados ni comprendidos. Resulta insuficiente limitarse a analizar su implementación posterior para captar plenamente su origen. Es necesario explorar su prehistoria intelectual, entendida como la suma de los debates, influencias y tensiones que dieron lugar a esta formulación revolucionaria.

¿Por qué la definición de salud de la OMS resulta sorprendente y fuera de tiempo? La genealogía de esta idea plantea, al menos, dos enigmas principales que suscitan interés crítico:

-El significado y la redacción de la definición:

La definición de salud, con un alcance extraordinariamente amplio, no se ajusta al formato tradicional de una definición científica destinada a delimitar fenómenos

específicos. Por el contrario, abarca casi todos los aspectos de la vida como relevantes para la salud, estableciendo un estándar que resulta prácticamente inalcanzable: el estado de completo bienestar físico, mental y social. Aunque esta definición parece intuitiva en la actualidad, debido a su reiteración en miles de documentos de salud pública, sigue siendo notablemente inusual que una constitución internacional inicie con una formulación tan ambiciosa. La pregunta surge: ¿Por qué los redactores de la OMS decidieron afirmar que la salud "no es simplemente la ausencia" de enfermedad? Esta frase parece responder a una declaración previa que afirmaba lo contrario, lo que plantea nuevas interrogantes sobre el contexto político e intelectual en el que se formuló esta idea, así como sobre las motivaciones de quienes participaron en su redacción.

-Aceptación política en un contexto adverso:

La adopción de esta definición durante la Guerra Fría resulta sorprendente, considerando las tensiones políticas de la época, caracterizadas por el "MaCartismo médico" y un marcado anticomunismo en los debates relacionados con la salud pública. La inclusión de ideas progresistas en este contexto parece contradecir las dinámicas políticas predominantes, lo que sugiere la necesidad de explorar los esfuerzos diplomáticos y estratégicos que permitieron su legitimación.

-Enfoque del análisis:

Este artículo busca explicar cómo se formuló y se legitimó políticamente esta definición, destacando su inclusión como la primera línea del preámbulo de la Constitución de la OMS. Asimismo, se examinan los esfuerzos de actores clave cuya influencia permaneció oculta para evitar reacciones políticas adversas. Entre ellos destacan:

- Raymond Gautier, veterano de la Liga de las Naciones.
- Henry E. Sigerist, historiador médico francés, cuya contribución fue indirecta pero significativa.

A través de maniobras diplomáticas y políticas, lideradas principalmente por el Departamento de Estado de los Estados Unidos, estas ideas progresistas lograron

integrarse en la misión de la nueva organización internacional de salud, a pesar de las resistencias ideológicas de la época.

En contraste con estudios previos que se centran en el impacto posterior de esta definición, este análisis documenta un eslabón perdido en sus etapas formativas, cuando la definición fue conceptualizada y establecida por primera vez.

-Aspectos metodológicos y fuentes documentales:

El desarrollo de esta definición no fue el resultado de un progreso científico en medicina, sino de un proceso intelectual y político. Desde un enfoque genealógico, este estudio rechaza explicaciones retrospectivas funcionalistas que atribuyen utilidad a ideas históricas, alineándose con la reflexión de Nietzsche en *La genealogía de la moral: "El origen del surgimiento de una cosa y su utilidad última, su aplicación práctica e incorporación a un sistema de fines, son totalmente separados."*

La investigación se basa en noventa fuentes documentales inéditas, recopiladas de los siguientes archivos:

- Archivos de la OMS en Ginebra.
- Archivos de las Naciones Unidas.
- Organización de la Salud de la Liga de las Naciones (LNHO).
- Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- Archivos Nacionales de Washington D.C. y College Park.
- Bibliotecas presidenciales de Franklin D. Roosevelt y Harry S. Truman.
- Biblioteca Nacional de Medicina.
- Biblioteca de la Universidad de Columbia.
- Colecciones Henry E. Sigerist en la Biblioteca de la Universidad de Yale.
- Archivos Médicos de la Universidad Johns Hopkins.

La selección de documentos partió de las conferencias fundacionales en las que se propuso, revisó y adoptó la Constitución de la OMS. Sin embargo, se evidenció que gran parte de la definición de salud y del texto constitucional fue redactada antes del período cubierto por los archivos de la OMS.

Además, se identificaron lagunas en las historias oficiales de la OMS, que tienden a omitir o exagerar ciertos aspectos del proceso de redacción, minimizando la influencia de algunos actores clave. Este artículo busca corregir estas deficiencias, ofreciendo una perspectiva más completa y precisa sobre los orígenes de esta innovadora definición de salud

Primera Parte

La primera sección de la ponencia examina el proceso de formulación de la definición de salud, abordando:

- Las ideas preliminares propuestas por destacados académicos en la historia de la medicina.
- Las contribuciones de actores políticos que promovieron el seguro nacional de salud como un componente esencial del bienestar.

Esta definición fue elaborada bajo el liderazgo del médico suizo y funcionario de la Liga de las Naciones, Dr. Raymond Gautier. En su trabajo, Gautier se apoyó de manera significativa, aunque discreta, en el libro *Medicina Socializada en la Unión Soviética* (1937), escrito por el destacado historiador médico francés Henry E. Sigerist.

-El origen de la definición de Salud de la OMS:

La primera etapa de esta genealogía busca identificar el momento, el lugar y los actores principales responsables de la formulación de la definición de salud adoptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este análisis revela una multiplicidad de voces y contextos que reclamaron su autoría, pero cuya participación real en el proceso presenta matices.

-El rol de los actores principales:

Noel-Baker: El delegado británico Noel-Baker se posicionó como una figura influyente en la conceptualización de la Constitución de la OMS, citando su participación en un subcomité del Consejo de Seguridad. Según su relato, las ideas fundamentales fueron tomadas de Ludwik Rajchman, antiguo jefe de la Sección de Salud de la Liga de las

Naciones. Sin embargo, al analizar el contexto, este testimonio parece ser más un gesto de reconocimiento hacia Rajchman que una descripción fiel de los hechos. Rajchman, aunque alineado con principios de medicina social relacionados con la vivienda y la nutrición, quedó excluido de las etapas iniciales de la formación de la OMS y no contribuyó directamente al lenguaje ni a las formulaciones clave de la definición.

Szeming Sze: El delegado chino Szeming Sze también reclamó la autoría, alegando haber desarrollado una versión casi final de la definición de salud. Según Sze, incorporó el componente de salud mental tras una conversación con Brock Chisholm, psiquiatra canadiense y primer director general de la OMS. Además, afirmó haber integrado la medicina preventiva en la agenda de la organización. Si bien Sze desempeñó un papel clave al priorizar la salud como tema central durante la conferencia de San Francisco (véase *Tabla 1*), su reivindicación de haber sido el principal redactor de la definición parece carecer de suficiente sustento documental.

-Cronología resumida de las conferencias fundacionales de la OMS :

Fecha y evento principal:

Octubre de 1944: En la Conferencia de Dumbarton Oaks se diseñaron los planes para la creación de la ONU, sin incluir inicialmente una organización dedicada a la salud.

Abril de 1945: En la Conferencia de San Francisco, se propuso por primera vez una organización internacional de salud dentro de los planes de la ONU.

Febrero de 1946: El Consejo Económico y Social de la ONU decidió preparar los fundamentos para una organización global de salud.

Marzo de 1946: Reunión del Comité Técnico Preparatorio (TPC) en París, donde se negociaron los términos de la Constitución de la futura OMS.

Junio-julio de 1946: Durante la Conferencia Internacional de Salud en Nueva York, se firmó oficialmente la Constitución de la OMS.

1946-1948: La Comisión Interina de la OMS lideró la transición hacia la operatividad plena de la organización.

Abril-julio de 1948: La Constitución de la OMS entró en vigor, marcando el inicio formal de la organización, seguida de la Primera Asamblea Mundial de la Salud.

-Propuestas para la Constitución de la OMS y la génesis de la definición de salud

Durante las reuniones segunda y tercera del Comité Técnico Preparatorio (TPC), se presentaron al menos cuatro propuestas formales para la Constitución de la OMS, elaboradas por Jameson, delegado británico. Parran, delegado estadounidense. Cavaillon y Lechainche, delegados franceses. Stampar, delegado yugoslavo.

El preámbulo, que contiene la definición de salud junto con los ideales y objetivos de la organización, se deriva casi exclusivamente de la propuesta de Stampar. Por esta razón, algunos autores le atribuyen la autoría de la definición.

Sin embargo, investigaciones recientes indican que Stampar no redactó personalmente dicha propuesta. Tampoco se evidencia una conexión directa con el gobierno yugoslavo que oficialmente representaba. Recién liberado de prisión tras la Segunda Guerra Mundial, Stampar visitó la Liga de las Naciones en su camino hacia la reunión del Consejo Económico y Social de la ONU en Londres. Allí, recibió un borrador preparado por Yves Biraud, funcionario de la Liga de las Naciones para la Salud (LNHO), que luego presentó formalmente en el TPC.

-Investigaciones archivísticas:

Evidencias obtenidas de los archivos de la LNHO revelan que la propuesta atribuida a Stampar, incluida la definición de salud, se basó casi palabra por palabra en un borrador redactado por Yves Biraud y Raymond Gautier, secretario general interino de la LNHO, fechado el 27 de septiembre de 1945.

Esta cadena de aportes pone de manifiesto una estructura colaborativa y multifacética en la génesis de la definición, evidenciando cómo actores individuales y contextos políticos se entrelazaron para dar forma a uno de los pilares fundamentales de la Constitución de la OMS.

-Antecedentes durante la Segunda Guerra Mundial:

Al inicio de la Segunda Guerra Mundial, la Liga de las Naciones para la Salud (LNHO) enfrentó dificultades operativas, lo que llevó a que la mayoría de sus funcionarios abandonaran la sede en Ginebra. Sin embargo, Raymond Gautier y Yves Biraud

permanecieron al mando de la oficina, donde se dedicaron a redactar documentos clave sobre la posible creación de una organización internacional de salud en el futuro. Gautier, desde Londres y Washington, circuló estos textos entre figuras influyentes, incluyendo al delegado yugoslavo Stampar y al Departamento de Estado de los Estados Unidos.

-Contribuciones de Gautier y los documentos conceptuales:

Durante este período, Gautier redactó tres documentos conceptuales, culminando en un borrador conjunto con Biraud. Uno de estos textos, titulado *La salud internacional del futuro* (15 de marzo de 1943), contenía una idea revolucionaria: *"La salud es más que la ausencia de enfermedad: implica bienestar físico, mental y moral."*

Esta afirmación no tenía precedentes claros y buscaba sentar las bases para una organización que abordara la salud desde un enfoque integral y ambicioso. En otro documento posterior, Gautier subrayó que el fin de la guerra sería una oportunidad política única para posicionar la salud positiva como un eje central de la justicia social y el bienestar universal. Según sus propias palabras: *"Ahora es el momento de aspirar a la salud positiva y la justicia social."*

-La competencia interorganizacional y el concepto de bienestar:

El término "bienestar", posteriormente incorporado en la definición de salud, ya figuraba en borradores de Gautier en 1943 y en la Declaración de Filadelfia de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1944. Esta declaración promovía una visión holística que incluía la salud, la educación y el bienestar como derechos esenciales. Gautier incorporó este término no solo por convicción, sino también como parte de una estrategia para fortalecer la influencia de la futura Organización Mundial de la Salud (OMS) frente a otras entidades internacionales, como la OIT, que aspiraban a representar políticas clave de bienestar social.

Esta estrategia visionaria permitió que la OMS desempeñara un papel clave en la redacción de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, que reconoció el derecho humano a la "salud y el bienestar", consolidando el liderazgo de la organización en el ámbito de la salud global.

-Influencias intelectuales:

La frase "*más que la ausencia de enfermedad*", aunque parece surgir de manera independiente en los textos de Gautier, encuentra posibles raíces en las ideas del historiador médico Henry E. Sigerist. Entre 1931 y 1941, Sigerist utilizó formulaciones similares, destacando en su obra *Man and Medicine* (1932: 293) que: "*La salud es más que la ausencia de enfermedad.*"

Sigerist promovió una visión integral de la salud pública basada en el bienestar físico, mental y social, anticipándose a los ideales que luego inspiraron la definición de la OMS.

La definición de salud adoptada en la Constitución de la OMS fue el resultado de un proceso complejo que integró:

- Influencias intelectuales, como las de Sigerist.
- Competencias interorganizacionales, especialmente con la OIT.
- Estrategias políticas, impulsadas por líderes como Gautier, que vieron en la posguerra una oportunidad única para establecer un nuevo paradigma en salud global.

Este enfoque multidimensional marcó un antes y un después en la historia de la salud pública, estableciendo un modelo innovador que continúa siendo un referente global.

-Evolución de la definición de salud de la OMS:

Autor, fecha y Definición de Salud (Similitudes subrayadas por el autor, cursivas en el original):

H. Sigerist, Einführung in die Medizin (1931: 347): "*Se fue reconociendo cada vez más claramente que la salud es más que la ausencia de enfermedad.*"

H. Sigerist, Man and Medicine (1932: 293): "*Se hizo cada vez más evidente que la salud es más que la ausencia de enfermedad.*"

H. Sigerist, Socialized Medicine in the Soviet Union (1937: 98): "*En una sociedad así, la salud significa más que la ausencia de enfermedad. Se ha convertido en algo positivo, una actitud alegre hacia la vida.*"

H. Sigerist, Medicine and Human Welfare (1941: 100): *"La salud, por lo tanto, no es simplemente la ausencia de enfermedad; es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida impone al individuo."*

R. Gautier, 'International Health of the Future,' 15 de marzo de 1943: *"Porque la salud es más que la ausencia de enfermedad: la palabra 'salud' implica algo positivo, a saber, aptitud física, mental y moral."*

R. Gautier, 'The Future Health Organization, mayo de 1943: *"La promoción de la salud para todos, lo cual significa algo muy diferente a la simple ausencia de enfermedad."*

R. Gautier/Y. Biraud, Draft Constitution of the International Public Health Organization of the United Nations, 27 de septiembre de 1945: *"Considerando que la salud no solo es la ausencia de debilidad y enfermedad, sino también un estado de bienestar físico y mental y aptitud resultante de factores positivos, como una alimentación adecuada, vivienda y formación."*

R. Gautier/Y. Biraud, Chronicle of the Health Organization, diciembre de 1945 (1945b: 3): *"La salud, sin embargo, es algo más que la ausencia de enfermedad y, aunque la medicina curativa y preventiva no ha dicho su última palabra, no puede dotar al individuo de esa perfección física que garantiza la alegría de vivir. Para esto, se requieren factores positivos..."*

A. Stampar, I.P.H.O Draft Constitution, introducido en el TPC, 19 de marzo de 1946: *"La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino también un estado de bienestar físico y mental y aptitud resultante de factores positivos, como una alimentación adecuada, vivienda y formación"*

Borrador del preámbulo del TPC, 21 de marzo de 1946: *"La salud no solo es la ausencia de debilidad o enfermedad, sino también un estado de aptitud física y bienestar mental y social."*

Preámbulo adoptado del TPC, 2 de abril de 1946 : *La salud es un estado de aptitud física y de bienestar mental y social, no solo la ausencia de debilidad o enfermedad."*

S. Sze, 1946 (presuntamente) : *"La salud es un estado de aptitud física y de bienestar mental y social, no solo la ausencia de debilidad y enfermedad."*

Conferencia Internacional de Salud, 19 de Julio de 1946 (Constitución final de la OMS): *"La salud es un estado de bienestar físico, mental y social completo y no solo la ausencia de enfermedad y debilidad."*

-Sigerist y la reformulación de la definición de salud:

En su obra *Socialized Medicine in the Soviet Union* (1937), Henry E. Sigerist redefine el concepto de salud destacando el enfoque soviético como un sistema racional, científico y pionero que integra de manera completa la prevención y el tratamiento médico. Este enfoque, orientado al futuro, establece un precedente revolucionario para la época. Según Sigerist: *"En una sociedad así [es decir, socialista], la salud significa más que la ausencia de enfermedad. Se ha convertido en algo positivo, una actitud alegre hacia la vida."*

Este planteamiento otorga a la definición de salud un doble significado:

- Político, al vincularla directamente con los principios socialistas.
- Histórico, al relacionarla con los avances y progresos en el campo de la medicina.

-La influencia de Sigerist en los conceptos de Gautier:

Es plausible que Raymond Gautier se haya inspirado en las obras de Sigerist, especialmente *Socialized Medicine in the Soviet Union* y *Medicine and Human Welfare*. Ambas contienen elementos que posteriormente aparecen en los borradores de Gautier, como las expresiones "algo positivo" y "actitud alegre", además de enfatizar el acceso universal a la salud como objetivo político.

Las similitudes entre los conceptos de Sigerist y los textos de Gautier sugieren una conexión directa. Este último parece haber adaptado los principios de Sigerist para formular una visión internacionalista y progresista en respuesta a los desafíos históricos de su tiempo. Estas observaciones se refuerzan con evidencias documentales: Gautier envió una carta a Sigerist con su borrador el 19 de mayo de 1943, confirmando la posibilidad de un intercambio intelectual entre ambos.

-Contexto político y discusiones preliminares de la OMS:

Aunque Sigerist y Gautier abordaron problemáticas políticas muy distintas, Gautier logró reinterpretar los conceptos del primero para ajustarlos a un ámbito internacional y alinearlos con la creación de una organización global de salud. Durante las discusiones

preliminares de la OMS, dos delegados clave, Sze (China) y Chisholm (Canadá), debatieron sobre la identidad y los objetivos de la futura organización.

El Dr. Chisholm, primer director general de la OMS, propuso que el Comité adoptara el nombre "Organización Mundial –o Universal– de la Salud", destacando que esta entidad debía trascender el enfoque internacional tradicional para alcanzar una verdadera integración global. Este enfoque alineó a la OMS con la visión de bienestar y salud universal promovida en los textos de Gautier, influidos indirectamente por Sigerist.

La definición de salud adoptada por la OMS refleja una síntesis de ideas derivadas del pensamiento de Sigerist, reinterpretadas por Gautier en un marco internacional y progresista. Este proceso no solo fue un hito conceptual, sino también un movimiento estratégico que posicionó a la OMS como líder en el ámbito de la salud global durante un periodo histórico decisivo.

Segunda parte:

La segunda sección de la ponencia se centra en cómo esta definición de salud fue implementada en la práctica dentro de la OMS. Además, analiza:

- Las estrategias empleadas para garantizar su ratificación oficial.
- El rol desempeñado por actores clave, incluyendo la influencia ejercida por los Estados Unidos en el contexto internacional.

Esta estructura proporciona un análisis exhaustivo de la definición de salud, destacando no solo su origen conceptual, sino también las dinámicas políticas y sociales que permitieron su adopción global.

-Aceptación Política de la Constitución de la OMS:

La segunda etapa en el desarrollo de la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda el contexto político que facilitó la aceptación de estas ideas innovadoras. Resulta crucial entender cómo se introdujo el ideal político de "salud para todos" sin enfrentar una resistencia ideológica significativa, especialmente en un período marcado por el "macartismo médico" y el fuerte anticomunismo imperante.

-El escenario político en los Estados Unidos:

La ratificación de la Constitución de la OMS por parte de los Estados Unidos reflejó las tensiones internas entre los defensores del seguro de salud nacional y los sectores conservadores, incluyendo prominentes representantes de la Asociación Médica Estadounidense (AMA). El preámbulo de la Constitución articuló un enfoque progresista, vinculando la salud con un derecho humano fundamental y subrayando la responsabilidad gubernamental de garantizar el acceso a la atención médica.

Henry E. Sigerist, un destacado defensor del seguro de salud nacional e impulsor del modelo soviético, mantuvo una confrontación abierta con la AMA, que lo acusó de ser un "defensor obstinado de los soviéticos". La organización criticó su obra de 1941 por su promoción explícita del sistema socialista de salud. Aunque su participación directa en la OMS fue limitada, Sigerist integró un grupo de trabajo en 1950 que exploraba una "filosofía de la salud mundial", demostrando su compromiso con la salud universal.

A pesar de las acusaciones hacia Sigerist, muchas de sus ideas ya estaban integradas en los principios fundacionales de la OMS, adoptadas desde los trabajos previos de Gautier y el enfoque de medicina social de la Liga de las Naciones. Sin embargo, sectores como la AMA y algunas asociaciones médicas europeas rechazaron firmemente estas propuestas, abogando por mantener la medicina en un esquema de mercado privado.

-Tensiones internas y la administración Truman:

La transición de la presidencia de Franklin D. Roosevelt a Harry S. Truman en 1945 abrió nuevas oportunidades para el avance de la OMS, ya que Truman promovía una ambiciosa propuesta de seguro de salud nacional. Sin embargo, la ratificación de la Constitución de la OMS por el Congreso estadounidense estuvo condicionada por:

Limitaciones legales: Se garantizó que ningún compromiso asumido por la OMS obligaría a los Estados Unidos a implementar programas legislativos específicos.

Control interno: Las políticas nacionales de salud continuarían bajo la supervisión de la AMA, manteniendo la autonomía de las decisiones estadounidenses en este ámbito.

A pesar de estas restricciones, la Constitución de la OMS logró consolidarse. No obstante, las tensiones políticas internas provocaron la derrota de iniciativas como la reforma sanitaria propuesta por Truman. En este contexto, el enfoque progresista de la

OMS pasó relativamente desapercibido, facilitando la adopción de su definición positiva de salud.

-Impacto de la Guerra Fría y resistencia ideológica:

El período inicial de la OMS estuvo influido por el contexto de la Guerra Fría y las resistencias ideológicas predominantes. Curiosamente, la falta de un apoyo explícito por parte de los defensores de la política socialista, incluido el desinterés inicial de la Unión Soviética, limitó la oposición directa a la OMS. De hecho, la Unión Soviética abandonó la organización entre 1949 y 1955, argumentando un rechazo al “espíritu de Ginebra” que consideraba incompatible con sus objetivos.

A pesar de estos desafíos, la definición de salud de la OMS trascendió las limitaciones de la investigación biomédica, integrando ambiciones políticas y académicas que expandieron la comprensión del concepto de salud. Basándose en ideas de Sigerist, Gautier adaptó estos principios para incluir elementos como el seguro de salud y la seguridad social, consolidando una visión globalista que marcó la misión de la organización.

-Un proceso de aceptación marcado por flexibilidad y conflicto:

El proceso de aceptación de la Constitución de la OMS no fue lineal, sino que estuvo caracterizado por negociaciones y la adaptación de ideas progresistas a intereses políticos diversos. La frase “la salud es más que la ausencia de enfermedad” simboliza esta flexibilidad, al permitir que actores con objetivos distintos la adoptaran en sus respectivos contextos.

Posteriormente, esta definición evolucionó, desempeñando un papel crucial en la promoción de la atención primaria de salud y en iniciativas clave como la Declaración de Alma-Ata de 1978, que reafirmó el ideal de “salud para todos”. Además, el concepto de “bienestar”, incluido tardíamente en la definición, se expandió a lo largo de las décadas, influyendo en políticas de salud mental y en marcos de desarrollo humano.

La aceptación política de la definición de salud de la OMS refleja un equilibrio entre los ideales progresistas y las limitaciones impuestas por las circunstancias históricas y

los intereses particulares. Este proceso permitió a la OMS consolidarse como una organización internacional influyente, capaz de trascender las barreras ideológicas de su época para promover una visión integral y universal de la salud.

COROLARIO

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no fue producto de una única fuente, sino el resultado de un proceso histórico y colaborativo en el que intervinieron diversos actores, entre ellos Szeming Sze, Stampar, Gautier y Biraud. Esta conceptualización integró el bienestar como un eje central, trascendiendo la tradicional dicotomía entre salud y enfermedad.

Desde una perspectiva epistemológica, la noción de salud se encuentra influenciada por factores políticos y sociales . En este sentido, el pensamiento de

Henry Sigerist, quien promovió la idea de que la salud es "*más que la ausencia de enfermedad*", resultó determinante en la formulación de un modelo que enfatizaba la justicia social y la prevención, especialmente en el contexto de posguerra.

Asimismo, las decisiones en materia de salud global no solo responden a la evidencia científica, sino que también están condicionadas por estrategias políticas e institucionales.

La incorporación del término "bienestar" en la definición de la OMS fue en parte resultado de una competencia interorganizacional con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y otras entidades que promueven un enfoque integral del desarrollo humano.

En este marco, la salud pública debe entenderse como el producto de una evolución histórica y política. Desde la Liga de las Naciones hasta la OMS , la concepción de la salud ha sido moldeada por distintas corrientes ideológicas, consolidándose progresivamente como un derecho social en construcción.

-Aceptación Política de la Definición de la OMS:

La aceptación de la Constitución de la OMS no fue inmediata, sino que requirió negociaciones políticas y estratégicas. A pesar del contexto de la Guerra Fría y de la

resistencia de sectores conservadores, la definición de salud logró incorporarse sin enfrentar una oposición ideológica significativa.

Uno de los factores clave en su aceptación fue la flexibilidad conceptual, lo que permitió que el principio de que *“la salud es más que la ausencia de enfermedad”* fuera adoptado tanto por países con modelos de bienestar como por aquellos que defendían un sistema de mercado en salud.

La consolidación de la OMS como organización internacional influyente fue posible gracias a su capacidad para equilibrar ideales progresistas con las realidades políticas de la época. La inclusión del concepto de bienestar permitió ampliar el alcance de su enfoque, repercutiendo en políticas sanitarias futuras, como la atención primaria de salud y la Declaración de Alma-Ata de 1978.

En el caso específico de Estados Unidos, las tensiones políticas internas condicionaron la ratificación de la Constitución de la OMS. No obstante, la estrategia de mantener el control sobre las decisiones nacionales de salud permitió que el ideal de *“salud para todos”* se integrara a nivel global, aunque con ciertas limitaciones.

Conclusión final

La definición de salud de la OMS no sólo resistió un período de gran polarización ideológica, sino que se consolidó como un paradigma global gracias a su formulación adaptable. Su respaldo en ideas previas de salud pública y medicina social permitió su legitimación a pesar de las resistencias iniciales. Su evolución histórica demuestra que el concepto de salud no es únicamente un objetivo médico, sino un pilar esencial en la construcción de sistemas de bienestar y equidad social.

La definición de salud de la OMS fue el resultado de un proceso histórico influenciado por factores políticos, sociales e institucionales, en el que el pensamiento de Henry Sigerist desempeñó un papel determinante. Sigerist promovió la idea de que la salud es *“más que la ausencia de enfermedad”*, enfatizando la justicia social y la prevención como pilares fundamentales. Su influencia se reflejó en la formulación adoptada por la OMS, impulsada también por actores como Szeming Sze, Stampar, Gautier y Biraud, quienes integraron el concepto de bienestar como eje central.

La aceptación de esta definición requirió negociaciones estratégicas durante la Guerra Fría y la competencia con organismos como la OIT, logrando ser adoptada por

diversos modelos de salud. Su evolución ha sido clave en políticas sanitarias internacionales, consolidando la salud como un derecho social y un pilar del bienestar y la equidad.

ANÁLISIS CRÍTICO A LA DEFINICIÓN DE SALUD DE LA OMS

Facundo Rodríguez

Al plantearse el desafío de realizar una jornada sobre filosofía de la salud y comprobar que estamos ante una disciplina o saber poco explorado, inmediatamente vino a mi mente la figura del filósofo griego Sócrates ¿Por qué?

Sócrates, en el ámbito de los lugares públicos que frecuentaba en Atenas, dialogaba con sus habitantes sobre diversas temáticas -el valor, la amistad, la piedad, el lenguaje, etc.- Muchas veces estas personas eran, o debían ser, avezadas en el tema tratado. En dicho contexto, el filósofo preguntaba sobre la cuestión analizada y el interlocutor respondía con solvencia, para luego Sócrates refutar su respuesta, despertando en el otro la conciencia de su ignorancia, momento a partir del cual, saliendo de su error, podía emprender la vía del conocimiento. Lo que paraliza es el error: creer saber lo que no se sabe, y no el ser consciente de que se ignora.

Otra característica socrática es la pregunta por la esencia. A Sócrates, por ejemplo, en el diálogo titulado *Eutifrón* –como en el resto de los diálogos que protagoniza– no le interesa dar con la enumeración de aquellos actos que son piadosos, sino “la forma fundamental misma por la cual todo lo piadoso es piadoso”. Así, busca la esencia y los conceptos universales; podríamos decir, aquello que hay en común en las particularidades.

No escapa a nuestro conocimiento que la conducta desplegada por Sócrates incomodó a sus contemporáneos al poner en crisis el sistema de vida reinante.

Como dice Hegel (1997), el final de Sócrates es trágico, ya que se enfrentan dos poderes o derechos antagónicos: por un lado, el derecho divino, la costumbre candorosa, cuyas leyes se identifican con las de la voluntad que vive en ellas y sobre las cuales se sustenta Atenas; y, por otro lado, el derecho no menos divino de la conciencia, el derecho del saber o de la libertad subjetiva personificada en Sócrates.

Romano Guardini (1997), en la bella obra *La Muerte de Sócrates*, sostiene que, si bien Sócrates no es un filósofo sistemático, nos dice sobre lo que la filosofía es mucho más que otros filósofos.

Indagar, escuchar, refutar, en busca del concepto de la salud, poniéndolo en crisis, esa es la tarea que humildemente me propongo. Luego analizaré dónde está la medicina ¿Es ajena, parte o se identifica por completo con la salud?

Imagino encontrarme a mediados del siglo pasado con una persona o institución de prestigio con el objetivo de que me desasne, y no veo mejor postulante que la OMS. Me respondería que la salud *es el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades*. Esta definición de salud es la más conocida y está expresada en la Constitución de la OMS, agregando dicho documento jurídico que los Estados signatarios son los garantes de su implementación.

Comenzaré por el tercer término de la definición, siendo que los dos primeros refieren a este.

Bienestar, según la Real Academia Española, es: 1. Situación desahogada que permite vivir con comodidad y disfrutar de bienes materiales. 2. Estado de la persona que se siente bien física y psíquicamente.

Primer obstáculo: De la definición de la Real Academia Española se desprende que la salud sería uno de los componentes del bienestar y no viceversa, como surge de la definición de la OMS. Por ejemplo, Angus Deaton, premio Nobel de Economía 2015, entiende que el bienestar comprende, además de la salud, la libertad, la educación, la autonomía, los ingresos, la capacidad para participar en la sociedad, etc.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos, salud y bienestar responderían a dos realidades distintas, ya que en su artículo 25 se establece:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

De la exposición realizada por el Dr. Roggero, en donde describe claramente la genealogía de la definición, emerge a la superficie que la incorporación del término

bienestar en el concepto de salud obedeció fundamentalmente a la intención de ampliar la competencia de la OMS respecto de la OIT, persiguiendo un mayor protagonismo en las políticas de bienestar atravesadas por la impronta de la seguridad social.

Segundo obstáculo: El bienestar tiene un alto componente autoperceptivo, es decir, depende en buena medida del sentimiento de cada persona. Esto ofrece dos inconvenientes: 1. A un Estado se le dificulta generar, aplicar y medir políticas públicas considerando la visión interna que cada persona tenga de su estado de bienestar. 2. Esta percepción está condicionada por el contexto en que cada ser humano haya vivido. Es decir, es de esperar que aquellas personas que crecieron en un contexto de necesidades insatisfechas tengan un umbral de bienestar más bajo que otras. Simplificando, necesitan menos cosas para sentirse bien.

Prueba de ello es que, mientras existe una estrecha relación entre el PBI per cápita de un país y su expectativa de vida -a mayor PIB, mayor expectativa de vida-, no sucede lo mismo respecto del bienestar emocional -felicidad-, en donde la correlación en cuestión se hace más débil. Esto nos lo muestra la encuesta realizada por Gallup en el año 2005. Por ejemplo, Kenia, Nepal y Pakistán experimentaban mayor felicidad que Italia y Dinamarca. Seguir este criterio conduciría a inequidades insalvables.

Tercer obstáculo: Como señala Mario Bunge (2012) en el libro *Filosofía para Médicos*, si salud es bienestar, entonces enfermedad es malestar. Pero bienestar y malestar son sensaciones subjetivas. Por lo tanto, una persona puede sentirse bien aun padeciendo alguna enfermedad cuyos síntomas no se han manifestado. Toda enfermedad tiene un periodo de incubación en el que la persona no siente malestar, y existen otras conocidas como silenciosas, ya que permanecen sin sintomatología por mucho tiempo -diabetes, cáncer de colon, chagas, etc.

Dicho esto, podemos afirmar que no es correcto equiparar salud con bienestar.

Asimismo, la definición se torna utópica al sostener que la salud es el “*estado completo de bienestar*”. Esta idea va en contra de la condición humana. Es una verdadera quimera exigir a los Estados tal propósito y, a su vez, peligroso, ya que su implementación podría generar graves problemas de desfinanciamiento al pretender alcanzar el horizonte -lo inalcanzable-. Muchas leyes y fallos judiciales que amplían injustificadamente la cobertura sanitaria que debe otorgar el Estado, las obras sociales o las empresas de medicina prepaga tienen como causa principal dicho concepto en crisis.

Por otro lado, se puede caer en la tentación de crear un mundo huxleyano en busca de una droga o tratamiento –el *soma*– que nos asegure un artificial “*mundo feliz*”. Debemos indagar sobre el sentido de aquello que deseamos erradicar. Por ejemplo, el dolor evolucionó como un escudo, proporcionando información sobre el entorno, así como sobre la evolución del padecimiento. No siempre es bueno acallararlo. Recordemos la “*valla de Chesterton*”: “*El reformador más moderno se acercará alegremente y dirá: ‘No le veo utilidad, vamos a quitarla’, a lo que el reformador más inteligente hará bien en responder: ‘Si no le ves utilidad, no te dejaré quitarla bajo ningún concepto. Reflexiona. Luego, si al volver me explicas que le ves utilidad, quizás te permita derribarla.’*”

No será la primera vez que, en busca de una utopía, se llegue a una distopía.

Siguiendo con el análisis, el concepto de salud, según la definición de la OMS, actúa en tres dimensiones:

- a) Física: No ofrece mayores reparos.
- b) Mental: Entramos en el terreno de las facultades intelectuales de una persona, es decir, procesos psíquicos que no son ajenos a la dimensión física, ya que la mente es, en todo o en parte, producto del cerebro.
- c) Social: Erradicada la idea de bienestar, debemos analizar cómo se relaciona lo social con la salud, advirtiendo que, dado que nuestra búsqueda se centra en encontrar la esencia de la salud, no basta con que lo social condicione la salud de una persona; es necesario que sea constitutivo de esta. Por ejemplo, en el derecho, la nota de alteridad es necesaria para su existencia, de allí el aforismo latino que dice: *ubi societas ibi ius* - “*donde hay sociedad, hay derecho*”-. Lo mismo ocurre en el comercio: se requiere de otro para intercambiar bienes y servicios.

Antes de comenzar con los ensayos de respuesta concernientes a la dimensión social, volcaré algunas reflexiones del Doctor Florencio Escardó en su *Carta Abierta a los Pacientes*:

La más alta autoridad en la materia, la Organización Mundial de la Salud, se ha obligado a definir la salud removiendo resueltamente el viejo concepto de lo orgánico como principal y determinante y señalando que no consiste tan solo en una situación de equilibrio en lo corporal, sino también en lo mental (psíquico y emocional) y en lo social (o sea, convivencial y económico). En consecuencia, está tan enfermo aquel que tiene un absceso en un riñón como quien vive sin agua potable y en hacinamiento, o como quien mantiene de continuo relaciones difíciles o contenciosas con su suegra o su patrón. Es bueno repetirlo: quien padece una artritis es un enfermo, también lo es quien abandona al hijo que ha engendrado o quien no dura en ningún empleo. Todos ellos caben bajo el comprensivo dictado de pacientes.

Ensayos de Respuesta Referidos a la Dimensión Social:

a) En la historia de la filosofía, a menudo ha aparecido la idea del hombre – como especie– como un ser o animal enfermo. Esta definición se ha arraigado aún más en la modernidad. Al analizar Max Scheler la idea del hombre como ser enfermo, responde a la pregunta de la razón y causa de los artificios creados por el ser humano (idioma, conceptos, política, Estados, etc.), siempre bajo el prisma de este pensamiento, que él no comparte, de la siguiente manera:

Homúnculo, todo eso, y mucho más, lo has hecho por tu debilidad biológica, por tu impotencia biológica, por tu fatal incapacidad de evolución biológica. Todos esos son mezquinos sucedáneos de una vida que no pudiste desenvolver, y de la que no pudiste trascender. Todas esas ‘negaciones’ de la vida, del instinto, de la intuición sensible –esa ‘negación’ que propiamente ‘eres’ tú, a quien llaman ser de ‘voluntad’ y homo sapiens–, todos esos ‘no’ provienen de tu impotencia para construir, más allá de ti mismo, un ser viviente por los medios habituales de la vida y sobre el terreno de las leyes del desarrollo vital, un ser viviente que sea más que hombre: superhombre. Ésa es la ley de tu ser como ‘hombre’.”

La palabra **enfermedad** proviene del latín *infirmitas*, que significa “no firme”, “desvalimiento natural”. El hombre es un ser carenciado por naturaleza (*Mangelwesen*), comparado con los otros animales: sin órganos de defensa y ataque, agudos sentidos y seguros instintos. Su estado biológico es de inespecialización y primitivismo. Nace inmaduro y, por tanto, necesita de prolongada asistencia durante su infancia. El delicado hijo de la vida es, así, el ser del cuidado que compensa sus desventajas naturales mediante el artificio de la cultura. En cualquier caso, lo cierto es que la medicina representa la más sofisticada de las técnicas del cuerpo, y ella misma ha nacido como respuesta a necesidades vitales primarias del hombre, como es el caso de su alimentación, que no se halla, en modo alguno, naturalmente a su disposición y ha debido preparar.

La sociedad y la cultura vienen a compensar las desventajas biológicas y naturales del hombre. Dentro de los artificios, como analizaremos más adelante, se encuentra la medicina. Pero la cultura ha avanzado sobre otros aspectos determinantes de la salud de la población, que son ajenos, en todo o en parte, a la competencia médica y al sistema sanitario. Estos aspectos dependen más de otros factores asociados a los hábitos y/o al medio ambiente de la población, los cuales se combaten con políticas saludables orientadas a prevenir la enfermedad.

Según refieren Ginés González García y Federico Tobar, en los países occidentales los resultados de la salud de la población están condicionados por cuatro grandes factores: a) La biología o la herencia, que representan aproximadamente el 28% de los casos de muerte. b) El ambiente en donde vive la comunidad, que representa el 19% de los casos de enfermedad, incrementándose en áreas más pobres donde faltan cloacas, agua potable, viviendas de calidad y desinfección. A nivel general, el deterioro de la capa de ozono también se relaciona directamente con el melanoma o cáncer de piel. c) Los estilos de vida, que incluyen aspectos como la alimentación, la higiene, los hábitos de tabaco, alcohol, drogas, y la prevalencia de conductas agresivas, representan el 42% de las causas de enfermedad y mortalidad.

d) Por último, el sistema sanitario es responsable del 11% de los casos de enfermedad o muerte.

Sin embargo, el gasto mundial destinado a estos factores es inversamente proporcional, ya que el 88% del gasto se destina a los sistemas de salud, el 3% al medio ambiente, el 2% a los estilos de vida y el 7% a la biología (González García y Tobar, 2004).

Debe remarcar que los niveles de pobreza y educación de una sociedad inciden directamente en su salud al comprometer el medio ambiente donde se desarrolla, sus hábitos -como la alimentación- y las herramientas con las que cuenta para resolver los problemas que enfrenta. Como se indicó más arriba, el PIB *per cápita* influye en la expectativa de vida de la población: en los países más ricos, la gente vive más. Puede haber excepciones, por ejemplo, entre países ricos u otros casos aislados que justamente confirman la regla.

Es evidente que la sociedad y la cultura impactan positivamente en la salud de la población. La humanidad ha mejorado sus estándares de vida de manera vertiginosa a partir del siglo XX, aunque sus raíces pueden remontarse dos o tres siglos atrás. Sobre este tópico se pueden consultar obras como *En Defensa de la Ilustración* de Steven Pinker, *El Gran Escape* de Angus Deaton, *El Viaje de la Humanidad* de Oded Galor, o las obras de Yuval Noah Harari -*De Animales a Dioses y Homo Deus*-, entre otros.

b) Sin embargo, la sociedad también genera nuevas condiciones ambientales que propician distintas enfermedades y accidentes que afectan la salud de las personas.

Pensemos en enfermedades laborales que tienen su origen en la exposición a agentes de riesgo creados por el trabajo. En nuestro país, el decreto 658/96 y sus

posteriores actualizaciones aprueban un amplio listado de enfermedades profesionales clasificadas por agente (antimonio, arsénico, cadmio, berilio, cromo, flúor, fósforo, etc.), figurando también las actividades laborales que pueden generar esta exposición.

Recordemos al personaje del *Sombrero Loco* en la novela *Las Aventuras de Alicia en el País de las Maravillas*. Parece que Carroll se inspiró en una enfermedad prevalente entre los fabricantes de sombreros, derivada de la exposición al mercurio, lo cual provocaba síntomas como temblores, delirio y cambios bruscos de humor, similares a los atribuidos al Sombrero Loco.

Asimismo, en la naturaleza existen pocas posibilidades de ser arrollados por un auto o un camión. Este riesgo es creado por la sociedad.

Como reza la legendaria sentencia del oráculo de Apolo, dios que poseía poderes curativos: *"Quien hiere también cura"*. Por los datos que poseemos, podemos afirmar que la civilización ha curado más de lo que ha herido.

c) De lo manifestado, se colige que la sociedad condiciona, para bien o para mal, la salud de los individuos. Sin embargo, ello no implica que la misma se erija como un atributo o condición necesaria de su ser.

En la obra *A la Escucha del Cuerpo*, Ivonne Bordelois (2009) nos cuenta el origen etimológico de la palabra salud:

En latín, *salus* -nombre derivado del adjetivo *salvus*: entero, intacto- significa salud, buen estado de salud, solidez, firmeza y también conservación, salvación... Vemos entonces que, para quienes acuñaron en primera instancia el concepto de salud, ésta se refería a una cierta integridad o totalidad alcanzada por el organismo en armonía consigo mismo. Los romanos reformularon la idea de salud como solidez, estabilidad.

La concepción biologicista de la salud está imbuida de las ideas señaladas en el párrafo precedente al entender, por ejemplo, la salud como *"el silencio de los órganos"*. La Real Academia Española define salud como el *"estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones"*.

En 1984, la OMS publica otra definición de salud más acorde al criterio mencionado. En este caso, la salud se define como: *"el grado en que un individuo o grupo es capaz de realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades, así como cambiar o hacer frente a su entorno"*.

Debemos reconocer, como una evidencia, que nuestro cuerpo es quien primero cuida de nuestra salud mediante un sistema complejo que es abordado por disciplinas

como la biología, la química y la medicina. Con cierta malicia, Voltaire decía que “*el arte del médico consiste en distraer al paciente hasta que la naturaleza lo cure*”.

No está claro, entonces, que en una primera acepción debamos incluir la dimensión social en el concepto de salud. De hacerlo, por ejemplo, no podríamos hablar de la salud de Robinson Crusoe o de algún anacoreta que decide vivir aislado de la sociedad.

Ahora bien, desde mi punto de vista, es irrefutable que en una segunda acepción del término no se puede obviar el aspecto social en la definición de salud, atento a las implicancias que ésta posee.

d) El análisis sería incompleto si no ponemos sobre la mesa las implicancias de nuevas concepciones, como las referidas al posthumanismo o transhumanismo, sobre la salud. Estas crean nuevos paradigmas que, hasta no hace mucho tiempo, eran impensados.

Como nos enseña el Profesor José Alberto Mainetti, el posthumanismo formula la transición de la *restitutio ad integrum* a la *transformatio ad optimum*, siendo una corriente de pensamiento que postula como factible, deseable y moralmente lícita la transformación de la naturaleza humana por obra de la tecnociencia emergente.

Tres figuras mitológicas caracterizan esta nueva filosofía: Pigmalión, Narciso y Knock. Pigmalión representa la narrativa de la medicina del deseo o *antropoplasta*, remodeladora de la naturaleza humana. Narciso alude a la narrativa de la utopía de la salud, el culto al cuerpo y la calidad de vida. Finalmente Knock simboliza la narrativa de la medicalización de la vida, el orden médico en todas las dimensiones de la existencia humana tal como lo describe Jules Romains en su pieza “*Knock o el triunfo de la medicina*” de 1923.

Este constructo se manifiesta en las distintas etapas de la vida del ser humano y reclama su carta de ciudadanía. De manera esquemática, se pueden mencionar los siguientes tópicos, los cuales no son taxativos:

Procreación: Desde las técnicas de fertilización asistida hasta el relato de la clonación -procreación asexual-.

Sexo y género: Disociación entre la biología (sexo) y la autopercepción del sexo (género). Primacía del segundo respecto del primero, lo que propicia tratamientos hormonales y cirugías cuyo objeto es lograr un cuerpo acorde a la subjetividad de cada persona.

Rendimiento superior: El Profesor José Alberto Mainetti advierte:

En el mundo actual, mucha gente se somete a intervenciones quirúrgicas de distinto tipo, controla sus funciones biológicas farmacológicamente, porta implantes artificiales o prótesis correctoras. El tecnofuturismo de 'cuerpos posthumanos' especula con dos metodologías posibles para reconstruir la humanidad: la manipulación genética y el gradual reemplazo de los órganos por dispositivos técnicos. Mientras tanto, la medicina meliorativa o 'beyond therapy' avanza con la metroplastia de la cirugía estética y la medicina del deporte (físico-culturismo y dopaje).

Rejuvenecimiento – Inmortalidad: Se busca retrasar el envejecimiento y alargar los años de vida mediante diversas técnicas, algunas con mayor rigor científico que otras, aunque todas impactantes. La carrera por encontrar el "*retrato de Dorian Gray*" es constante e incluso frenética.

Veki Ramakrishnan (2024), premio Nobel de Química, en su obra *Por qué Morimos: La nueva Ciencia del Envejecimiento y la Búsqueda de la Inmortalidad*, señala que la explosión de la industria antienviejecimiento ha proseguido sin tregua. Hoy día existen más de setecientas empresas biotecnológicas centradas en el envejecimiento y la longevidad, con un valor de mercado conjunto de treinta mil millones de dólares como mínimo.

Por otro lado, la técnica de la criónica -el proceso mediante el cual se congela a una persona entera justo después de su muerte con la idea de descongelarla más adelante- es una realidad con pocos visos de eficacia. Hoy en día, existen unas cuantas instalaciones de criónica.

El citado químico pone de relieve lo siguiente:

Los investigadores del envejecimiento se topan, además, con un problema normativo: los ensayos clínicos solo se suelen autorizar para tratamientos de enfermedades. En la comunidad científica, el debate prosigue acerca de si el envejecimiento no es más que un proceso normal de la vida o si es una enfermedad. El punto de vista tradicional es que es algo que sucede a todo el mundo, que es inevitable, y que a duras penas puede calificarse como una enfermedad. Los gerontólogos que se adhieren a esta idea plantean que el envejecimiento es el resultado de cambios moleculares que se dan con el tiempo, que nos hacen funcionar de un modo menos eficiente y nos vuelven propensos a las enfermedades. El envejecimiento puede ser una causa de enfermedades, pero no una enfermedad en sí mismo. Una diferencia bien clara es que las enfermedades suelen estar sujetas a definiciones claras: si una persona la tiene o no y cuándo se inició. En cambio, no hay un consenso claro sobre cuándo uno se convierte en anciano. Por estas razones, la última Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la

Salud omite el envejecimiento... Claro está que, con miles de millones de dólares de inversiones e investigación en juego, actualmente hay una fuerte presión por parte de los actores de la comunidad gerontológica y la industria antiedad para que el envejecimiento se clasifique como enfermedad.

Entonces me pregunto: ¿la vejez es una etapa más en la vida de un ser humano o es una enfermedad o síndrome -conjunto de síntomas-? Si adoptamos la definición que estamos escudriñando y analizando de la OMS, no sería determinante si la vejez es o no una enfermedad, ya que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino aquel ideal de completo bienestar en donde se encolarían los ensayos clínicos de productos que propicien el rejuvenecimiento.

Ahora bien, si adoptamos una posición centrada en que la medicina está destinada a curar enfermedades, la respuesta debe ser negativa, tal como ha ocurrido en términos generales hasta ahora.

En este laberinto de ideas y conceptos, cabe preguntarse: ¿dónde está la medicina? Repasemos algunas definiciones.

El juramento hipocrático comienza: *"Juramento por Apolo médico, por Asclepio, Higiera y Panacea..."*. Uno de los poderes de Apolo era el de curar. Así, en un himno dedicado por Calímaco de Cirene, en el siglo III antes de Cristo, al dios olímpico, puede leerse: *"Nadie es tan rico en artes como Apolo. Le pertenecen tanto el arquero como el aeda, pues el arco y el canto son sus bienes. Suyas son las predicciones y los adivinos. Y Febo es quien enseñó a los médicos el arte de retrasar la muerte"*.

Asclepio, en la *Ilíada*, no era un dios, sino un héroe mortal que configura la idea de *Heros Latros*, es decir, el héroe médico, quien luego va asumiendo naturaleza divina. Era adorado y se levantaban templos en su honor, los cuales tenían poderes curativos, no sólo en Grecia sino también en Roma. Especial mención merece su culto en la ciudad de Cos, donde ejerció su oficio Hipócrates, quien se decía descendía de Asclepio.

Lo expresado demuestra la importancia que los griegos -eje de nuestra civilización- le proferían a esta disciplina.

Hipócrates, en su discurso sobre la ciencia médica, define a la medicina de la siguiente manera: *"El apartar por completo los padecimientos de los que están enfermos y mitigar los rigores de sus enfermedades, y no tratar a los ya dominados por las enfermedades, conscientes de que en tales casos no tiene poder la medicina."*

San Isidoro de Sevilla (2024), en su obra *Etimologías*, dice:

1) Medicina es la ciencia que protege o restaura la salud del cuerpo, y su campo de acción lo encuentra en las enfermedades y las heridas. 2) A ella le incumben no solo los remedios que procura el arte de quienes con toda propiedad se llaman médicos, sino, además, la comida, la bebida, el vestido y el abrigo, todo aquello, en fin, que sirve de defensa y protección, gracias a lo cual nuestro cuerpo encuentra salvaguardia frente a los ataques y peligros externos.* Sobre su nombre: Medicina deriva su nombre de medida, es decir, de la moderación y es llamada así, según se cree, porque no se emplea en grandes proporciones, sino poco a poco. Y es que la naturaleza, con lo mucho, sufre tribulaciones; en cambio, con lo comedido siente placer.

Según la Real Academia Española, la medicina es el “conjunto de conocimientos y técnicas aplicados a la predicción, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades humanas y, en su caso, a la rehabilitación de las secuelas que puedan producir”.

La OMS define la medicina tradicional como: "La suma de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, y que se utilizan para mantener la salud, tanto física como mental."

Por otro lado, la Ley 17.132 establece:

A los efectos de la presente ley, se considera ejercicio: a) De la Medicina: anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto de uso en el diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades de las personas o a la recuperación, conservación y preservación de la salud de las mismas; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales comprendidos en el artículo 13º.

Un común denominador en las definiciones transcriptas es la función curativa que la medicina debe perseguir.

Es decir, el médico tiene la obligación de buscar un diagnóstico y, luego, de ser posible, curar al enfermo, esto es, restablecer su estado de salud, sanarlo. Mario Bunge (2012) advierte en su obra *Filosofía para Médicos* que el principal motivo de la dificultad del diagnóstico es que es inverso. Se trata de remontar los síntomas a mecanismos, de efectos a causas, de productos a insumos, del presente al pasado, de la conclusión a la premisa. Y, como se verá más adelante, los problemas inversos son mucho más difíciles que los directos, porque tienen soluciones múltiples o ninguna.

Es más difuso, al menos en la actualidad, su rol preventivo, destinado a evitar la enfermedad. Desde el momento en que el médico ordena estudios, está buscando signos de enfermedades o anomalías para tratar, limitándose la prevención a consejos que el paciente puede seguir, centrados en sus hábitos -alimentación, ejercicio físico, etc-.

Desde Hipócrates hasta la actualidad, la medicina conserva muchos rasgos que la identifican como tal a lo largo del tiempo, pero también ha experimentado cambios concernientes a su forma de concebirse. Georges Canguilhem(2019), en su estudio sobre la idea de Medicina Experimental según Claude Bernard, sostiene:

Podrá parecer chocante, entonces, que situemos –sin admitir atenuantes y con una rigurosidad voluntaria– el corte histórico en el cual comienza la medicina moderna en la idea de la medicina experimental como declaración de guerra contra la medicina hipocrática. No se trata, empero, de una devaluación de Hipócrates... Pero si la historia de la medicina conduce a hacer justicia a Hipócrates, fundador de la medicina de observación, la preocupación por el porvenir prescribe a la disciplina no negar esta última, sino apartarse de ella.

El hipocratismo es un naturalismo; la medicina de observación es pasiva, contemplativa, descriptiva como una ciencia natural. La medicina experimental es una ciencia conquistadora. Luego cita a Claude Bernard: "Con la ayuda de esas ciencias experimentales activas, el hombre se convierte en un inventor de fenómenos, un verdadero contramaestre de la creación y, desde ese punto de vista, no sería lícito poner límites al poder que puede adquirir sobre la naturaleza."

Toda una declaración de principios que marcaría el futuro de la disciplina, convirtiendo a la civilización actual en altamente medicalizada, donde la medicina se nos presenta en todos los órdenes de la vida. Como diría el Dr. Knock en la obra teatral ya citada *"Knock o el triunfo de la medicina"*: *"Las personas sanas son enfermos que se ignoran"*.

Esta evolución ha llevado a un error conceptual, traducido en equiparar medicina con salud o, dicho de otro modo, en la creencia de que la salud o el estar sano depende exclusivamente o mayoritariamente de la ciencia y/o el arte médico.

En sentido estricto, la medicina mantiene un papel central en el sistema sanitario de los diversos países occidentales del mundo -medicina tradicional- ya que, mediante sus prescripciones, los médicos mueven el engranaje del sistema. A modo de ejemplo: el laboratorio de análisis clínicos requiere de la orden médica para realizar los análisis de sangre u orina pertinentes. El centro de estudios por imágenes necesita de la receta médica para realizar una radiografía, tomografía o resonancia. Los laboratorios, droguerías o farmacias necesitan de la prescripción médica para proveer un medicamento. Es un sistema radial cuyo epicentro es el médico.

Sin embargo, como hemos visto, la salud de una población depende menos de su sistema sanitario que de otros factores relacionados con la genética, el medio ambiente y los hábitos de la población. En el campo de la genética -el cual ha comenzado a ser explorado eficazmente hace poco tiempo-, los biólogos y los químicos tienen más que decir que los médicos. Por otro lado, las políticas destinadas a la mejora del medio ambiente donde vive la población dependen de decisiones políticas que requieren obras de infraestructura encaradas por ingenieros civiles redes cloacales, agua potable, rutas, etc-- y otros profesionales, pero no tanto por médicos.

Reforzando esta idea, Venki Ramakrishnan (2024) sostiene, al referirse al aumento de la esperanza de vida, que:

La mayor parte del aumento en la esperanza de vida se ha producido por la mejora en la sanidad pública más que por los avances revolucionarios de la medicina. Johnson señala que las tres grandes contribuciones han sido la higiene moderna y las vacunas (que conjuntamente han impedido la propagación de enfermedades) y los fertilizantes artificiales. Otras innovaciones relevantes han sido los antibióticos, las transfusiones de sangre (cruciales para los accidentes y la cirugía) y la esterilización del agua y los alimentos mediante la cloración y la pasteurización.

Incurrimos en reiterados yerros cuando, al medir los indicadores de salud mortalidad infantil, esperanza de vida al nacer, mortalidad materna, etc.- hacemos foco en el mal llamado Ministerio de Salud, el cual debería denominarse Ministerio del Sistema Sanitario, desconociendo los demás aspectos que influyen en la salud de la población. También nos equivocamos al momento de medir la inversión que cada país destina a la salud, cuando en realidad lo que analizamos es el porcentaje del PIB aplicado al sistema sanitario. Por ejemplo, Estados Unidos destina el 16.6% de su PIB a "salud", mientras que Japón destina el 11.5%. Ahora bien, la expectativa de vida al nacer en Japón (83.5 años) es mayor que en Estados Unidos (78.5 años).

Como se ha expuesto más arriba, el protagonismo casi excluyente que en el imaginario colectivo tiene la medicina en la salud de la población puede explicarse por la medicalización de la vida, pero también, presumo, en el hecho de que ésta combate la enfermedad, que se traduce en un padecimiento cierto y concreto tanto para el individuo como para la población. En contraste, las medidas adoptadas para mejorar el medio ambiente y los hábitos de la ciudadanía son netamente preventivas, es decir, evitan la

dolencia. Aunque preferibles, son más difíciles de valorar, ya que se evita la percepción directa de la enfermedad.

En conclusión, la medicina forma parte central del sistema sanitario de un país, el cual, a su vez, integra una red mayor de bienes y servicios gestionados por otras carteras públicas ajenas a dicho sistema. Por lo tanto, una filosofía de la salud excede con mucho el abordaje de la filosofía de la medicina.

Antes de terminar esta exposición y pretendiendo que la misma se asemeje a un periplo, recordemos que las últimas palabras de Sócrates antes de morir fueron: "Oh Critón, debemos a Asclepio un gallo, llevádselo, no lo olvides". Karl Kerényi (1998), en su libro *El Médico Divino*, dedicado a Asclepio, nos dice que en Atenas era costumbre cantar el himno de despertar a Asclepio: "Despierta Peón Asclepio, señor de los pueblos", que concluía de manera semejante: "Despierta y escucha tu himno". La relación de este dios con la salida del Sol y su aparición como una especie de epifanía solar no podía expresarse con más claridad. Entonces, las últimas y enigmáticas palabras de Sócrates podrían interpretarse así: "El Sol sale, llega la luz, agradecámoslo".

Sea como fuere, el final del gran filósofo está unido, de una manera misteriosa, con el Médico Divino. Considerémoslo como un símbolo.

BIBLIOGRAFÍA:

Bordelois, Ivonne (2009) *A la Escucha del Cuerpo: Puentes entre la salud y las palabras*. Libros del Zorzal.

Bunge, Mario (2012) *Filosofía para médicos*. Gedisa.

Canguilhem, Georges (2009) *Estudios de historia y de filosofía de las ciencias*. Amorrortu Editores

Deaton, Angus (2015) *El Gran Escape: Salud, Riqueza y Orígenes de la Desigualdad*. Fondo de Cultura Económica.

Dumézil, Georges (2019) *Apolo Sonoro y otros Ensayos*. El Cuenco de Plata.

González García, Ginés, y Federico Tobar (2004) *Salud para los Argentinos*. Ediciones ISALUD.

Guardini, Romano (1997) *La muerte de Sócrates*. Emecé.

Hegel, G. W. F. (1997) *Lecciones sobre la Historia de la Filosofía*. Tomo II, Fondo de Cultura Económica.

Hipócrates (1990) *Discurso Sobre la Ciencia Médica*. Planeta D'Agostini, Editorial Gredos S.A.

Kerényi, Karl (1998) *El Médico Divino I*. Sexto Piso.

Mainetti, José Alberto (2009) "Revista de Medicina y Bioética" *Quirón*, vol. 40, no. 1.

Ramakrishnan, Veki (2024) Por qué Morimos: La nueva Ciencia del envejecimiento y la Búsqueda de la Inmortalidad. Pasado y Presente.

San Isidro de Sevilla (2024) Etimologías. Biblioteca de Autores Cristianos, 2024.
Scheler, Max. La Idea del Hombre y de la Historia. Ediciones El Aleph.com

EL GRAN CAMBIO EN LA SALUD

Franco Caviglia

PRIMERA PARTE

HIPÓTESIS EX ANTE

¿GRADUALISMO O PARADIGMA?

La Ilustración como punto de inflexión

Todos los campos científicos han pasado por una serie de paradigmas a lo largo de su historia. En la física, el paradigma *aristotélico* fue reemplazado por el paradigma *newtoniano*, que a su vez fue reemplazado por el paradigma *relativista y cuántico*. En la biología, el *paradigma creacionista* fue reemplazado por el *paradigma darwiniano* de la evolución. Sin embargo, es importante destacar que no todos los campos científicos han tenido paradigmas tan claros como los ejemplos mencionados anteriormente. Algunos campos, como la matemática o la lógica, han tenido un desarrollo más gradual y acumulativo, sin cambios radicales de paradigma. Es decir, todos los campos científicos han tenido paradigmas en algún momento de su historia, pero no todos han tenido cambios de paradigmas tan radicales o claros.

La salud como todas las ciencias no puede analizarse como una fotografía en un momento dado, sino como una línea continua en el tiempo. En tal sentido, entiendo que es importante para la filosofía de la salud preguntarse si esa evolución ha sido gradual como de alguna manera lo expresa Karl Popper o se ha movido en términos de paradigma conforme a la Teoría de Thomas Kuhn.

Karl Popper, describe el progreso de la ciencia como un proceso de conjeturas y refutaciones. A continuación, se presentan los principales puntos de su teoría. En primer lugar formula la hipótesis que explique un fenómeno o problema, luego se diseñan y realizan experimentos u observaciones para probar las consecuencias deducidas y se las someten a la prueba y error estas hipótesis y finalmente se evalúa la evidencia recopilada

y se determina si se confirma o refuta la hipótesis. La ciencia avanza mediante aproximaciones sucesivas a la verdad, mejorando la precisión y ampliando nuestro conocimiento del mundo. Desde este enfoque la salud como ciencia sería un proceso continuo de descubrimiento e innovación (Popper, 1967).

Thomas Kuhn, impulsó el concepto de paradigma y su tesis es que las disciplinas científicas no se desarrollan en forma gradual sino a través de grandes saltos. Mientras se mantiene estable el consenso científico los problemas se resuelven dentro del marco conceptual de ese paradigma. Sin embargo esto no dura indefinidamente y en algún momento aparece una crisis que derrumba ese paradigma y a continuación se produce una revolución científica y después de algún tiempo emerge un nuevo paradigma y comienza un nuevo periodo de ciencia normal y productiva. O sea, un paradigma se cambia cuando una serie de hechos, observaciones y evidencias cuestionan y refutan la teoría o modelo existente, y una nueva teoría o modelo es propuesta y aceptada por la comunidad científica (Kuhn, 1971)

Mi hipótesis de inicio es que, si bien la salud ha estado prácticamente estancada, avanzado de una forma gradual muy débil a lo largo de toda la historia de la humanidad, es recién a partir de la Ilustración cuando marcó un punto de inflexión en la historia de la salud y la medicina, transformándola de una práctica basada en la tradición y la superstición en una disciplina científica y racional. La ciencia de la salud como un proceso racional y sistemático nace a partir de la Ilustración y materializa su progreso en el siglo XIX.

EL GRAN CAMBIO

Antes de la Ilustración, la salud y la medicina estuvieron estancada o con un avance muy débil, como señale anteriormente, durante aproximadamente siete mil años (si tomamos la civilización sumeria de aproximadamente 4.500 años AC como una de las primeras civilizaciones, aunque no hay consenso entre los antropólogos pues algunos entienden que hubo civilizaciones más antiguas) y esa situación se vio reflejada en el impacto muy limitado en la esperanza de vida (se estima en 20 a 40 años) dato duro que tomaremos como referencia para analizar el progreso de la salud y la medicina, entendiéndose a ésta como una rama de la primera, tanto desde el punto de vista científico, como filosófico (Max Roser).

El “Gran Cambio” se produce en el siglo XIX que fue un período de grandes avances tanto en la salud pública como en las ciencias médicas. En tal sentido y sólo para graficar la situación, se presentan algunos de los progresos más significativos en lo que hace a la medicina.

Hubo descubrimientos vitales como la teoría germinal de la enfermedad por Louis Pasteur químico y microbiólogo francés que en 1861 demostró que todo proceso de fermentación y descomposición orgánica se debe a la acción de organismos vivos y que el crecimiento de los microorganismos no era debido a un desequilibrio de los humores como se creía tradicionalmente. Robert Koch, médico y microbiólogo alemán descubrió el bacilo que causa la tuberculosis en 1882, así como también el bacilo del cólera en 1883 y es considerado una de los fundadores de bacteriología, por lo que recibió el Premio Nobel de Medicina en 1905. También en este siglo se desarrolla la teoría celular por Theodor Schwann, naturalista, fisiólogo y anatomista prusiano que determinó que las células son la unidad básica de la vida contribuyendo notablemente a la histología. Gracias a los trabajos de Pierre Charle Alexander Louis, médico francés, introdujo el método numérico en la medicina que condujo, a partir de 1830, una gran cantidad de estudios de observación "numérica", demostrando, entre muchas otras cosas, que la tuberculosis no se transmitía hereditariamente y que la sangría era inútil y aún perjudicial para la mayoría de los casos. Ignaz Philipp Semmelweis, médico, cirujano y obstetra austriaco, es conocido como el “salvador de madres”, pues descubrió en 1847 que la fiebre puerperal podría ser disminuida drásticamente usando desinfección de las manos en los hospitales y clínicas con una solución de cloruro de calcio antes de atender a las parturientas para reducir la transmisión de infecciones. William Morton fue un odontólogo estadounidense pionero en la aplicación de anestesia en cirugía y odontología llevando a cabo su descubrimiento en 1846 utilizando el éter como anestésico.

Se realizaron cirugías con Antisépticos, a partir de Joseph Lister desde 1865, que es considerado el padre de la antisepsia moderna al realizar cambios fundamentales en el modo que se realizaban las operaciones obligando a los médicos a lavarse las manos, utilizar guantes, el instrumental quirúrgico debía ser esterilizado y había que limpiar las heridas con disoluciones de ácido carbónico.

Antes, pasar por un quirófano era, en muchos casos, una sentencia de gangrena o muerte. También se desarrollaron técnicas quirúrgicas más precisas, entre los que se

destaca John Benjamín Murphy, médico y cirujano estadounidense que además de operaciones quirúrgicas generales como apendicitis y mastectomía, realizó y describió procedimientos innovadores en neurocirugía, ortopedia, ginecología, urología, cirugía plástica, torácica y vascular, siendo conocido en la época como “el genio quirúrgico de nuestra generación”. Edward Jenner, fue un médico y científico inglés considerado el padre de la vacunación, que descubrió la vacuna contra la viruela. En 1798 describió el efecto protector de la viruela bovina contra la viruela. Teniendo en cuenta que en esa época la patología mataba alrededor del 10% de la población mundial se lo llamó “el padre de la inmunología”. También se dieron otros avances importantes en relación al microscopio que si bien ya se había inventado, es en este siglo que se comenzó a producir microscopios de alta calidad a partir de Carl Zeiss, que en 1846 fabrico equipos ópticos en Alemania que sentaron las bases de la producción de las ópticas modernas lo que permitió observar microorganismos y células con mayor precisión. En 1895 el ingeniero y físico alemán Wilhelm Conrad Röntgen, descubrió la tecnología de rayos X a partir de la radiación electromagnética en las longitudes de onda lo cual le valió el Premio Nobel de Física en 1901. El estetoscopio fue inventado en 1816 por el médico francés Rene Laennec. Claude Bernard, fue un biólogo, médico y fisiólogo francés se lo considera fundador de la medicina experimental y el padre de la fisiología moderna por sus contribuciones a la ciencia con el descubrimiento de la función digestiva del páncreas, de la función glucogénica del hígado, el mecanismo de acción del óxido de carbono, los analgésicos y el establecimiento de los principios generales en los que se asienta la farmacodinamia moderna y las funciones del sistema nervioso.

En este breve resumen podemos ver el gigante progreso de las ciencias médicas en el siglo XIX.

Además, como veremos luego se producen mejoras en la higiene con el desarrollo de sistemas de alcantarillado, agua potable y la creación de hospitales públicos. La Implementación de medidas de higiene en escuelas y lugares públicos. Prevención de enfermedades con campañas de vacunación contra la viruela y la rabia, control de la propagación de enfermedades infecciosas y el desarrollo de programas de salud materno e infantil. Estos avances sentaron las bases para la medicina moderna y salvaron innumerables vidas (Granjel, 1980)

Todo este progreso es consecuencia del pensamiento de la Ilustración, un movimiento que abarca desde los siglos XVII hasta finales del XVIII, aunque sus ideas y principios continuaron influenciando el pensamiento de siglos posteriores, cuyos logros en general y de la salud y la medicina en particular se empieza a ver en el siglo XIX.

La Ilustración se caracterizó por la búsqueda de la razón, la ciencia, el progreso, el humanismo y la lógica como medios para entender el mundo y mejorar la sociedad. Los ilustrados creían que la razón y la ciencia podía ayudar a superar la superstición, la ignorancia y la opresión, y a crear una sociedad más justa y equitativa.

En efecto, la Ilustración significó un verdadero paradigma en la forma en que las personas pensaban y entendían el mundo. Se produjo un cambio fundamental en la forma en que se abordaban los problemas y se buscaban soluciones, y se sentaron las bases para el desarrollo de la ciencia moderna (Pinker, 2018).

Es el momento en que la salud pasa a ser una ciencia natural, social y humanística basada en la razón. Sin embargo en la actualidad, la medicina sigue evolucionando a un ritmo acelerado, impulsada por la inteligencia artificial, la genómica y la medicina personalizada, tema que abordaremos más adelante. Esto plantea preguntas sobre si estamos en presencia de un nuevo cambio de paradigma en la medicina. El tema que abordamos no es menor, no solo para analizar el pasado, sino tal vez, lo más importante, cuál es el impacto de las nuevas tecnologías médicas y la Inteligencia artificial en la salud hacia el futuro.

Para demostrar nuestra teoría nos basamos fundamentalmente en dos autores. Steven Pinker, un psicólogo y filósofo canadiense, que ha escrito extensamente sobre el progreso de la humanidad en su libro *"Los ángeles alados que llevamos dentro"* y *"En Defensa de la Ilustración"*. En estos libros plantea que la razón, el humanismo, el progreso y la ciencia son los nuevos impulsores de la historia de la humanidad y en cuanto a la salud mejorar la calidad y la expectativa de vida. Pinker argumenta que las condiciones de vida mejoraron significativamente, lo que se refleja en indicadores como: a. la reducción de la pobreza, b. el aumento de la esperanza de vida, c. la mejora el acceso a la salud y la educación y d. la reducción de la violencia. El otro, es el autor del libro *"El Gran Escape"*, que es un término acuñado por el economista e historiador británico escocés Angus Deaton (Premio Nobel de Economía en el 2015) para describir la rápida mejora en

la salud y la longevidad que ha experimentado la humanidad en los últimos siglos (Deaton, 2015).

Ambos autores sostienen que esto se debe a:

- a. Mejora en la medicina: Descubrimientos y avances en la medicina, como la vacunación, los antibióticos y la cirugía moderna.
- b. Avances en la higiene y la sanidad: Mejora en la limpieza y el suministro de agua potable.
- c. Nutrición y alimentación: Mejora en la disponibilidad y calidad de los alimentos.
- d. Educación y conciencia: Mayor conciencia sobre la salud y la prevención de enfermedades.
- e. Desarrollo económico: Mejora en la economía y el nivel de vida.
- f. Aumento de la esperanza de vida: La esperanza de vida promedio ha aumentado en más de 30 años desde 1960.
- g. Reducción de la mortalidad infantil: La mortalidad infantil ha disminuido significativamente.
- h. Disminución de las enfermedades infecciosas: La incidencia de enfermedades infecciosas como la tuberculosis, la malaria y la poliomielitis ha disminuido.
- i. Mejora en la salud mental: La salud mental ha mejorado gracias a los avances en la psicología y la psiquiatría.
- j. Aumento de la calidad de vida: La calidad de vida en general ha mejorado gracias a la reducción del dolor, el sufrimiento y la discapacidad.

A su vez, k. Disminuyó la violencia con el impacto significativo que ello implica en la expectativa de vida.

Steven Pinker, argumenta que la disminución de la violencia en la historia humana ha sido un factor importante en el aumento de la esperanza de vida porque la sostiene que la disminución de la violencia ha llevado a una reducción significativa en la mortalidad por causas violentas, como la guerra, el asesinato y la violencia doméstica, lo que ha contribuido a un aumento en la esperanza de vida. A su vez, la disminución de la violencia también ha llevado a una reducción en la mortalidad infantil, ya que los niños son más vulnerables a la violencia y el abuso.

Esto también ha llevado a una mejora en la salud pública, ya que la violencia puede tener un impacto negativo en la salud mental y física. A su vez ha llevado a un aumento en la inversión en salud, ya que los gobiernos y las organizaciones internacionales han podido destinar más recursos a la salud pública en lugar de a la defensa y la seguridad. Por último, ha generado una mejora en la calidad de vida, ya que las personas pueden vivir en un entorno más seguro y estable.

La disminución de la violencia ha sido un factor importante en el aumento de la esperanza y calidad de vida, según argumenta Steven Pinker. La reducción de la

mortalidad por violencia, la mortalidad infantil y la mejora en la salud pública han contribuido a que la gente tenga una mejor calidad y expectativa de vida (Pinker, 2012).

En síntesis, tanto Pinker como Deaton describen la rápida mejora en la salud y la longevidad que ha experimentado la humanidad en los últimos siglos, gracias a los avances en la salud, la medicina, la higiene, la nutrición y la educación.

Entonces, no solo cabe preguntarse el motivo de semejante avance sino como era la salud pública y la práctica médica antes de la Ilustración. En la antigüedad y durante la Edad Media, se utilizaban diversas prácticas para combatir las enfermedades que carecían de base científica y eran influenciadas por creencias religiosas, supersticiones y el principio de autoridad (laica y/o religiosa).

A lo largo de la historia, varios médicos y pensadores han logrado un lugar significativo en la “Historia de la Medicina” desde la Edad Antigua hasta el siglo XVIII, como Hipócrates, Galeno, Avicena, Averroes, Maimonides y ya en el renacimiento Andreas Vesalio, William Harvey y Ambroise Pare (cirujano y barbero francés) pero a pesar de los avances de Vesalio, Harvey y Morgagni no se logró organizar una medicina como ciencia sistemática. Tampoco desconozco la existencia de Escuelas y Universidades que estudiaban medicina y que intentaban hacer ciencia y comprender el funcionamiento del cuerpo humano como: a. La Escuela de Alejandría (Antiguo Egipto) siglo III AC, b. Escuela de Hipócrates, siglo V AC, c. también hubo desarrollo en India y en China, d. Posteriormente la Escuela de Medicina de Salerno, Italia, (Siglo IX), e. la Universidad de Bolonia, Italia, 1.088, f. la Universidad de Montpellier, Francia, 1.220, g. la Universidad de Padua, Italia, 1.222, entre otras. Pero practicaban una “ciencia racional - especulativa” donde no se experimentaba para saber si estaban en lo correcto o no y de ninguna manera era una ciencia racional - experimental. Una idea de ciencia que pretende un conocimiento objetivo, racional, progresivo, acumulativo y universal, que se ocupe de contrastar enunciados que describen con el mundo observable, por lo cual el progreso en relación a la salud fue prácticamente nulo.

Por eso es necesario mostrar cuál era la situación estructural de la salud en una época, de ausencia de un proceso racional y sistemático en la salud y medicina antigua y la Edad Media hasta que surgió la Ilustración.

Hasta ese momento la medicina se caracterizaba por la: a. Falta de conocimiento científico: no se entendían los mecanismos de la enfermedad. Se creía que el cuerpo

humano estaba compuesto por cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) y que el equilibrio entre ellos era esencial para la salud. b. Superstición y magia: se creía que las enfermedades eran causadas por espíritus o dioses. c. Tratamientos ineficaces: se utilizaban remedios empíricos y sin fundamento científico: 1. se usan caracoles para curar heridas de quemaduras de piel, 2. cocinaban un brebaje de grasa de gatos, osos y erizos para tratar infecciones en la garganta 3. usaban estiércol de perro para tratar problemas pulmonares. 4. también se usaban orina como tratamiento para limpiar heridas, picaduras de insectos, quemaduras y otros problemas de la piel, 5. se emplea polvo de calavera molida para tratar el dolor de cabeza. d. Higiene deficiente: No se entendía la importancia de la higiene y la sanidad. e. Limitaciones tecnológicas: no se disponía de herramientas y equipos médicos avanzados. f. Sacrificios y prácticas: 1. se sacrificaban animales porque se creía que los animales podían absorber las enfermedades y purificar la comunidad. 2. se creía que ciertas hierbas y plantas tenían propiedades curativas. 3. se purificaba con agua bendita para limpiar y enmendar la dolencia de las personas y lugares. g. Prácticas médicas: 1. Hasta el siglo XVIII los encargados de llevar a cabo la intervenciones quirúrgicas eran los llamados cirujanos - barberos, se trataba de prácticos que adquirirían que adquirirían el conocimiento a través de la experiencia sin que hubiera un procedimiento regular de formación, 2. Se creía que la sangría podía eliminar los "humores" malignos del cuerpo. 3. Se realizan purgas utilizando medicamentos para inducir vómitos o diarrea y eliminar los "humores" perversos. 4. Se utilizaban ungüentos y pomadas para tratar heridas y enfermedades de la piel. 5. Se realizaban cirugías básicas, como amputaciones y cesáreas, sin comprender el valor de la higiene por lo que en la mayoría de los casos los resultados eran fatales 6. Las hierbas y plantas se utilizan ampliamente para tratar enfermedades. Sin embargo, la falta de conocimiento sobre su composición química y sus efectos secundarios hacía que su uso fuera a menudo ineficaz o incluso peligroso. 7. se hacían trepanaciones para la epilepsia y enfermedades mentales (se creía que estaban poseídas por el Diablo) para liberar a los espíritus malignos, mientras el paciente permanecía despierto durante el procedimiento H. Prácticas religiosas: 1. se realizaban oraciones y rituales para invocar la protección divina y curar enfermedades. 2. se realizaban peregrinaciones porque se creía que visitar lugares sagrados podía curar enfermedades. 3. se creía que el uso de reliquias de santos podían curar enfermedades. I. Prácticas supersticiosas: 1. Se creía que

los amuletos podían proteger contra enfermedades. 2. se entendía que los hechizos podían curar enfermedades, 3. opinaban que las estrellas y los planetas influyen en la salud y la enfermedad y los médicos utilizaban la astrología para diagnosticar y tratar enfermedades (Porter: 2024).

En síntesis, la medicina se caracterizaba por una combinación de creencias supersticiosas, prácticas rudimentarias y una falta de conocimiento científico, siendo la atención médica ineficaz y peligrosa.

Pero lo fundamental fue como la medicina científica demolió parte por parte el sistema galénico y su teoría de los humores, así como también la teoría del miasma terminando con estas prácticas irracionales. Hasta el siglo XIX, la medicina se basaba en teorías no científicas y prácticas empíricas no racionales, pero a partir de ese momento, la aplicación del método científico permitió el desarrollo de una medicina más efectiva y basada en la evidencia.

A menudo se idealiza la medicina de la antigüedad y se la presenta como una época de gran sabiduría y conocimiento, sin embargo, antes de la Ilustración se basó en gran medida en la autoridad de Hipócrates y Galeno, cuyas teorías y prácticas se consideraban infalibles. Sin embargo, estas teorías no siempre se basaban en la observación y la experimentación, sino en meras especulaciones y sus prácticas a menudo eran crueles, como hemos señalado anteriormente. También debemos mencionar que la Iglesia tuvo un impacto significativo, pues creía en la intervención divina en la enfermedad y su curación y que la primera era un castigo divino con lo cual subordinan la medicina a la teología. Es importante destacar que la Iglesia apoyaba las teorías de Hipócrates y Galeno porque se consideraban compatibles con la teología cristiana. Sin embargo, la Iglesia impuso sus propias creencias y dogmas y condenó a muchos médicos y pensadores que entendían que tenían ideas y prácticas que consideraban heréticas como Marsilio de Padua, Arnaldo de Villanueva, Pietro d'Abano, Miguel Servet y Andrés Vesalio.

La medicina es una disciplina que ha experimentado un desarrollo explosivo en los últimos siglos, especialmente a partir del siglo XIX con la revolución científica y la introducción de la teoría microbiana de la enfermedad. Los textos de Hipócrates y Galeno, aunque son considerados importantes en la historia de la medicina, no son relevantes en la práctica médica actual. Sus teorías y conceptos han sido superados por la investigación científica y la acumulación de conocimientos en la medicina moderna.

No ocurre lo mismo con otras disciplinas como la filosofía, la política, el derecho y la historia que tienen una continuidad y una relevancia en la actualidad y poseen una rica historia que se remonta a la antigüedad, cuyas raíces y fundamentos siguen siendo notables y tienen gran vigencia para el estudio de la actualidad, como los textos clásicos de Platón, Aristóteles, Montesquieu, Nietzsche, Kant, Descartes, entre otros, que siguen siendo estudiados y considerados referentes en la actualidad. El derecho romano, por ejemplo, sentó las bases para el derecho moderno, y muchos de sus principios y conceptos siguen siendo aplicados en el día de hoy. De igual forma, la filosofía política de Platón y Aristóteles sigue siendo estudiada y citada en la actualidad, y sus ideas sobre la democracia, la justicia y la ética siguen siendo relevantes.

La razón por la que la medicina es diferente, es que se trata de una disciplina que se basa en la investigación científica y la experimentación, y que ha generado un desarrollo enorme en los últimos siglos. La medicina moderna se basa en la comprensión de la biología molecular, la genética, la inmunología, entre otros campos, que no existían en la época de Hipócrates y Galeno y sus textos y teorías no son citados ni tenidos en cuenta en la práctica médica actual, ya que han sido superados por la investigación científica y la acumulación de conocimientos en la medicina moderna.

Lo que le ocurre a la medicina también pasa con otras ciencias como la biología, la física, la química que son relativamente nuevas y han experimentado un desarrollo asombroso en los últimos siglos. En estos campos, la antigüedad no ofrece conocimientos directamente aplicables a la actualidad, ya que la comprensión de la naturaleza y los principios subyacentes ha cambiado radicalmente con el tiempo.

Para ponerlos en términos del médico y filósofo Benjamín Herreros Ruiz – Valdepeñas (2021) “los descubrimientos biotecnológicos y las nuevas políticas públicas transformaron la medicina clásica. En los últimos sesenta años la medicina se ha transformado más que en los precedentes 2.500 años. La medicina de Hipócrates no se diferenciaba en muchos aspectos de algunas prácticas del siglo XIX. Sin embargo, comparada con la actual, parece arqueología”. No muchos se atreven a decir esta gran verdad, por no decir casi nadie, que siguen considerando a Hipócrates y Galeno como los padres de la medicina. Sin duda tienen un valor histórico, solo eso. Sin embargo, quiero marcar una diferencia con el autor que refiere la transformación de la medicina en los últimos sesenta años. Nadie duda que la medicina está mejor en los últimos años que en

el siglo XIX. Con ese criterio también se podría decir que en los últimos 10 años está mejor que en los últimos 60 años y sería correcto afirmar. Pero si lo analizamos en profundidad, el cambio de paradigma como lo hemos mencionado y seguiremos probando se produce en el siglo XIX.

LA IMPORTANCIA DE LA SALUD PÚBLICA

El desarrollo de las políticas sanitarias se comenzó a desplegar en forma sistemática y como políticas de Estado a partir de siglo XIX cuando comenzaron a surgir las primeras teorías sobre las condiciones sociales, económicas, culturales y educativas y su relación con la salud - enfermedad y el impacto que tenían en la misma las políticas públicas vinculadas la higiene, cloacas y agua potable, etc. Comenzaron a desarrollarse políticas de manera intensiva y no en forma aislada. Estas políticas y leyes marcaron el comienzo de una era de importantes avances en la salud pública y la prevención de enfermedades.

Autores como Thomas McKeown, Ivan Illich y Simón Szreter entre muchos otros, argumentaron que la mejora en las condiciones de vida y la disminución de la mortalidad se debió a una mejora en las condiciones económicas y sociales, como la nutrición, la higiene o la educación, además del acceso igualitario a los servicios básicos de sanidad, lo que condujo a una progreso en la salud pública. Estos factores, según los autores antes mencionados, fueron más significativos que la medicina curativa para reducir la mortalidad en el siglo XIX y principios del XX. Es importante destacar que los mismos no niegan la importancia de la medicina, pero si argumentan que la mejora en la salud pública fue un factor por demás importante en la reducción de la mortalidad y que las medidas médicas desempeñaron un papel menos significativo (Thomas McKeown, 1990).

Si bien no hay análisis estadísticos que demuestren el impacto que tuvieron cada una con el surgimiento de la medicina científica y el desarrollo de las políticas públicas en salud, no es difícil concluir que ambas se retroalimentan positivamente para mejorar la esperanza y calidad de vida de la gente. El debate entre aquellos que piensan que la salud está determinada principalmente por los descubrimientos y tratamientos médicos y aquellos que miran las condiciones sociales debe saldarse sobre la base de que ambos factores contribuyen al mismo objetivo.

De acuerdo a lo antes dicho, es necesario hacer un repaso de los principales científicos que impulsaron el desarrollo de las políticas públicas en la salud. En tal sentido

en Europa se destacan Rudolf Virchow, médico, antropólogo, patólogo y biólogo de Alemania que hizo hincapié en la interrelación entre la salud pública y las condiciones sociales. Creía que las enfermedades no solo tenían causas biológicas, sino que además estaban influenciadas por factores socioeconómicos. Afirmó que la medicina es una ciencia Social y de esta manera incorporó al ámbito médico la dimensión social y cultural como elementos determinantes de la calidad de vida y bienestar de las personas. Realizó estudios en la comunidad de Silesia y redactó un Informe en 1848 donde destacó que las deplorables condiciones de vida de los trabajadores estaban directamente relacionadas con la salud. Esto lo llevó a abogar por reformas en la higiene y las condiciones laborales. Fue un defensor de reformas en el sistema de salud, sugiriendo que la medicina debería ser un derecho para todos y no un privilegio para pocos. Su labor ayudó a sentar las bases para la medicina pública y es considerado uno de los fundadores de la medicina social.

También es sumamente importante el trabajo de un pionero en la epidemiología económica que aplicó sus principios a la salud pública como Louis - René Villerme, médico, epidemiólogo y economista francés, fue uno de los precursores de los estudios sobre la epidemiología social y la influencia de los factores socioeconómicos además de la influencia de la pobreza sobre la salud y la mortalidad, en los inicios de la industrialización de Francia. A través de sus estudios sociomédicos analizo como las condiciones de vida y trabajo, especialmente durante la Revolución Industrial, afectaron la salud de los trabajadores. Realizó investigaciones sobre las condiciones laborales en las fábricas, destacando como el trabajo en ambientes insalubres y la exposición a riesgos laborales influía negativamente en la salud física y mental de los trabajadores. Sus informes presentaron datos sobre las tasas de enfermedad y mortalidad entre diferentes grupos socioeconómicos, subrayando la relación entre la pobreza, la desigualdad y la salud. Además fue defensor de la reforma en la higiene en las fábricas y las cárceles. Su trabajo es considerado fundamental en la historia de la sociología y la investigación estadística y se lo considera uno de los fundadores de la epidemiología social.

Otro de los que sentaron las bases para la epidemiología moderna que demostró la importancia de la investigación científica en la resolución de los problemas de salud fue John Snow, médico británico conocido como uno de los padres fundadores de la epidemiología moderna. La importancia de su trabajo radicó en romper los paradigmas existentes para la época, donde aún predomina la fuerte creencia en la teoría miasmática

de la enfermedad. Demostró que el cólera era causado por el consumo de aguas contaminadas con materias fecales, al comprobar que los casos de esta enfermedad se agrupaban en la zona donde el agua consumida estaba contaminada con heces, en la ciudad de Londres en 1854. Utilizó un enfoque innovador al investigar la distribución de casos de cólera, mapeando las muertes en relación con las fuentes de agua. Su análisis indicó que la mayoría de los casos estaban relacionados con una bomba de agua en Broad Street. Snow convenció a las autoridades para que retiraran la manija de la bomba, lo que llevó a una reducción significativa de los casos de cólera. Este evento es considerado a menudo como un hito en la historia de la salud pública, ya que estableció el valor de conjugar datos sociales, geográficos y estadísticos para abordar el problema de la salud.

Por último, en esta apretada síntesis de pensadores europeos, no podemos dejar de mencionar a Max von Pettenkofer que fue un destacado químico e higienista alemán que es conocido por su trabajo en la higiene práctica, como un precursor de hogares con agua para el consumo humano, la aireación de las casas y la correcta eliminación de las aguas residuales. También promovió la importancia de la higiene personal, la purificación del agua y el saneamiento como métodos para prevenir enfermedades. Su legado incluye una mayor conciencia sobre la importancia del ambiente en la salud y la necesidad de políticas de salud pública para mejorar las condiciones sociales y sanitarias. Fue conocido por ser un firme defensor de la fundación de institutos de higiene en Alemania, que sirvió de ejemplo a otros institutos de todo el mundo.

En América del Norte uno de los que sentó las bases de la salud pública en Estados Unidos fue Lemuel Shattuck, un destacado sanitarista y estadístico estadounidense, conocido como uno de los pioneros en el campo de la salud pública. Su trabajo tuvo impacto especialmente a través de su informe de 1850 sobre la salud en Massachusetts donde incluyó recomendaciones que cubren muy diversos campos de la salud local y regional que contienen temáticas como la educación para la salud, registro de información demográfica, el establecimiento de juntas locales sobre salubridad, creación de un cuerpo de policía sanitario que serviría de modelo para que años después, fuese adoptado por otros Estados de la Unión. Se lo considera como uno de los arquitectos más influyentes de la salud pública norteamericana.

Entre otros, no podemos dejar de mencionar al que se puede considerar el fundador de la salud pública moderna en Nueva York, Stephen Smith, quien fue uno de los líderes

de la salud pública estadounidense y un fuerte crítico de la corruptas e ineficientes iniciativas de saneamiento de la ciudad de Nueva York antes de la guerra civil. Dirigió un estudio sanitario cuadra por cuadra de Manhattan cuyos resultados alentaron a la legislatura de Nueva York a crear una Junta Metropolitana de Salud en 1866, cargo para el cual fue nombrado en 1868 donde permaneció hasta 1875. En 1872 convocó una reunión de sanitaristas en su oficina para discutir la creación de una organización nacional que pudiera apoyar sus esfuerzos en la salud pública lo que condujo a la creación de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. En 1878 redactó un proyecto de ley para crear una Junta Nacional de Salud Pública que el Congreso aprobó al año siguiente del cual fue miembro.

En América Latina no podemos dejar de mencionar a uno de los fundadores de la medicina social en Argentina que trabajó incansablemente para mejorar la salud y bienestar de la población como Ramón Carrillo, médico argentino que ya entrado el siglo XX se caracterizó por dar prioridad al desarrollo de la medicina preventiva y la organización hospitalaria. Desde su gestión con el Presidente Perón, a partir de 1946, Carrillo desarrolló una obra monumental con campañas de vacunación masiva como la antivariólica y antidiftérica y también contra la fiebre amarilla y enfermedades venéreas entre otras. Se inauguraron centenares de nuevos establecimientos sanitarios y hospitales, se lanzaron masivos planes de educación sanitaria y campañas intensivas de vacunación, logrando erradicar el paludismo, las epidemias de tifus y brucelosis, combatir la sífilis y disminuir la mortalidad por la enfermedad de Chagas. Sostuvo como legado que los problemas de la medicina no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social. Su obra "Teoría del Hospital" es aún hoy una referencia de la medicina social.

Otro de los visionarios en la salud pública fue Oswaldo Goncalves Cruz, científico, médico, bacteriólogo, epidemiólogo y sanitarista de Brasil. En 1899 organizó la lucha contra la peste bubónica, enfermedad existente en Santos y otras ciudades portuarias brasileñas. Demostró que la epidemia era incontrolable sin el empleo del suero adecuado y como la importación era lenta, propuso al gobierno la fundación de un instituto para su producción. Se creó el "Instituto Sueroterapeutico Nacional" en 1900 y asumió la dirección en el 1902. Luego fue nombrado Director de Salud Pública en 1903 donde coordinó las "Brigadas Mata Mosquitos" encargados de eliminar los focos de

enfermedades que transmiten los insectos. Recibió la medalla de oro del 16 Congreso de Higiene y Demografía en 1907 por haber erradicado la fiebre amarilla en Río de Janeiro.

Un pionero que dejó un legado enorme en el campo de la salud pública fue Eduardo Liceaga, médico y político, conocido como el higienista más distinguido de México de finales del siglo XIX. Estuvo involucrado en la creación del Hospital General de México que lleva su nombre. Fue durante muchos años presidente de la Junta de Salud de México, durante el cual se llevaron a cabo campañas activas contra la prevención de enfermedades. Tomó parte activa en la redacción del Código Sanitario de la Ciudad de México y durante su administración se estableció la vacunación contra la rabia, la fiebre amarilla y la peste bubónica.

Este reducido grupo de destacados pensadores de la salud, que tomamos como referencia, entre muchos otros, en Europa y América desarrollaron políticas de salud pública enfocados en la medicina social, que incluyó la creación de instituciones de salud pública, la implementación de programas de vacunación, el control de enfermedades infecciosas y la promoción de la higiene. Estas políticas tuvieron resultados significativos en la reducción de la mortalidad infantil, la tasa de mortalidad en general y la calidad de vida de la gente.

En este contexto de pensadores que comenzaron a enfatizar la importancia de la higiene, la salubridad y la salud pública se generó una atmósfera donde sus ideas y recomendaciones influyeron directamente en la creación de medidas y leyes que tenían por objeto mejorar la salud pública. En tal sentido el siglo XIX experimentó un período de transformación enorme en materia sanitaria, con reformas significativas en cloacas, alcantarillado, agua potable y hospitales. A modo de ejemplo haremos referencia de las principales reformas en algunos países de Europa y América. En el Reino Unido en 1842 el reformador social Edwin Chadwick presentó un Informe que documentaba las condiciones insalubres de las ciudades y su relación con enfermedades como el cólera. Su trabajo presionó para que se implementaran reformas en el saneamiento por lo que en 1848 se creó una comisión de salubridad para supervisar la salud pública en Inglaterra y Gales. En 1875 se consolidaron muchas de las reformas anteriores y se estableció la obligación de las autoridades locales de proporcionar servicios de salud pública, incluyendo la recolección de residuos y la provisión de agua potable. Además, en el mismo año se aprobó una ley para demoler viviendas insalubres y construir en su lugar otras

que cumplieran con los estándares sanitarios. Se promovió la creación de hospitales públicos y se mejoraron las condiciones de los existentes, como el Hospital de San Bartolomé en Londres.

Lo mismo ocurrió en otros países de Europa como Francia donde en 1848 se estableció la construcción de un sistema de alcantarillado y agua potable en las ciudades con la obligación de los municipios de crear servicios de salud pública y de implementar medidas para prevenir la propagación de enfermedades. Dos años después, en 1850 se establecieron normas para la construcción de edificios y la planificación urbana, con el objetivo de mejorar la salubridad y la higiene en las ciudades. Además, se estableció la obligación de los médicos de notificar las enfermedades contagiosas a las autoridades sanitarias y de implementar medidas para prevenir su propagación en 1874 y en 1879 se promovió una legislación para asegurar la vigilancia y control de las condiciones sanitarias. También se crearon hospitales públicos, como el Hospital de la Pitié-Salpêtrière en París.

En Alemania en 1868 se discutieron políticas en torno a la salud de los trabajadores agrícolas y la necesidad de mejorar las condiciones laborales y sanitarias en el campo. Tras la unificación de Alemania en 1871 se comenzaron a implementar políticas de unificación y mejora en los servicios de salud pública incluyendo la creación de estructuras administrativas para la salud a nivel nacional y local. En 1876 se introdujeron regulaciones más específicas para manejar el brote de enfermedades infecciosas y tres años después en 1879 se creó un marco legislativo que estableció varias normativas relacionadas con la prevención y control de enfermedades infecciosas. Posteriormente en 1883 se estableció la obligación de los médicos de notificar las enfermedades contagiosas a las autoridades sanitarias y de implementar medidas para prevenir su propagación. Además, se expandió el Hospital Universitario de Berlín creado en 1710 y se creó el Hospital Universitario de Heidelberg, el Hospital de Fráncfort del Meno y el de la Universidad de Múnich.

Un proceso similar se generó en Italia en 1837 donde se instituyeron una serie de medidas para mejorar las condiciones de salud promoviendo campañas para la prevención de enfermedades y mejora de la higiene pública y estableciendo un régimen de registro de enfermedades. Además, en 1859 se crearon normas para la construcción de edificios y la planificación urbana, con el objetivo de mejorar la salubridad y la higiene

en las ciudades. En 1865 se creó la Inspección General de Salubridad Pública para supervisar la aplicación de las normas de higiene y salubridad en todo el país y en 1888 se promulgó una ley para prevenir enfermedades contagiosas e implementó medidas para prevenir su propagación.

También en el siglo XIX Estados Unidos dictó varias leyes y medidas importantes para mejorar la salubridad, higiene y salud pública. En 1848 se estableció la inspección de alimentos en los puertos para prevenir la importación de alimentos contaminados. En Massachusetts en 1869 se estableció el primer departamento de salud pública que se considera uno de los primeros esfuerzos en la creación de un sistema de salud pública en los Estados Unidos y en 1872 se creó la Oficina de Salud Pública de Estados Unidos, que más tarde evolucionó hacia lo que hoy se conoce como el Servicio de Salud Pública de Estados Unidos. Además se creó una normativa para la Inspección de Carnicerías de 1887 que implantó la inspección de carnicerías para prevenir la venta de carne contaminada.

En América latina, México en 1853 creó normas para la higiene y la salubridad en las ciudades, incluyendo la recolección de residuos y la provisión de agua potable. En 1870 se implantó la vacunación obligatoria contra la viruela y otras enfermedades. La Ley sobre salubridad de 1871 regula la supervisión y control de las condiciones sanitarias en los espacios públicos, la regulación de venta de alimentos, la obligación de vacunación y la promoción de medidas preventivas para combatir las epidemias y enfermedades infecciosas. En 1880 se estableció la inspección de alimentos para prevenir la contaminación y la propagación de enfermedades.

Argentina adoptó varias medidas importantes para mejorar la higiene, salubridad y salud pública. Como respuesta al brote de fiebre amarilla que azotó a Buenos Aires en 1871 se reglamentaron normas para la higiene y la salubridad en las ciudades, incluyendo la recolección de residuos y la regulación sobre la calidad del agua. En 1887 estableció la creación de la Dirección General de Salud Pública para coordinar e implementar políticas de salud pública en el país y así abordar problemas de sanidad y el control de enfermedades. Fue en 1886 cuando se estableció la vacunación obligatoria contra la viruela y en 1891 se instituyó la inspección de alimentos para prevenir la contaminación y la propagación de enfermedades.

En definitiva, en esta breve pero necesaria recorrida, podemos apreciar el papel preponderante que en el siglo XIX tuvo la creación de servicios de salud pública para

supervisar la salud de la población y prevenir la propagación de enfermedades, las leyes que establecieron la obligación de proporcionar agua potable a la población y de recoger residuos y eliminarlos de manera segura. Normas que establecieron la obligación de implementar medidas para prevenir la propagación de enfermedades contagiosas, incluyendo la cuarentena y la vacunación obligatoria para ciertas enfermedades, como la viruela. Se implementó la inspección de alimentos para prevenir la contaminación y la propagación de enfermedades y se crearon hospitales para proporcionar atención médica a la población.

QUÉ ENSEÑANZA NOS DEJA LA ESPERANZA DE VIDA

Vamos a demostrar lo antes dicho analizando la esperanza de vida del ser humano a lo largo de la historia.

La esperanza de vida es un indicador importante para evaluar el nivel de vida, la calidad de vida y el desarrollo social, cultural y económico de una sociedad.

A continuación, se presentan algunos de los parámetros que se relacionan con la esperanza de vida y su significado: 1. Nivel de vida: La esperanza de vida es un indicador del nivel de vida de una sociedad. Una mayor esperanza de vida se asocia con un mejor nivel de vida, ya que refleja una mejor nutrición, acceso a servicios de salud, condiciones de vida y otros factores que contribuyen a una vida más larga y saludable. 2. Calidad de vida: La esperanza de vida también es un indicador de la calidad de vida de una sociedad. Una mayor esperanza de vida se asocia con una mejor calidad de vida, ya que refleja una menor mortalidad infantil, una menor incidencia de enfermedades crónicas y una mejor salud en general. 3. Desarrollo económico, social y cultural: La esperanza de vida también se relaciona con el desarrollo de una sociedad. Los países con una mayor esperanza de vida suelen tener una mayor renta per cápita, una mejor educación y una mejor infraestructura, lo que contribuye a un mejor nivel de vida y una mayor calidad de vida. 4. Acceso a servicios de salud: La esperanza de vida también se relaciona con el acceso a servicios de salud. Los países con un mejor sistema de salud y un mayor acceso a servicios de salud suelen tener una mayor esperanza de vida. 5. Estilo de vida y factores de riesgo: La esperanza de vida también se corresponde con el estilo de vida y los factores de riesgo de una sociedad. Los países con una mayor prevalencia de factores de riesgo como el

tabaquismo, la obesidad y la falta de actividad física suelen tener una menor esperanza de vida.

La información que aquí se aporta representa la estimación de la esperanza de vida del conjunto total de la población mundial. La salud tiene muchas dimensiones, y es difícil reducirla a un solo número conveniente. Sin embargo hay un aspecto de esta que es fácil de medir y a su vez es de primordial importancia, el simple hecho de estar vivos o muertos.

Sabemos que la mortalidad infantil reduce el porcentaje de la expectativa de vida. Una cosa es medir la expectativa de vida al nacer y otra distinta es hacerlo, por ejemplo, a partir de los cinco años. En este caso la expectativa de vida será mayor. En los primeros años de vida la mortalidad infantil es un factor crucial, porque hay un mayor riesgo de morir, y una vez superada esa etapa la expectativa de vida aumenta notablemente. Es decir, la expectativa de vida mejora al superar las etapas críticas de la infancia. No obstante nosotros tomaremos la expectativa de vida al nacer, no solo por una cuestión práctica, que no modifica el sentido de este trabajo, sino además porque como dijimos es el dato duro entre estar vivos o muertos

Es importante tener en cuenta que las primeras cifras son estimaciones y pueden variar según la fuente y el método de cálculo. En la antigüedad, la determinación de la expectativa de vida era un desafío, debido a la falta de registros oficiales y la limitada disponibilidad de datos demográficos. Sin embargo, los historiadores y demógrafos, han desarrollado métodos indirectos para estimar la expectativa de vida antes de que se empezara a medir científicamente, utilizando métodos como: a. el análisis de monumentos funerarios, b. registros eclesiásticos, c. documentos históricos sobre epidemias y guerras, d. los antropólogos tienen hoy la tecnología para analizar esqueletos y restos humanos para estimar la edad de una persona fallecida, e. estudios en paleopatología que analiza las enfermedades y lesiones presentes en los restos humanos del pasado. Si bien estos métodos son limitados y proporcionan estimaciones aproximadas de la esperanza de vida en la antigüedad, combinando otras fuentes es posible tener una visión más clara sobre el tema.

Las primeras mediciones para determinar la esperanza de vida en la población se establecieron en el siglo XVII, aunque los cálculos y métodos utilizados fueron rudimentarios y limitados.

A continuación, se presentan algunos hitos importantes en el desarrollo de la medición de la esperanza de vida. John Graunt, un estadístico inglés, a quien se considera el primer demógrafo formuló leyes sobre el tema que fueron publicadas en 1662 la tasa de mortalidad en Londres y verifica que el 36% de los nacidos vivos morían antes de cumplir 6 años. De acuerdo a los estudios de Richard Price (1723 – 1891) ha podido determinar (según el epistemólogo Ian Hacking), que el promedio de vida en la ciudad de Northampton era, según los datos del siglo XVIII, de 24 años de vida. En 1693 Edmund Halley, un astrónomo, físico y matemático inglés, desarrolla la primera tabla de mortalidad utilizando datos de la ciudad de Breslau (actualmente Wrocław, Polonia) y *estima la esperanza de vida promedio en 27-30 años*. El demógrafo sueco Pehr Wargentin, es considerado uno de los primeros en utilizar métodos actuales para evaluar la esperanza de vida. En su trabajo "Tablas de mortalidad" estima la esperanza de vida en Suecia en 36-40 años. En 1765, el astrónomo Johann H Lambert, inició la búsqueda de relaciones entre la mortalidad, el volumen de nacimientos, el número de casamientos y duración de la vida, usando al información de las gacetas estadísticas alemanas con lo cual logró deducir una tasa de mortalidad infantil mucho más alta de lo que entonces se pensaba. El matemático, sociólogo y estadístico belga *Adolphe Quetelet*, es considerado uno de los fundadores de la estadística moderna. En su trabajo "Sobre el hombre y el desarrollo de sus facultades humanas" de 1835, analiza las tasas de mortalidad y estima *la esperanza de vida en Bélgica en 38-42 años*. Ya luego, con la Organización Mundial de la Salud (OMS) que se fundó en 1948 se comenzó a recopilar y analizar datos sobre la mortalidad y la esperanza de vida en todo el mundo. La OMS utiliza métodos estandarizados para estimar la esperanza de vida y publica informes periódicos sobre la situación de la salud en el mundo (Dublín y otros: 1985).

En síntesis, la medición de la esperanza de vida comenzó en el siglo XVII, pero no fue hasta el siglo XX que se establecieron sistemas de recopilación y publicación de estadísticas de salud a nivel internacional.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estado monitoreando la esperanza de vida desde su fundación en 1948. Según datos de la OMS, la esperanza de vida promedio mundial ha aumentado significativamente desde 1960, pasando de 50,7 años para los hombres y 54,6 años para las mujeres, a 69,6 años para los hombres y 74,5 años

para las mujeres en 2022, lo que significa un aumento del 37% en apenas 64 años. (OMS: 2024).

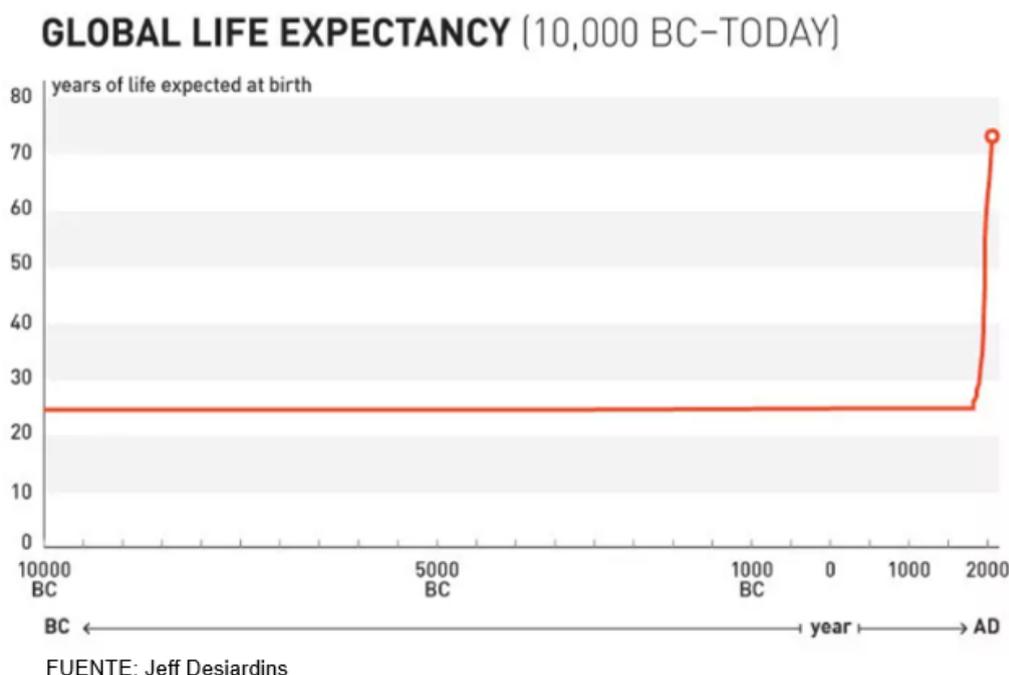
Si nos trasladamos a la actualidad, según un informe del Observatorio Global de la Salud de la OMS, tenemos 32 países donde la media supera los 80 años, mientras que solo en 8 países la media está por debajo de los 60 años, motivo por el cual el promedio de la media mundial actual es de 70- 73 años.

Es importante destacar que estas cifras son estimaciones y pueden variar según la fuente y el contexto histórico (gripe española). Además, sabemos que la esperanza de vida varía significativamente según la clase social, la ubicación geográfica y las condiciones de vida. Esto nos interpela a otras reflexiones filosóficas como la injusticia, la equidad y la ética, no solo a nivel global, sino también hacia el interior de los propios países, donde el Código Postal tiene más incidencia que el Código Genético, pues la esperanza y calidad de vida no es la misma, por ejemplo, para un habitante de CABA que para la comunidad Wichi que se asienta en el Chaco, Formosa y Salta (circunstancia que se corresponde con miles y miles de situaciones a nivel global). Pero está claro que este no es el punto que quiero probar en este texto.

Ahora veamos cómo aumenta la esperanza de vida en la humanidad. Si tomamos 30 años como esperanza de vida a fines del siglo XIX, es decir después de la Ilustración, vemos que aproximadamente en 124 años, la esperanza de vida, que actualmente es de 71,4%, al 2021, pues se redujo en 1,8 años, por el COVID - 19, pues en el 2019 era de 72,6 años, creció en 41 años, es decir, un 136,6%. Si tomáramos 35 años la esperanza de vida aumentó en un 102,8%, y si tomamos como valor inicial 40 años el aumento es de 77,5%. Es decir, abrimos una ventana de 30 a 40 años (si bien hay diferentes estimaciones, el consenso es bastante generalizado en este sentido). Mientras que desde las primeras civilizaciones de la antigüedad (5.000 años AC) hasta principios del siglo XIX la esperanza de vida no se modifica sustancialmente, si lo tomamos en términos porcentuales desde las primeras civilizaciones la esperanza de vida estuvo en el orden de 20 - 40 años, mientras que en aproximadamente 150 años, es decir, un 2,1% del total del periodo, la esperanza de vida aumentó más de 30 años. Sin duda estamos en presencia de un salto revolucionario.

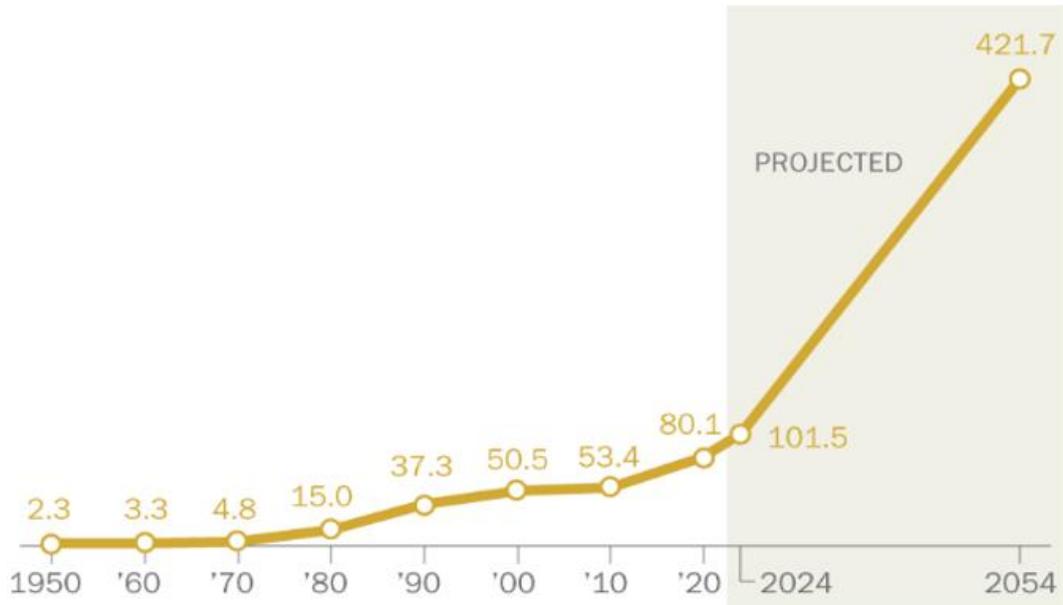
En el siguiente gráfico vemos como durante la mayor parte de la historia de la humanidad (En el gráfico se toma desde 10.000 años A.C., pero en nuestro trabajo la

limitamos a 7.000, cuando surgen las primeras civilizaciones), se ha estimado que la esperanza de vida global al nacer ha rebotado entre 20 y 40 años. Comenzando aproximadamente en el año 1820, la esperanza de vida global comenzó su ascenso exponencial, que se ve de forma más sorprendente desde el siglo XIX y que pega un nuevo salto después de 1950 cuando los avances médicos y sanitarios modernos comenzaron a llegar a las naciones en desarrollo.



Para tomar otro dato duro, Angus Deaton (2015) nos dice en *El Gran Escape* que la esperanza de vida en los Estados Unidos aumentó de 47,3 años en 1900 a 77,9 en 2016. El hecho de que se haya incrementado la duración de la vida en 30 años en un poco más de un siglo es un logro extraordinario. Todo parece indicar que la esperanza de vida continuará aumentando y las tasas de mortalidad continuarán disminuyendo. Un estudio publicado en *The Lancet* establece que la esperanza de vida entre 2022 y 2025 podría aumentar en más de 4 años.

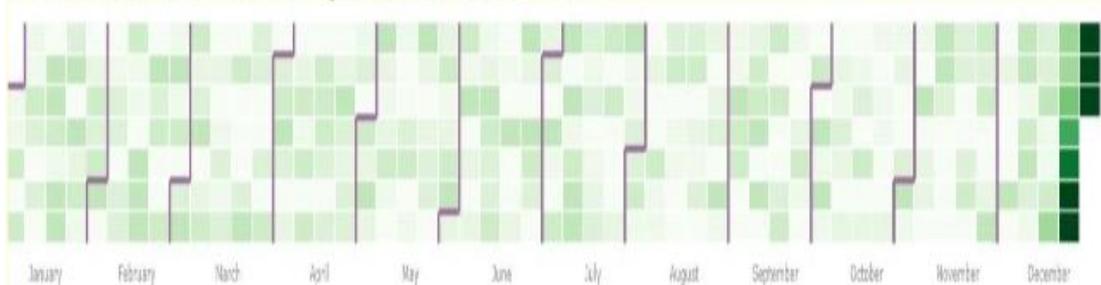
La esperanza de vida no solo ha aumentado, sino que lo seguirá haciendo, como vemos en el siguiente gráfico donde se proyecta que cantidad de estadounidenses de 100 años o más se cuadruplicará en las próximas tres décadas, de aproximadamente 101.000 en 2024 a aproximadamente 422.000 en 2054, según las proyecciones de la Oficina de Censos de los EEUU.



FUENTE: PEW RESEARCH CENTER

Para tener una dimensión más clara de este verdadero salto en salud, con la aparición de la medicina moderna, como una ciencia, es importante señalar que la situación era bastante “democrática” pues los ricos tampoco se libran de la enfermedad y la muerte. En 1836, el hombre más rico del mundo, Nathan Rothschild, murió de un absceso infectado que hoy se podría haber resuelto con un simple antibiótico.

Calendario de Esperanza de vida



FUENTE: PROPIA

El calendario sobre la esperanza de vida se inspira en el calendario cósmico de Carl Sagan y tiene como propósito tener una dimensión en escala de tiempo que sea comprensible para estimar el tiempo desde cuándo comenzó el aumento de la esperanza de vida. Si reducimos 7.000 años de la historia de la humanidad a 365 días, podemos apreciar que la esperanza de vida a lo largo de la historia de la humanidad, en el mejor de

los casos no supera los 40 años, y que esos años se duplican en aproximadamente menos de 8 días. Es decir, durante 357 días nuestra esperanza de vida no supera los 40 años.

Como corolario podemos decir que, si bien como en toda ciencia se deben combinar varios enfoques para capturar la complejidad del progreso de la medicina, todo parece indicar que la evolución de la esperanza de vida casi no se ha movido en casi toda la historia, pero en el siglo XIX al transformarse la salud en una ciencia natural, social y humana se generó un cambio de paradigma y creció en forma exponencial.

SINGULARIDAD UN NUEVO PARADIGMA

En la actualidad, la medicina sigue evolucionando a un ritmo acelerado, impulsada por la inteligencia artificial, la medicina genómica, la medicina personalizada, el desarrollo acelerado de fármacos, el progreso del Chat GPT, entre otros avances que abren un panorama enorme en la salud del futuro. Esto plantea preguntas sobre si no estamos en presencia de un nuevo cambio de paradigma en la salud.

Además, la medicina con inteligencia artificial (IA) generará nuevos dilemas en la salud en materia política, cultural, social y ética.

Dilemas políticos como ¿Quién la regulará y cómo se garantizará su seguridad y eficacia?, ¿Cómo se garantizará un acceso equitativo a la para todos los sectores de la población?, ¿Cómo se protegerá la información médica y personal de los pacientes?, ¿No generará un cambio enorme en materia jurídica?

Dilemas culturales ¿Cómo se garantizará que sea culturalmente sensible y respete la diversidad?, ¿Cómo se integrarán las tradiciones y creencias culturales en la toma de decisiones médicas con IA?, ¿Cómo se fomentará la comunicación efectiva entre pacientes, médicos y sistemas de IA?

Dilemas sociales ¿Cómo se abordará la brecha digital y la desigualdad en el acceso?, ¿Cómo se redefinirá el papel de los médicos y otros profesionales de la salud?, ¿Cómo se preparará a la sociedad para entender y utilizar la IA?

Dilemas éticos, ¿Cómo se garantizará la autonomía de los pacientes en la toma de decisiones médicas?, ¿Cómo se evitarán los sesgos en los algoritmos de IA y se garantizará la equidad en la atención médica?, ¿Quién será responsable en caso de errores o daños

causados por la IA?, ¿Dejará de ser importante el componente humano y afectivo en los servicios de salud?

La aplicación de la IA en la medicina marca un nuevo paradigma en materia de salud, con grandes beneficios potenciales, pero también desafíos éticos y regulatorios que deben ser abordados. Implicará nuevos desafíos como la creación de nuevas categorías de análisis y la re categorización de otras como el nuevo rol de los médicos, la relación médico - paciente y el acceso equitativo a la inteligencia artificial, donde la filosofía de la salud tiene mucho que decir.

En todo lo que significa la relación entre la tecnología y la singularidad del ser humano, hay un debate en curso entre filósofos, éticos y profesionales de la salud. Algunos argumentan que la tecnología puede mejorar la atención médica y la salud, pero también puede llevar a una pérdida de la humanidad y la empatía en la relación médico-paciente.

Por singularidad tecnológica se entiende la posibilidad de que en el futuro la inteligencia artificial (IA) pueda superar la inteligencia humana, lo que podría llevar a cambios profundos en la sociedad y la medicina. En cuanto a si vamos en camino hacia la singularidad tecnológica en la medicina, la respuesta es compleja. Ya hay muchos avances en la IA y la medicina, y es probable que estos avances continúen en el futuro.

Sin embargo, también hay muchos desafíos y dilemas éticos que deben ser abordados antes de que podamos alcanzar la singularidad tecnológica en la medicina. Otro tema que va a estar en discusión, es lo que se conoce como libre albedrío que es un concepto que se ha vuelto cada vez más problemático en la era de la inteligencia artificial. La IA podría ser diseñada para tomar decisiones de manera autónoma, lo que plantea preguntas sobre la responsabilidad y la moralidad de los sistemas tecnológicos. Es importante que los profesionales de la salud, los científicos, los filósofos y los responsables políticos trabajen juntos para abordar estos desafíos y garantizar que los beneficios de la tecnología sean accesibles para todos.

Hay argumentos para pensar que la tecnología puede ser una herramienta valiosa para mejorar la salud y la atención médica, pero que debe ser utilizada de manera que respete la dignidad y la singularidad del ser humano. Es importante destacar que, aunque la IA ha demostrado ser capaz de realizar mejores diagnósticos que los médicos en algunas áreas, no se trata de reemplazar a los médicos, sino de complementar su trabajo

y mejorar la precisión y la eficiencia en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

Es interesante analizar las reflexiones de Luis Brusco, médico psiquiatra y filósofo argentino que ha escrito y reflexionado sobre la inteligencia artificial y la singularidad tecnológica en medicina. Sostiene que:

El real problema puede ser el momento de “la singularidad” (momento en el que la IA supere al humano), como advirtió, durante una entrevista en 2024 con la BBC, Stephen Hawking con una declaración terminal: “El desarrollo de la inteligencia artificial completa podría significar el fin de la especie humana”. La era de la tecnología y la IA nos ha llevado a un punto crítico en la evolución humana, donde la subjetividad y el libre albedrío se encuentran en un delicado equilibrio con los avances tecnológicos. Nuestra subjetividad, aquello que nos hace únicos, está cada vez más influenciada por factores externos como las redes sociales, la globalización y la tecnología. Esta invasión en nuestra individualidad plantea interrogantes sobre la autenticidad de nuestras experiencias y percepciones sensoriales.

Sin embargo, a pesar del riesgo y la incertidumbre mantiene una visión esperanzadora sobre la IA.

La invención de la imprenta, la máquina de vapor, la computación o la Internet no solo no nos afectó, sino que muchos plantean que aumentó nuestra cognición. Aunque la IA y la tecnología ofrecen avances sin precedentes, su influencia en la subjetividad humana, el libre albedrío y la cognición plantea serias preguntas sobre el futuro de nuestra evolución. La clave está en encontrar un equilibrio que preserve nuestra esencia humana mientras abrazamos los beneficios de estas innovaciones (Luis Brusco, 2024).

Brusco cree que la inteligencia artificial (IA) tiene un gran potencial para mejorar la salud, especialmente en áreas como el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades. Sin embargo, también destaca que la IA no debe reemplazar la relación médico-paciente, sino complementar. Es decir, que la IA puede cambiar la relación médico-paciente, pero no necesariamente de manera negativa. Destaca que la IA puede ayudar a los médicos a tomar decisiones más informadas y a mejorar la atención al paciente, pero también enfatiza la importancia de mantener la empatía y la comunicación efectiva en la relación médico-paciente.

Ve un futuro en el que la IA y la medicina se integren de manera más estrecha, lo que podría generar avances significativos en la salud y la calidad de vida de las personas, sin embargo enfatiza la importancia de considerar los aspectos éticos y responsabilidad en el desarrollo y uso de la IA en medicina. Destaca que los médicos y los desarrolladores

de IA deben trabajar juntos para asegurarse de que la tecnología se use de manera responsable y ética.

El debate sobre la relación entre la tecnología y la singularidad del ser humano en la medicina es complejo y está en curso. No hay una respuesta única o definitiva, pero es importante considerar los posibles impactos de la tecnología en la relación médico-paciente y en la salud en general (Luis Brusco, 2024).

Por último, señalar que el progreso en relación a la salud ha sido desigual y todo tiende a pensar que seguirá siendo así, por eso, debemos bregar por democratizar los beneficios de la ciencia y es ahí donde la filosofía de la salud debe asumir un papel proactivo en la construcción de un paradigma inclusivo y equilibrado que aborde tanto los logros como las limitaciones del progreso de la salud. No exagero si digo que el futuro es un mundo desconocido.

BIBLIOGRAFÍA:

- Deaton, Angus (2015) *El Gran Escape*. (FCE).
Dublín, Lotka y Spiegelman V (1985) *“La duración de la vida”*. Capítulos seleccionados de *Length of Life*. CEPAL.
Granjel, Luis (1980) *Historia de la Medicina en el Siglo XIX*. Akal.
Katherine Schaeffer (2024) “Se proyecta que la población centenaria de los Estados Unidos se cuadruplicara en los próximos 30 años”. Recueprado de: <https://www.pewresearch.org/short-reads/2024/01/09/us-centenarian-population-is-projected-to-quadruple-over-the-next>. Fecha de consulta: marzo 2025.
Kuhn, Thomas (1971) *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. (FCE).
Luis Ignacio Brusco (2024) *Homo IA. La subjetividad en jaque*. EDANA.
Max Roser, Recuperado de ourworldindata.org.
Organización Mundial de la Salud (2024) *Estadísticas Mundiales de la Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/data/gho/publications/world-health-statistics>.
Pinker, Steven (2018) *En defensa de la Ilustración*. Paidós.
Pinker, Steven (2012) *Los ángeles que llevamos dentro. El declive de la violencia y sus implicaciones*. Paidós.
Popper, Karl (1967) *Desarrollo del Conocimiento Científico*. Tecnos.
Porter, Roy (2024) *Breve Historia de la Medicina. De la Antigüedad hasta nuestros días*. Taurus.
Thomas McKeown (1990) *Los Orígenes de las Enfermedades Humanas*. Triacastela,

Sobre los autores

Gisela Ponce

Es especialista en Bioética y Profesora Universitaria en Filosofía. Doctoranda en Filosofía. Codirectora de la Especialización en Gestión y Dirección de Instituciones de Salud (Universidad Nacional del Comahue, UNCO). Directora de la Cátedra Libre de Filosofía de la Salud Ramón Carrillo (Universidad de San Isidro). Miembro de la Comisión de Ética y Evaluación de Protocolos en Salud Humana, Río Negro (2015-2024). Miembro del Comité de Ética de la Universidad Nacional de Río (UNRN). Dicta cursos de grado y posgrado. Profesora adjunta en las cátedras de Filosofía, Bioética (UNCO) y Ética y Filosofía del Derecho (UNRN). Autora y coautora de varios artículos.

Enrique Del Percio

Es doctor en filosofía jurídica, especialista en sociología de las instituciones y abogado. Es rector de la Universidad de San Isidro y profesor en la Universidad de Buenos Aires. Dicta habitualmente cursos de postgrado en prestigiosas universidades de América, Asia y Europa. Dirigió el doctorado en filosofía da la Universidad del Salvador / Colegio Máximo Jesuita. Investigador invitado en la Universidad de Londres y en el Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati (País Vasco) y de la Universidad Nacional de Tres de Febrero. Autor de numerosos libros y artículos traducidos a varios idiomas.

Daniel Roggero

Egresado en Derecho y Lic. en Comunicación Social y en Psicología Social. Profesor Titular en la Facultad de Psicopedagogía, Facultad de Medicina, Facultad de Administración de Empresas y en la Carrera de Posgrado de la Facultad de Medicina, a cargo de varias cátedra entre ellas: Deontología Médica y Ética Profesional. Ha realizado y dictado múltiples cursos, seminarios, coloquios, simposios, talleres, jornadas, conferencias y congresos a nivel nacional e internacional. Miembro del Panel Profesional Internacional para la Elección de Jueces de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Secretario académico de IIDOS OSDEPYN. Secretario de Relaciones Institucionales de la Fundación Estudios avanzados en la Salud Dr. Mario Bunge.

Facundo Rodriguez

Abogado. Especialista en Derecho de Seguros. Sub-Gerente General de la Obra Social de Empresarios Profesionales y Monotributistas –OSDEPYM. Integrante de la Comisión Legal de la Federación Argentina de Obras Sociales de Dirección. Vicepresidente del El Instituto de Investigación de Obras Sociales de OSDEPYM (IIDOS). Docente de la Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad, Universidad ISALUD. Director y Docente en la diplomatura en Sistemas de Decisión y Gestión Estratégica en Salud, Universidad de San Isidro. Es autor y coautor de varias publicaciones.

Franco Caviglia

Abogado. Mediador matriculado. Mediador en Ámbitos Comunitarios, Subsecretaria de Derechos Humanos - Ministerio del Interior. Fue Profesor de la Universidad de Buenos Aires, Cátedra de Victimología, Fue Diputado Nacional. Fue Vicepresidente Primero de la Comisión de Legislación Penal. Director de la Obra Social de Empresarios, Profesionales y Monotributistas. Presidente del Instituto de Investigación de Obras Sociales de Osdepym. Fue Asesor de la Presidencia de la Honorable Cámara de Diputados de la Nación. Cuenta con una gran trayectoria política e institucional. Presidente de la Fundación Estudios avanzados en la Salud Dr. Mario Bunge. Autor y coautor de varios artículos.