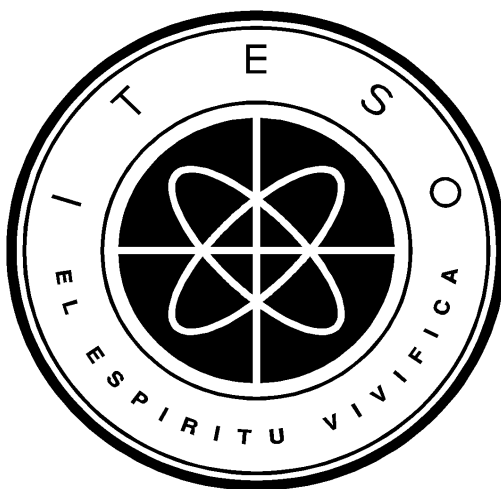


# **INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS SUPERIORES DE OCCIDENTE**

RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ OFICIAL, ACUERDO S.E.P. NO.  
15018 PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION  
EL 29 DE NOVIEMBRE DE 1976.

---



## **DEPARTAMENTO DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES MAESTRÍA EN FILOSOFÍA Y CIENCIAS SOCIALES**

**Una mirada reflexiva desde una base filosófica a las políticas y la  
“atención integral” frente a la epidemia de VIH y sida.**

---

TESIS PROFESIONAL PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
MAESTRO EN FILOSOFÍA Y CIENCIAS SOCIALES

PRESENTA:

MARCO HERNÁN QUEZADA GARCÍA

TLAQUEPAQUE, JALISCO A FEBRERO DEL 2010

# Índice

<b>Resumen</b> .....	4
<b>Introducción</b> .....	5
<b>Capítulo I. El Estado de la Cuestión. El VIH Y EL SIDA</b> .....	8
1.1. Una enfermedad nueva.....	10
1.2. Descripción clínica.....	11
1.3. El tratamiento a los portadores del VIH y SIDA.....	12
1.3.1 Tratamiento medicamentoso o antirretroviral de las personas con VIH.....	13
1.4. Situación mundial de la epidemia.....	14
1.5. El impacto.....	16
1.5.1. El impacto económico.....	17
1.5.2. Estigma y discriminación.....	19
<b>Capítulo II. Enfrentar al VIH y al sida. El Problema</b> .....	21
2.1. Los fondos y conceptos del modelo de atención integral.....	24
2.1.1. Enfermedad.....	25
2.1.2. Tratar la enfermedad.....	26
2.1.3. La “Atención Integral”.....	27
2.1.4. Las esferas somática, psicológica, espiritual y social.....	28
2.2. Prevenir una infección.....	34
2.3. Planteamiento del problema.....	36
<b>Capítulo III Elementos de la Filosofía sobre el ser humano de Xavier Zubiri para entender y atender al VIH y sida</b> .....	39
3.1. Unidad sustantiva.....	40
3.1.1. Sistema estructural de notas.....	40
3.1.2. Realidad sustantiva indivisible.....	42
3.1.3. El ser.....	46

3.1.4. Lo Humano.....	46
3.1.5. Con una inteligencia sentiente.....	47
3.2. Dimensiones del ser humano.....	49
3.2.1 ¿Qué es dimensión?.....	49
3.2.2. Dimensión Individual.....	52
3.2.2.1 Individualidad.....	53
3.2.3. La dimensión social .....	57
3.2.3.1 Versión a los demás.....	58
3.2.3.2. La convivencia.....	59
3.2.4. La dimensión histórica.....	64
3.2.4.1 historia.....	68
3.2.4.2. Dimensión histórica de la persona humana.....	70
<b>CAPITULO IV. Horizontes.....</b>	<b>75</b>
4.1 Atención Integral.....	77
4.2 De un problema biomédico a un problema social.....	79
4.2.1. Un problema de todos.....	81
4.2.2. Implicarse desde las posibilidades de cada quien.....	82
4.3. Horizonte multidisciplinario transversal.....	85
4.4. El tamaño de las acciones.....	87
4.5. Un horizonte antropológico distinto para la prevención.....	88
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>90</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>94</b>

## RESUMEN

En medio de los adelantos científico-técnicos, y la limitada eficacia de la respuesta al VIH y sida, urge reflexionar sobre qué de las acciones, las políticas públicas, las prácticas de atención, los conceptos que rigen nuestras prácticas frente al VIH y sida requieren de una actualización o ampliación.

Podemos suponer que un factor que limita la eficacia de los recursos es la concepción implícita de ser humano que fundamenta nuestra práctica y da origen a las políticas, acciones y a la atención misma del ser humano con VIH. Más adelante desarrollaré con mayor amplitud este punto.

En este trabajo hemos de analizar algunos conceptos básicos sobre el VIH, que denotan un pensamiento y una conciencia sobre el problema, para ello es importante recorrer un poco la historia del VIH y recoger algunos paradigmas sobre el problema. En todo lo anterior podremos encontrar rasgos de un concepto de ser humano que fundamenta nuestras acciones. No vamos a profundizar en las raíces filosóficas de esta antropología, que podría ser interesante, pero no será motivo de interés en este trabajo.

Partiendo de algunos conceptos de la filosofía sobre el ser humano de Xavier Zubiri, trataremos de reflexionar las acciones y la práctica frente al VIH y sida. Pretendemos un diálogo entre la realidad del VIH, nuestra práctica y estos nuevos conceptos del filósofo, que nos permiten mirar nuevos horizontes para reflexionar nuestra *praxis* frente al VIH y nos presentan nuevos retos para nuestras acciones y discusiones, que hagan más eficaz la respuesta mundial al VIH y sida.

Este trabajo ha surgido de mi experiencia médica de trabajo frente al VIH, de mi formación científico-filosófica y de mi *praxis* profesional. No es la reflexión de un filósofo, pero sí de un agente implicado en la respuesta al VIH, que desde una base filosófica intenta reflexionar la propia *praxis* y la realidad de vivir en un mundo con VIH.

## INTRODUCCION

Hace ya más de veinticinco años que el VIH apareció en nuestro mundo, cimbró los esquemas establecidos y ha significado un reto para la humanidad, un reto que aún no ha sido atendido en todo su impacto y que no ha sido frenado en su expansión en todas las regiones y grupos humanos, esto a pesar de la inversión de recursos humanos, económicos y los adelantos científicos, en especial de las ciencias biomédicas.

En medio de los adelantos científico-técnicos, y la limitada eficacia de la respuesta al VIH y sida, urge reflexionar sobre que de las acciones, las políticas públicas, las prácticas de atención, los conceptos que rigen nuestras prácticas frente al VIH y sida, requieren de una actualización, o ampliación. Podemos afirmar incluso que esta reflexión ha de alcanzar nuestra percepción sobre el mismo ser humano, pues éste es el sujeto directamente implicado en el problema.

Muchos de los paradigmas que han sostenido nuestro discurso y nuestra praxis parecen hoy insuficientes, podríamos hablar de una crisis de *saberes*, de reflexiones, nuestra praxis corre el riesgo de que sin reflexión se convierta en una praxis estéril, requerimos de una actualización constante, acorde a los contextos culturales, geográficos, políticos y humanos.

Este trabajo ha surgido de mi experiencia médica de trabajo frente al VIH, de mi formación científico-filosófica y de mi praxis profesional. No es la reflexión de un filósofo, pero sí de un agente implicado en la respuesta al VIH, que desde una base filosófica intenta reflexionar la propia praxis y la realidad de vivir en un mundo con VIH.

Trabajar desde hace varios años de manera cercana a la realidad del VIH y sida, ha cuestionado mi praxis médica, mi manera de entenderme médico, prestador de servicios y atención a los otros, pero sobre todo cuestiona mi propio concepto de ser humano, propio y ajeno, que resulta ser referente en la construcción de relaciones con los otros. Esto al enfrentarme a una situación que rebaza lo solo referente a una enfermedad. Atender y acompañar a las personas que viven con VIH nos acerca a realidades humanas complejas, como el miedo, que genera estigma y discriminación, y a aquello que tiene que ver con la vulnerabilidad que facilitó la infección, factores humanos, sociales e incluso económicos.

En mi trayectoria de trabajo en el campo del VIH, desde la sociedad civil, instancias del Estado, de la Iglesia y del mundo académico, puedo suponer que un factor que limita la eficacia de los recursos es la concepción implícita de ser humano que fundamenta nuestra práctica y da origen a las políticas, acciones y a la atención misma del ser humano con VIH. Más adelante desarrollaré con mayor amplitud este punto.

En este trabajo hemos de analizar algunos conceptos básicos sobre el VIH, que denotan un pensamiento y una conciencia sobre el problema, para ello es importante recorrer un poco la historia del VIH y recoger algunos paradigmas sobre el problema. En todo lo anterior podremos encontrar rasgos de un concepto de ser humano que fundamenta nuestras acciones. No vamos a profundizar en las raíces filosóficas de esta antropología, que podría ser interesante, pero no será motivo de interés en este trabajo. En esta concepción antropológica encontramos el planteamiento del problema.

El aporte filosófico de Xavier Zubiri, es tan rico como amplio, y por ello solamente recogemos de su aporte lo que él ha llamado su “Filosofía sobre el hombre”, que por motivos de inclusión de género, nos referiremos como “Filosofía sobre el ser humano”. Por este mismo motivo en todo el trabajo, se ha de entender que hemos tratado de utilizar un lenguaje inclusivo, refiriéndonos siempre al ser humano, incluyendo ahí a los hombres y las mujeres.

Partiendo de algunos conceptos de la filosofía sobre el ser humano de Xavier Zubiri, trataremos de reflexionar las acciones y la práctica frente al VIH y sida. Pretendemos un diálogo entre la realidad del VIH, nuestra práctica y estos nuevos conceptos de filósofo, que nos permiten mirar nuevos horizontes para reflexionar nuestra *praxis* frente al VIH y nos presentan nuevos retos para nuestras acciones y discusiones, que hagan más eficaz la respuesta mundial al VIH y sida.

Queda abierto el dialogo y la profundización en la reflexión desde las distintas disciplinas y agentes implicados en la respuesta al VIH y sida.

EL ESTADO DE LA CUESTIÓN

*EL VIH Y EL SIDA*

I

“Este año se cumple un cuarto de siglo desde que se notificaron los primeros casos de SIDA. En ese tiempo, el SIDA ha cambiado de forma significativa nuestro mundo: se ha cobrado la vida de más de 25 millones de varones y mujeres, ha dejado huérfanos a millones de niños, ha exacerbado las situaciones de pobreza y hambre y, en algunos países, incluso ha hecho retroceder el desarrollo humano en general. En la actualidad hay cerca de 40 millones de personas que viven con el VIH, y la mitad de ellas son mujeres. Lo que al principio eran unos pocos casos notificados de una enfermedad misteriosa, ahora es una pandemia que representa una de las mayores amenazas para el progreso mundial en el siglo XXI”.

Kofi A. Annan, Secretario General de las Naciones Unidas  
(UNAIDS, 2006)

En 1981 un grupo de científicos en los Estados Unidos de Norteamérica describieron evidencias de una enfermedad nueva, que más tarde recibiría el nombre de Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida).

El sida presentó un desarrollo muy acelerado, y hoy, 25 años después de su descripción, se localiza prácticamente en todo el mundo. Su comportamiento dista de tener un patrón único, al contrario, varía de región en región, y de grupo humano en grupo humano.

Los alcances de la epidemia de sida superan los de cualquier otra enfermedad, su universalidad, sus múltiples manifestaciones y la amplia variedad de aspectos que afectan a la sociedad y a los portadores la colocan como uno de los mayores retos para la humanidad.

En el presente capítulo mostraremos la información general y básica sobre el sida, iniciamos con un acercamiento biomédico del problema, un reto que ha mantenido a la humanidad en búsquedas en los últimos 25 años.

La información nos permitirá contextualizarnos rumbo al planteamiento del problema que abordaremos en este trabajo.

## **1.1 Una enfermedad nueva**

En junio de 1981, en los Ángeles California, apareció la noticia del registro de cinco casos a partir de octubre de 1980, de *neumocistis carini* en varones sanos homosexuales, que presentaban una importante inmunosupresión. Un mes después, aparece un nuevo boletín que anunciaba un incremento en la incidencia de *sarcoma de Kaposi*, en hombres jóvenes homosexuales, que también presentaban inmunosupresión. Las primeras hipótesis relacionaron este nuevo mal con la homosexualidad exclusivamente.

Para comienzos de 1982, los casos rebasaban los 200. Se presentaron también casos de heterosexuales, usuarios de drogas intravenosas e inmigrantes haitianos. Se comenzó a postular una hipótesis de la existencia de un nuevo agente causal, quizá un virus que producía una inmunodeficiencia. La prueba definitiva confirmatoria de esta hipótesis llegó en el verano de 1982. Se detectaron los primeros hemofílicos infectados a través de los productos sanguíneos filtrados que debían emplear en el tratamiento de su enfermedad. En esas mismas fechas, las investigaciones del Centro para el Control de la Enfermedad (CDC) de Atlanta, el *National Institute of Health* (NIH) de Bethesda (Estados Unidos), el *Institut Pasteur* de París y la Organización Mundial de la Salud (OMS) permitieron localizar las cabezas de puente de la nueva enfermedad en todos los continentes. Fue entonces cuando el nuevo fenómeno patológico comenzó a conocerse por la expresión *Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)*, que el boletín epidemiológico de los CDC utilizó a partir de septiembre de 1982. Los CDC definían entonces un caso de AIDS (SIDA en la mayoría de las lenguas latinas) como "*una enfermedad al menos moderadamente predictiva de un defecto de la*

*inmunidad celular, que incide en una persona sin causa conocida para presentar una disminución de la resistencia a tal enfermedad". (Dolmen Ediciones, 2001)*

A finales de 1982, la prensa de masas en los Estados Unidos de Norteamérica se ocupaba de divulgar la nueva enfermedad, en un contexto de incertidumbre y miedo que recorrió al mundo y generó reacciones sociales teñidas de temor debido a la inexactitud de la información, la distorsión de los hechos y la ignorancia.

Para 1982, se caracterizó al Síndrome de la Inmunodeficiencia Humana como un conjunto de problemas biomédicos, abierto a una resolución bioquímica a través de fármacos y vacunas.

Los orígenes del SIDA son inciertos, se han presentado múltiples hipótesis, pero hasta el día de hoy, ninguna de éstas ha sido corroborada. Por lo tanto, no abundaremos sobre este tema en este trabajo.

## **1.2. Descripción clínica**

En mayo de 1983, Luc Montagnier informó que había aislado el virus del sida. Este nuevo virus recibió el nombre de: Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El VIH Pertenece a la familia *Retroviridae* y contiene material genético de tipo ácido ribonucleico (RNA). Este virus destruye lentamente el sistema inmunitario del humano, principalmente los linfocitos ayudadores, los cuales poseen el receptor llamado "CD4" al cual se une el virus, destruyendo estas células y causando un grave daño en las funciones de la inmunidad celular y el control de la inmunidad humoral, provoca de esta manera la vulnerabilidad a múltiples infecciones y enfermedades oportunistas.

El único huésped del VIH es el ser humano, aunque se ha identificado al chimpancé, *Pantroglodytes troglodytes*, como reservorio del VIH-1. El VIH puede presentarse en personas de cualquier sexo, edad, raza, nacionalidad, posición

socioeconómica o ideología de cualquier país o región del mundo. (Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y prevención, 2004)

Durante la etapa de infección del virus y los años posteriores a este suceso, la persona infectada puede cursar asintomática. Gracias al desarrollo de los fármacos antirretrovirales, hoy el número de años incluidos en el periodo asintomático ha aumentado, no podemos precisar con exactitud la duración de este periodo.

Cuando el VIH aumenta su cantidad en sangre, y se manifiesta la inmunosupresión, con la presencia de enfermedades oportunistas y los primeros signos y síntomas de enfermedad, podemos referirnos entonces a las personas con VIH, como enfermos de SIDA.

Por todo lo anterior, habremos de referirnos a dos conceptos: el VIH y el SIDA, pues aunque ambos están íntimamente relacionados, demandan acciones diferenciadas para su atención.

No vamos a profundizar en descripciones biomédicas del problema, pero si es importante señalar, que las vías de transmisión del VIH son: Perinatal (madre-hijo), sanguínea y sexual; ésta última es la de mayor incidencia, por ello el VIH es catalogado como una enfermedad de transmisión sexual.

### **1.3. El tratamiento a los portadores del VIH y SIDA.**

Hasta este momento no existe una opción terapéutica para desaparecer el VIH del ser humano. Los tratamientos actuales contribuyen a mejorar la calidad y prolongar la vida de las personas con VIH.

Dentro de las estrategias de tratamientos, existe el llamado tratamiento medicamentoso antirretroviral, enmarcado en lo que se ha llamado “Atención integral” que contiene las acciones de diversas disciplinas dirigidas a la atención del ser humano.

### *1.3.1 Tratamiento medicamentoso o antirretroviral de las personas con VIH.*

Se han desarrollado estudios científicos dirigidos a la búsqueda de nuevas posibilidades de tratamiento farmacológico para prolongar y aumentar la calidad de vida de las personas con el VIH, como lo hemos mencionado antes. Básicamente se buscan tratamientos que limiten la infección, e incluso la reduzcan, y otros que ayuden al combate de las infecciones oportunistas.

La esperanza de vida de una persona con VIH al inicio de la epidemia era muy limitada, se consideraba el diagnóstico positivo ante la presencia del VIH en la sangre, como una sentencia de muerte, hasta que se desarrolló una generación de medicamentos llamados antirretrovirales que impiden la replicación del virus del sida y ofrecen a las personas portadoras del virus, mayores posibilidades de vida.

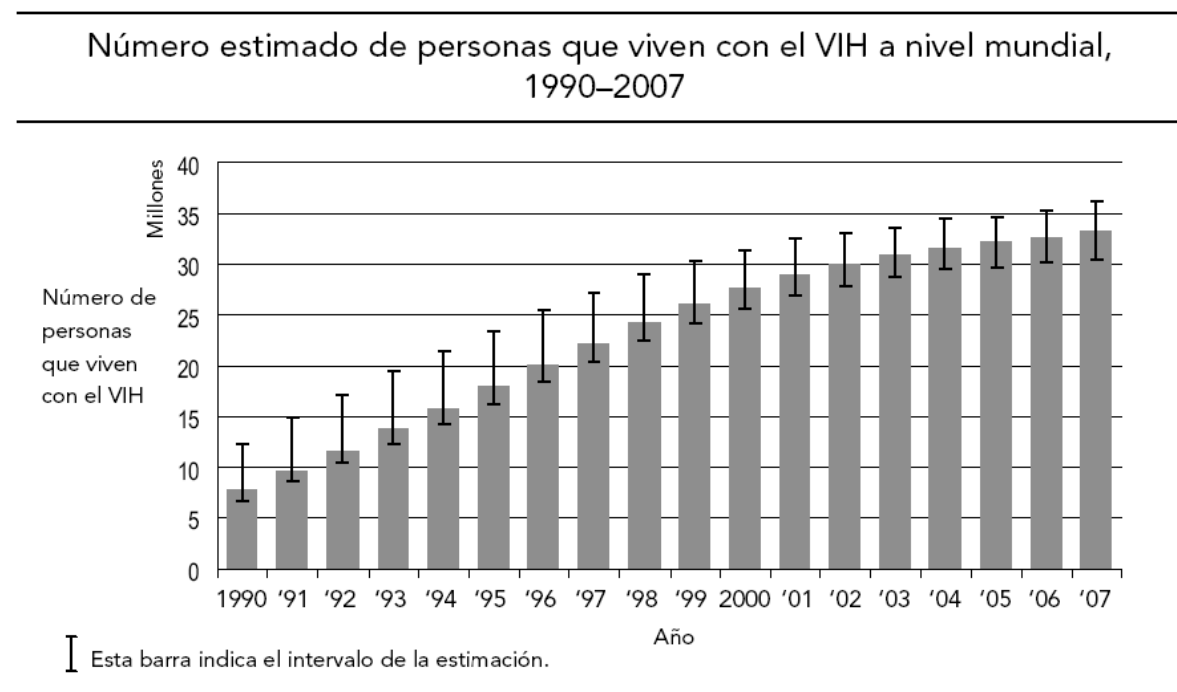
“Los nuevos medicamentos para el tratamiento del VIH/sida, denominados Medicamentos Antirretrovirales Altamente Activos (TARGA), han supuesto una auténtica revolución en el curso de la enfermedad y constituyen una de las mayores aportaciones humanas y sociales de la investigación farmacéutica. Los medicamentos antirretrovirales —básicamente inhibidores de la transcriptasa inversa (ITI) análogos de los nucleósidos, inhibidores de la proteasa (IP) e inhibidores de la transcriptasa inversa no análogos de los nucleósidos— tienen el objetivo de reducir la carga viral del paciente e impedir la replicación del virus y aumentar el recuento de linfocitos CD4+ para conseguir, en la medida de lo posible, una restauración del sistema inmunológico del paciente, todo ello con los menores efectos adversos.” (Badía, 2004)

Los primeros medicamentos antirretrovirales vinieron a cambiar la percepción de la enfermedad al aumentar la esperanza de vida, pero para la gran mayoría de personas que los requieren, estos medicamentos resultan inaccesibles debido a sus altos costos, especialmente en los países subdesarrollados. La mayoría de las personas en los países pobres del mundo no tienen acceso al tratamiento antirretroviral.

En muchos Estados se ha intentado proveer de medicamentos a la población afectada por la epidemia, lo cual ha resultado imposible por el costo de los fármacos, y la falta de estrategias e interés de algunos gobiernos. (Secretaría de Salud, Gobierno de la República Mexicana, 2003)

#### 1.4. Situación mundial de la epidemia

Desde la aparición de los primeros casos de sida, y el aislamiento del VIH se han empleado recursos humanos, científico-tecnológicos y económicos para tratar de detener su trayectoria en aumento. Los recursos no han sido suficientes ni totalmente efectivos, el VIH sigue propagándose en el mundo, como lo podemos ver en la siguiente grafica 1, tomada del Informe 2007 del Programa de las Naciones Unidas para el Control y Prevención del VIH y sida (ONUSIDA).



Grafica 1. Informe 2007, ONUSIDA

Según el informe presentado por ONUSIDA para el 2009, desde el inicio de la epidemia 60 millones de personas se han infectado con el VIH, y 25 millones han fallecido por causas relacionadas con el VIH. En 2008 había alrededor de 33 millones de personas que vivían con VIH, y se produjeron 2,7 millones de nuevas infecciones y 2 millones de defunciones relacionadas con el VIH.

Los jóvenes representan alrededor del 40% de todas las nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial. África subsahariana es la región más afectada y alberga al 67% de todas las nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial, y en esta región, la epidemia ha dejado huérfanos a más de 14 millones de niños y niñas. (ONUSIDA, Situación de la epidemia del sida 2009)

América Latina y el Caribe no son una excepción a las tendencias mundiales de la epidemia de sida, según el citado informe del ONUSIDA para diciembre del 2009, 2 millones de personas viven con VIH en nuestra región, se presentaron 170,000 nuevas infecciones y murieron 77,000 personas por sida en este año. Se ha reportado una prevalencia del 1.0% en el Caribe.

La epidemia muestra el peor escenario mundial en el continente africano, con 22.5 millones de personas con VIH, y con una prevalencia en adultos del 5,2 %. (ONUSIDA, Situación de la epidemia del sida 2009)

La epidemia no ha sido controlada, sobre todo en los países pobres, como es el caso de muchos países en África, Asia, América Latina y el Caribe. En Honduras, se estima que 1.5% de la población en general vive con VIH, y el sida es la principal causa de muerte en la mujeres del país. Con este dato, hemos de señalar que las últimas encuestas señalan un impacto importante en las mujeres, especialmente en África subsahariana. (UNAIDS, 2006)

La aparición de los medicamentos antirretrovirales como ya hemos mencionado, vino a ampliar las posibilidades de vida, pero no para todos en los países pobres del mundo. Entre 2001 y 2005, el número de personas que reciben tratamiento antirretrovirico en el mundo aumentó hasta alcanzar casi el 50% de cobertura mundial según el informe 2006 de la Organización Mundial de la Salud y el ONUSIDA. (UNAIDS, 2006) Pero hemos de señalar que este incremento se observó solamente en algunas regiones, especialmente en los países

desarrollados y África, pero no fue así en el resto de los países pobres, en donde las políticas en VIH y sida resultan aún e insuficientes.

La situación de la epidemia en el continente africano es la más polarizada y grave en el mundo, como se puede apreciar en las cifras y en la descripciones de esta realidad, pero la presencia del sida está también presente en el resto de los continentes, como América y Asia, continentes que comparten con África condiciones de extrema pobreza y desigualdad en el acceso a servicios y derechos fundamentales.

El mapa de prevalencia del SIDA a nivel mundial, coincide con el mapa de pobreza y desigualdad, no sólo en regiones geográficas, sino también en grupos marginados con condiciones de vulnerabilidad; podemos señalar en estos grupos las poblaciones móviles, a consecuencia de las guerras o la migración económica forzada, como es el caso del flujo migratorio de mexicanos a los Estados Unidos de Norteamérica. Estos datos, y la historia de la epidemia en África nos hacen vislumbrar en el mediano plazo, si no generamos respuestas adecuadas a las circunstancias, una situación como la africana en otras regiones del mundo, que rebasará posibilidades de atender los retos planteados por la epidemia en estos continentes y acentuará la pobreza y la desigualdad.

### **1.5. El impacto.**

“No sabemos cuál será la intensidad del impacto de la tercera y cuarta oleadas, y no está claro si esta pandemia es lineal y si el SIDA representa una amenaza única... Por ejemplo, ¿cuál es el probable daño a largo plazo —social, económico, psicológico— causado por la orfandad de millones de niños? Lo que sí sabemos es que los efectos seguirán notándose durante años y que la situación empeorará significativamente antes de que empiece a mejorar”.  
(UNAIDS, 2006)

La epidemia del VIH supera la descripción de una enfermedad, entendida ésta desde la sola descripción biomédica, y que por tanto podría ser enfrentada con acciones epidemiológicas o sanitarias. Estamos en verdad frente a un problema de salud, que tiene un impacto clínico, pero dadas sus características, este impacto es también social.

Hemos comentado antes que la pobreza genera condiciones para el incremento de nuevas infecciones, limita el acceso a tratamientos y promueve un clima de discriminación en grupos ya de por sí marginados y discriminados antes de la infección por VIH. La presencia del VIH provoca mayor pobreza, pues su presencia afecta principalmente a las generaciones económicamente productivas, aumenta la demanda de servicios de salud, ya de por sí insuficientes en los contextos antes mencionados, y que resultan mucho más ineficiente y costosos frente al VIH. Así pues el VIH genera un círculo de “*pobreza-VIH-pobreza*”, esta es una dinámica muy difícil de romper.

El VIH y el sida se presentan como una consecuencia de la confluencia de muchos factores, económicos, culturales y hasta psicológicos, que conforman un caldo de cultivo para la infección. A su vez, el impacto de la infección no sólo queda en el campo de lo clínico, sino que se manifiesta y afecta el campo de lo social, donde hay pobreza y aparece el sida, ésta se ve exacerbada, ya lo hemos subrayado antes; la desigualdad aumenta, las violaciones a los derechos humanos se incrementan, el costo de las acciones sanitarias se elevan y disminuye la esperanza de vida; enfrentamos incluso problemas culturales, cómo sería el caso de algunas comunidades en África, en las que los jefes de familia como consecuencia del sida, son niños de trece años de edad que no reciben de sus progenitores tradiciones y valores culturales.

#### *1.5.1. El impacto económico.*

Los países con ingreso más alto gastan más en tratamiento que los países de ingreso bajo. En un país típico, el costo del tratamiento de un solo enfermo de sida durante un año es alrededor de 2,7 veces el producto nacional bruto per

cápita. En general, el costo del tratamiento de sida es más del costo anual de la educación de diez estudiantes de escuela primaria.

Los últimos estudios publicados sobre el impacto económico de la epidemia, sugerían que ésta, tendría una incidencia de un 3 por ciento al 1.5 por ciento anual en el Producto Interno Bruto de los países africanos. El Banco Mundial publicó su estudio denominado: *Los costos económicos del sida en el largo plazo* que presenta un panorama más atroz, ya que incluye otra serie de implicaciones sociales y económicas de la epidemia:

“Las estimaciones precedentes no tomaban en cuenta el impacto del SIDA en los niños si muere uno de sus padres: cómo entonces corre el riesgo de tener que abandonar la escuela y cómo, de esa manera, la enfermedad debilita las capacidades de una generación de transmitir los saberes a la siguiente generación.

Si no se hace nada para evitar la propagación del sida, entonces países como Sudáfrica, con ese nivel de epidemia, podrían sufrir un declive de 50 por ciento en el PBI per cápita en tres generaciones, en unos 90 años.

El SIDA provoca tres importantes efectos, según el estudio. Afecta y mata a los adultos jóvenes, lo cual destruye los conocimientos que ellos acumularon desde su nacimiento y que podrían ser puestos al servicio del crecimiento económico. Pero el SIDA ‘priva asimismo a sus hijos de lo que necesitarían para transformarse en adultos económicamente productivos: la atención de sus padres, el saber y la capacidad de financiar su educación’.

Por último, el riesgo de que los niños se contagien a su vez de SIDA hace menos atractivo invertir en su educación, según el estudio” (Shantayanan, 2003)

Estos datos y el informe del Banco Mundial nos presentan al sida como un problema social y económico que está ocupando la atención de los órganos de la economía mundial.

### 1.5.2. Estigma y discriminación

Como señala en sus trabajos de investigación, el Dr. Hernández Rosete, el sida en sus orígenes históricos se presentó en dos arquetipos con los que el mundo occidental ha representado la maldad: la negritud y la homosexualidad, y de esta manera el SIDA nace en grupos de por sí marginados y estigmatizados, adquiere como una nota propia el estigma y el rechazo social (Hernández Rosete, 2005). Por otra parte, los medios de comunicación, el desconocimiento social y científico ante esta nueva enfermedad, y la falta del conocimiento de las vías de transmisión al inicio de la epidemia, provocaron miedo en la sociedad, se generaron actitudes discriminatorias que llevaron y llevan aún en muchas regiones del mundo a marginar a las personas con VIH.

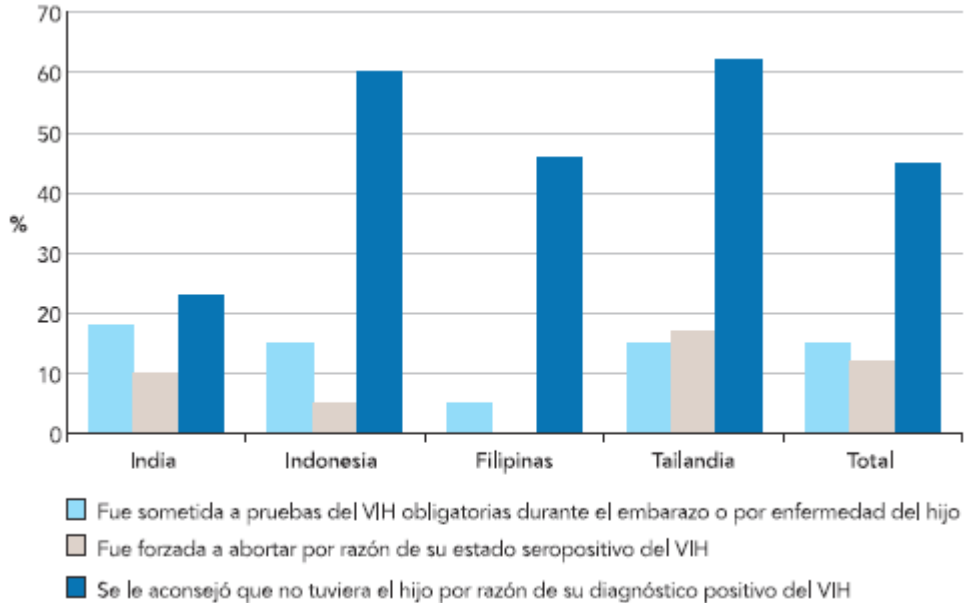
En nuestro contexto latinoamericano, el tema sexualidad es aún considerado un tema “incomodo”, o socialmente incorrecto de tratar. La práctica sexual se enmarca en un bajo nivel de educación sexual y formación humana en un sector importante de la población, especialmente los jóvenes. A pesar de tener más claridades que dudas, la información no ha llegado a todos los grupos humanos, la educación sexual y los temas relacionados a ésta son insuficientes, y se manifiesta en la estigmatización de las personas con VIH, que se traduce en prácticas discriminatorias en distintos ámbitos sociales, como el laboral y el del acceso a la salud, entre otros. (Santillan, 2003)

Un ejemplo de discriminación lo tenemos en las mujeres embarazadas con VIH, según el informe de ONUSIDA del 2006, muchas de ellas se ven presionadas para abortar a su producto. (Grafica 2).

El estigma y la discriminación son factores que limitan en mayor escala la atención a las personas con VIH, y dificultan también el desarrollo y eficacia de políticas y acciones encaminadas a frenar la epidemia.

El impacto global de la epidemia, no ha alcanzado su nivel máximo, su pico máximo y todo el impacto se dejará sentir en la segunda mitad del siglo XXI, dice

el informe 2006 de ONUSIDA. Las proyecciones actuales, indican que la población en los 60 países más afectados, será 115 millones menos de personas para el 2015 que si no hubiera existido el sida. (UNAIDS, 2006) El panorama mundial ha urgido movilizaciones y acciones para responder al VIH y SIDA en nuestro mundo, en la búsqueda de brindar atención a las personas que viven con VIH y SIDA, y sobre todo, detener o revertir la epidemia.



Fuente: Paston S et al (2005). AIDS-related discrimination in Asia.

Grafica 2. Violaciones de derechos; mujeres encuestadas en cuatro países asiáticos.

II  
Enfrentar al VIH y al SIDA  
El problema

El panorama presentado en el capítulo anterior, nos deja ver que la epidemia de VIH no ha podido ser controlada. No podemos afirmar categóricamente que las acciones mundiales han fracasado. Sin estas acciones la situación mundial sería una catástrofe de mucho mayor envergadura. Pero tampoco podríamos señalar que estos esfuerzos han sido exitosos, al percatarnos del crecimiento de la epidemia, de casi diez millones de nuevos casos aproximadamente cada cinco años, que provoca una curva a la alza, y que apenas esboza pequeñas señales de detenerse o revertirse.

En algunas regiones o países la epidemia de VIH parece entrar en una fase de meseta, como es el caso de Uganda, en África, en donde el gobierno afirma que la epidemia ha sido controlada. Este es un caso controvertido; sin entrar en una discusión que no responde al interés de este trabajo, podemos señalar que mientras en algunas regiones la epidemia pudiera estar en una etapa poco menos agresiva, en otras regiones, como Asia, América latina o Europa Oriental, el VIH y el sida se presentan con fuerza en nuevas poblaciones o regiones, como sería el caso de la “ruralización” de la epidemia en México, mostrando el incremento de la vulnerabilidad a la infección en las mujeres en estas zonas, ya desde 1995. (Zolezzi, 1995)

A nivel mundial se han desarrollado esfuerzos de Estados, de organizaciones internacionales, de la sociedad civil organizada y de organizaciones basadas en la fe (OBF) para hacer frente a las demandas de la epidemia. Se han empleado sumas monetarias cuantiosas y generado acciones locales y mundiales en la búsqueda de frenar la epidemia y atender su impacto; la mayoría de éstas acciones y los recursos se han dirigido a la atención de las urgencias provocadas por el impacto del VIH: Abastecimiento de medicamentos antirretrovirales, atención terapéutica y cuidados asistenciales. Solamente el 2,67% de los recursos mundiales son destinados a la prevención (Moreno, 2006). En México de un presupuesto total de \$360,280,988 pesos, en el año 2005, \$309,315,818 pesos fueron destinados a la compra de medicamentos Antirretrovirales para tratar el VIH y sida, y solamente \$9,626,487 pesos, fueron proyectados para la prevención. (Hofbauer, 2004). Lo anterior lo debemos

contextualizar en el alto costo de los medicamentos ARV, debido principalmente al pago de patentes a las transnacionales farmacéuticas.

Así pues, la inversión en el desarrollo de estrategias y programas preventivos dirigidos a evitar la infección y el diagnóstico temprano, en la búsqueda de disminuir el impacto de la infección ha sido considerablemente menor.

En el año 2001, los gobiernos del mundo se reunieron para plantearse los llamados “Objetivos de Desarrollo del Milenio”(ODM), entre los que se encuentra, enunciado como parte de estos objetivos frenar la epidemia del sida y dar marcha atrás para el año 2015. Después de 25 años de epidemia, hoy se contempla ésta no sólo como parte de los objetivos del milenio, sino como una emergencia importante de salud con graves efectos sobre el desarrollo humano, y por tanto un obstáculo para el cumplimiento de los ODM, en especial los relacionados con la reducción de la pobreza, el acceso universal a la educación primaria, la igualdad entre los sexos, la reducción de la mortalidad infantil y la mejora de la salud maternal.

Se han enumerado distintos factores que limitan el impacto de las acciones mundiales para detener la epidemia y mejorar la atención a los enfermos de sida. Uno de los factores señalados, es su clara interacción con la pobreza y la desigualdad. Todavía no se comprende plenamente el impacto de la epidemia, considera el informe 2006 de ONUSIDA, en particular cuando se consideran los efectos a largo plazo.

En este capítulo hablaremos de las acciones que se han desarrollado y se desarrollan para enfrentar y atender al VIH y al SIDA, señalando en éstas las concepciones básicas que les determinan, para de esta manera concluir el planteamiento del problema, que es objeto señalar y atender en este trabajo.

## **2.1. Los fondos y conceptos del modelo de atención integral.**

En el mundo se ha instituido un sistema dominante de conceptos y estrategias, que contienen un lenguaje oficial y específico con el que se describe y se enfrenta al problema. Se han elaborado estrategias de atención a las personas con VIH y enfermas de sida, denominadas “atención integral”, contenidas éstas, en el marco amplio de las acciones mundiales para enfrentar a la epidemia y responder a los retos que esta realidad nos plantea. El concepto “atención integral” es motivo de nuestro interés, pues delimita muchas de las acciones y políticas frente a la atención de las personas que viven con VIH y sus familias, y por supuesto, de las políticas públicas frente al VIH y sida.

A nivel mundial existen instituciones que desarrollan, promueven y rigen las políticas internacionales de salud en referencia a la epidemia de VIH y el sida, como es el caso de UNAIDS, (*United Nations Programme on HIV/AIDS*) el programa específico para el VIH y sida de las Naciones Unidas.

Cada Estado ha implementado programas nacionales y estatales para afrontar la epidemia. En México existe el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (CONASIDA) que surge como un órgano dependiente de la Secretaría de Salud.

En México se desarrolló una Norma Oficial Mexicana que contiene las disposiciones para afrontar la epidemia, señalaremos algunas de éstas:

“1.1. Las disposiciones de esta Norma Oficial Mexicana son de orden público e interés social, y tienen por objeto uniformar los principios y criterios de operación de los componentes del Sistema Nacional de Salud, respecto de las actividades relacionadas con la prevención y control de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en virtud de que constituye, por su magnitud y trascendencia, un grave problema de salud pública.

1.2. Esta Norma es de observancia obligatoria en todos los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado del país.

1.3. La vigilancia de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de los Estados en el ámbito de sus respectivas competencias.” (Gobierno de la Nación, 1995)

Podemos observar en las líneas anteriores que el organismo destinado al control de la epidemia en México, es una instancia dependiente de la Secretaría de Salud del gobierno Mexicano. Esto coloca a la epidemia en el marco del desarrollo e implementación de políticas, principalmente como una enfermedad infecciosa que es atendida y enfrentada como problema biomédico; esta visión podría contribuir a disminuir el impacto de las acciones de atención y enfrentamiento, al igual que algunas políticas mundiales y nacionales que se dirigen a enfrentar el problema desde una visión biomédica del sida.

#### *2.1.1. Enfermedad.*

Hemos comentado en el apartado anterior, que el VIH y sida es enfrentado en muchos programas desde el apartado de salud. Por ello es importante considerar el concepto de enfermedad que está presente en nuestros sistemas de salud, y que enmarca las acciones.

Existen dos conceptos de enfermedad que han prevalecieron desde el siglo XIX en el mundo occidental:

*El concepto ontológico de enfermedad*, postula la existencia de entidades patológicas bien definidas, reconocibles por la presencia de signos y síntomas característicos. En una forma más exagerada, el concepto de enfermedad afirma que ésta tiene una existencia distinta a la del organismo donde se encuentra, por lo que se considera algo que penetra en un organismo sano y lo habita, y lo transforma en un organismo enfermo.

Por otro lado, *el concepto fisiológico de enfermedad* sostiene que la enfermedad es solamente la manifestación de procesos funcionales alterados, y que no posee una existencia independiente o separada del organismo, la enfermedad es la vida en condiciones anormales. (Perez Tamayo, 1988)

Los conceptos anteriores, se comportaron como antítesis el uno del otro, pero debido al aumento de información médica en especial de la microbiología, que desveló la existencia de enfermedades que no requieren de la presencia de agentes externos, sino que tienen su origen en alteraciones de la fisiología humana, poco a poco se fueron acercando entre sí.

La concepción ontológica del sida como enfermedad, está esbozada en el primer concepto, pues al tratarse de un síndrome adquirido, éste tiene su origen en la entrada al cuerpo humano del VIH. Es la entrada de un agente patógeno causal, en el organismo sano transformando a éste, en un organismo enfermo. Volveremos a esta concepción más adelante.

Dentro de las discusiones contemporáneas de enfermedad encontramos el *concepto biomédico* que afirma que la enfermedad es un tipo de estado interno que disminuye la salud, o sea, que reduce una o más capacidades funcionales por debajo de la eficiencia típica; la enfermedad, indica desviaciones de lo normal. (Perez Tamayo, 1988)

### *2.1.2. Tratar la enfermedad*

Resulta difícil establecer un concepto único de enfermedad, pero podemos afirmar que la práctica de la medicina moderna descansa en el análisis de problemas por medio de disciplinas enmarcadas en una línea mecanicista o que atiende únicamente la “no función” de un proceso fisiológico, tratándose éste, de una falla del mecanismo, no influenciada por factores circundantes; y que pueden tener su causa en un agente externo, en este caso, el VIH, sin contemplar los contextos que en que se da la infección.

Ante la enfermedad, se diseñan acciones que implican o se sustentan en una concepción de ser humano, una antropología. En la práctica clínica actual la atención del ser humano enfermo, contempla una visión más abarcadora de la realidad del ser humano, diferentes esferas que le constituyen. A este sistema de atención se le ha llamado: “atención integral”.

### 2.1.3. La “Atención Integral”

El término “Atención Integral” es muy utilizado en torno al VIH y sida, pero aún falta más reflexión sobre su contenido y sus implicaciones; es importante por ello detenernos en este término tan utilizado en las políticas y acciones frente a la epidemia.

El término “atención integral” ha sido sobre todo, sinónimo de la atención médica terapéutica, que depende principalmente de los agentes de la salud, y que contempla en este deseo de “atención integral” unas “dimensiones” del ser humano, a las que nos referiremos en este trabajo como *esferas: psíquica, espiritual, corporal y social*. Estas *esferas*, desde esta visión, son constitutivas de la totalidad del ser humano, son atendidas por profesionales de distintas disciplinas, pero por referencia o derivación de los profesionales médicos. Predomina en esta atención, la acción terapéutica curativa de la práctica médica. En las líneas siguientes, podemos encontrar un ejemplo de esta visión de la “atención integral”:

“La atención integral a las personas que viven con VIH/SIDA implica contar con la infraestructura y los recursos necesarios para ofrecer servicios de detección, consejería y atención médica de calidad, incluyendo el acceso a las pruebas de laboratorio y los medicamentos necesarios. En México actualmente se ofrece atención integral a través de servicios especializados para el VIH/SIDA en todo el país y la cobertura con medicamentos antirretrovirales gratuitos a las personas con SIDA que requieren de tratamiento es de 85%.” (Frenk, 2001)

Otro ejemplo de esto es lo que la asamblea de Costa Rica legisló en torno a lo que se considera el derecho a la “atención integral”:

“Artículo 7.- Derecho a la atención integral en salud.

Todo portador del VIH-Sida tiene derecho a asistencia médico-quirúrgica, psicológica y de consejería; además, a todo tratamiento que le garantice

aminorar su padecimiento y aliviar, en la medida de lo posible, las complicaciones originadas por la enfermedad.

Para lo anterior, la Caja Costarricense de Seguro Social deberá importar, comprar, mantener en existencia y suministrar directamente a los pacientes los medicamentos antirretrovirales específicos para el tratamiento del VIH-Sida.

Los médicos tratantes deberán presentar, a la Caja Costarricense de Seguro Social, reportes sobre la aplicación de dichos medicamentos. El reglamento de esta ley determinará condiciones, periodicidad y demás requisitos de esos informes.” (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 2003)

Con las citas anteriores, podríamos afirmar que la “atención integral” es sinónimo de “atención médica”, y engloba ésta, la atención terapéutica y clínica para tratar los trastornos de la función.

Hay un intento por reconocer la integralidad del ser humano, pero ésta se pierde ante el peso de la ciencia biomédica, en la que subyace una concepción de ser humano; una antropología que determina las políticas y acciones frente al problema. Esta visión de ser humano la podemos explicitar del concepto “atención integral”.

Para poder profundizar en la reflexión sobre la “atención integral”, y la concepción de ser humano que subyace en éste, hablemos de cómo son nuestras acciones de atención, a las personas con VIH y en etapa de sida:

A las personas con VIH y a los enfermos de sida, se les considera necesitados de ser atendidos y entendidos, desde estas cuatro *esferas*, antes ya mencionadas: *somática (corporal)*, *psicológica*, *espiritual* y *social*.

#### 2.1.4. Las esferas somática, psicológica, espiritual y social

En la *esfera somática*, se hace presente el VIH, agente externo patógeno, que entra al cuerpo “sano” y lo infecta. Ejerce el VIH un ataque al sistema inmunológico que deja expuesto al ser humano a infecciones oportunistas. El cuerpo sufre alteración de la función que debe ser atendida. Desde que se diagnostica la presencia del VIH en el cuerpo, se desarrollan medidas de control, medicamentosas, psicológicas, nutricionales y sociales dirigidas a frenar el avance de la infección. Después de un periodo de tiempo, por distintos factores la infección puede seguir su desarrollo, y de esta manera llegar al nivel de la afectación de la función, desarrolla entonces la persona con VIH, el sida. Durante la etapa de sida, se ofrecen cuidados médicos intensivos, que incluyen las medidas de control y erradicación de las enfermedades oportunistas. Se busca devolver el equilibrio fisiológico perdido a consecuencia de la infección. Estas medidas incluyen los cuidados paliativos en estadios avanzados de la enfermedad. (Durante el desarrollo de la infección se emplean exámenes de laboratorio para mantener monitoreados los avances de la enfermedad, carga viral, que marca la concentración de virus en sangre, y linfocitos CD4, células de defensa.) La *esfera corporal* está en manos de los médicos y el personal de enfermería, y desde ella se refiere y se vincula con el resto de las esferas de atención.

En la *esfera psicológica* se considera importante atender el impacto emocional que provoca la infección, en el portador y en su familia, y contribuir con ello a retardar el desarrollo del sida y la mejora de la calidad de vida. Se busca acompañar procesos de asimilación de la presencia del VIH en su vida. Se pretende mantener el equilibrio mental y emocional en la progresión de la enfermedad.

El sida tiene un fuerte impacto en las personas que se dan cuenta de sus condición de portadores, como lo expresa “María”, una mujer seropositiva: - *Cuando me dijo el médico que yo tenía sida, y que me quedaban solamente*

*algunos años de vida, el mundo se me vino abajo, veía todo negro, mi familia se enteraría que tenía relaciones sexuales, y pensaría que yo era una “mujer del la calle”, duré varios días sin comer, perdí peso, tenía mucho miedo, pensé muchas veces en quitarme de una vez la vida-* (Maria\*, 2004).

También la familia de las personas con VIH, vive un impacto emocional importante, tiene una carga que afrontar, y requiere de un acompañamiento psicológico en la mayoría de las ocasiones. Por todo ello se ofrecen talleres, grupos de auto-apoyo y las más variadas posibilidades de recibir una terapia psicológica brindada por psiquiatras, psicólogos y terapeutas, entre otros.

El ser humano ante una condición nueva y problemática, como sería la presencia en su vida del VIH, incrementa la necesidad de sentirse sujeto referido a lo trascendente, a lo divino que le permite mantener la esperanza y la relación con una comunidad de fe. El ser humano espera, se abre y se siente sostenido por lo divino que se le hace presente de modo más tangible, ante la circunstancia de saberse “infectado por VIH”. Estas necesidades las englobamos en la *esfera espiritual*, las vivencias religiosas se exacerbaban y, dependiendo del credo particular de cada persona, busca esta pertenencia a lo trascendental y sentirse en comunión con otros.

El portador del virus y el enfermo de sida reciben el acompañamiento espiritual de sus comunidades religiosas (si las tienen), a través de orientaciones y servicios sacramentales de parte de sus líderes religiosos y personas de fe, con la finalidad de brindar este soporte en el proceso de la enfermedad.

La atención a la *esfera espiritual*, como lo hemos dicho de la *esfera somática*, suele dirigir la acción de algunos agentes, a la asistencia del ser humano vulnerado, pero de manera aislada del resto de sus dimensiones y de su contexto personal y social también afectado.

El ámbito de la *esfera social* es más difícil de limitar que las esferas anteriores. Se engloba en ella, la relación de la persona con VIH o del enfermo con los otros, con su familia, su comunidad, su sociedad, etc. En esta *esfera*, se incluyen las problemáticas sociales que surgen en torno al sida: el estigma, la discriminación, el impacto económico en la sociedad, el impacto en las familias y

las comunidades. Se incluyen en ella, los derechos humanos de las personas con VIH y las acciones dirigidas a promover su conocimiento, su defensa, y las acciones legales que se ejercen cuando aquellos son vulnerados.

Ya hemos comentado el impacto económico del sida. Éste se manifiesta desde el nivel personal y familiar. El alto costo del tratamiento del problema genera todo un campo de acción y atención que debe ser atendido.

Es de entender que, según la amplitud de esta *esfera social*, es también la amplitud de los agentes involucrados en ella. Podemos mencionar: trabajadores sociales, economistas, políticos, activistas sociales, abogados, legisladores, etc.

De las cuatro *esferas* que hemos mencionado, podemos subrayar la supremacía de la *esfera somática* sobre las otras *esferas* en lo que se refiere a la atención y la rectoría de las políticas públicas dirigidas a hacernos cargo del problema. Los profesionales que atienden la *esfera somática*, regulan la interacción con los otros profesionales que atienden el resto de las *esferas*, y sobre todo, deciden las estrategias. Un modelo de atención que contempla estas cuatro *esferas*, es considerado hoy, un modelo de “atención integral”, pero en este modelo “integral”, el VIH y sida es contemplado predominantemente como problema biomédico, que atañe por consecuencia, principalmente, a la *esfera somática*.

El VIH es tratado como un problema, que se limita al contexto de una infección al cuerpo, y por ello las acciones decisivas surgen desde la *esfera somática*. Es cierto que en el ser humano están presentes estas cuatro dimensiones o *esferas*, y deben ser tratadas cuando se presenta la infección por VIH, pero su atención de manera separada y poco implicada, entre *esfera* y *esfera*, impide hablar de una “atención integral”, sería más propio hablar de una atención de “la totalidad” del ser humano, pero desde un abordaje *departamentalizado*, con acciones con cierta eficacia, pero aisladas, que limitan el impacto de los recursos y sesgan las acciones. Podríamos pensar, con lo que hemos descrito, que nos encontramos frente a un problema meramente “técnico”,

pues pareciera que en el fondo el problema es una mala comunicación o interacción de los agentes inmiscuidos en el tratamiento de cada una de las *esferas* del ser humano. Pero el problema es más profundo que la falta de comunicación, y tiene que ver con una concepción del ser humano, el sujeto de la atención de los agentes especializados de cada una de las esferas, e incluso, podríamos afirmar, de la propia auto percepción de los agentes involucrados tiene que ver con el modo de entender y atender el problema. Expliquemos un poco más esta afirmación: el esquema de atención, anteriormente descrito, representa una concepción antropológica del ser humano, que podría haber superado el dualismo alma y cuerpo planteado por Descartes (Descartes, 2000), o quizás la concepción dualista cartesiana continúa a la base de nuestras acciones. La sobre especialización de las disciplinas y el avance de la tecnología y el conocimiento positivo, podrían simplemente generar divisiones más especializadas sobre la misma base dualista: alma y cuerpo. Estarían englobados, en el estudio y la atención del alma, aquellos aspectos poco materiales en un sentido *positivista* de la expresión, como sería la espiritualidad, la psicología y la interacción del ser humano con su entorno; y en el cuerpo, todo aquello que tenga una base tangible, *positiva*. Así pues, podríamos referirnos a la división cuerpo y alma aún presente en la base de nuestras prácticas y reflexiones.

Las acciones del modelo de atención a la totalidad, son principalmente médico-farmacológicas, ya lo hemos señalado, y contemplan centralmente al VIH y sida como un problema biomédico, aunque el discurso pudiera indicar lo contrario, bastaría ver la constitución de la mayoría de los comités de atención integral para el VIH y sida, constituidos en su mayoría con un desbalance importante entre los profesionales médicos y agentes de otras disciplinas.

Es entendible que ante el VIH y el sida, la atención clínica es prioritaria, pero el destino de los recursos y los esfuerzos en la sola atención médica y farmacológica sin contemplar todas dimensiones del ser humano, disminuyen el impacto de todas estas acciones.

La atención “*departamentalizada* de la totalidad” se basa, como lo hemos comentado antes, en cuatro partes poco relacionadas entre sí y atendidas por agentes humanos independientes, no relacionados, más bien especializados en la problemática que se desarrolla en su esfera, y poco informados de la situación de los otros aspectos que son constituyentes importantes del ser humano.

Las acciones desarrolladas en este modelo de atención parten de una “departamentalización” del ser humano, pero ello incluye también, una parcialización del conocimiento, pues cada una de estas esferas, como lo hemos afirmado, posee a profesionales de la salud, que a su vez son poseedores de un conocimiento especializado en cada área de atención: cuerpo, espíritu, psiqué, social en todas sus variantes. Así, desde “su conocimiento” van elaborando las propuestas. Lo anterior se traduce en un alto riesgo de mutilación a la integralidad del conocimiento, que provoca un bajo impacto de los esfuerzos y recursos para brindar una atención efectiva.

Hemos afirmado la posibilidad de una “mutilación a la integralidad del conocimiento. Newman afirmó: *“Hay personas que estudian en su conjunto e individualmente, pero no correlativamente, que acumulan hechos sin formar juicios, que se sienten satisfechos con mucha erudición o información. (...) Los estudiosos que acumulan tanta abundancia de la literatura o de la ciencia, que no les queda espacio para determinar las relaciones respectivas que existen entre sus conocimientos que han adquirido, se dice que han agobiado su mente más que expandirla.”* (Newman, 1994, pág. 34) Tenemos una acumulación de información en cada una de las esferas del ser humano, en lo respecto a la situación de vivir con VIH, pero qué tanto tenemos la capacidad de mirarla en relación respectiva, de relacionarla adecuadamente. Los agentes especializados, involucrados en la atención pueden expandir su mente a las dimensiones que escapan a su cúmulo de conocimientos y completarla con el conocimiento de otros. En este nivel, si podemos plantear el desafío técnico que implica cómo comunicar y mirar de manera relacionada e integradora el conocimiento que se posee. Pero en un nivel más profundo, el problema tiene que ver, como ya lo hemos afirmado, con la imagen de ser humano que está determinando sus

acciones. Si no se considera en su total y compleja realidad al ser humano, no se podrá considerar que el conocimiento poseído es parcial y que ha de ser completado. La solución ha de venir de una visión distinta de ser humano y se expresará en una búsqueda concreta de mecanismos para integrar el conocimiento propio, reconocido como parcial, y necesitado de ser completado con otros conocimientos.

Para profundizar en la afirmación anterior sobre la “agresión a la integralidad del conocimiento” nos referiremos al Teorema de Newman respecto a la relación entre el todo y la parte: La omisión de una parte del conocimiento implica ignorancia de esa parte; mutilación de la totalidad, y distorsión del resto. Esta afirmación de Newman es referida ciertamente a la institución universitaria, pero para los fines de esta reflexión nos resulta pertinente e iluminadora. Newman ve la relación de las partes con el todo cuando explica lo que significa la expansión de la mente, la visión global de las cosas, e indica que lo que expande la mente no es el conocimiento mismo, sino la comparación de los temas entre sí, o sea, valorar lo que cada parte pesa e influye en todas las demás, sin lo cual no se da una totalidad, ni puede haber un centro. El conocimiento filosófico, no olvida que cada parte de conjunto del conocimiento es solo una parte. Ocasiona que cada una de las partes conduzca a las demás. (Lonergan, 2008, pág. 268)

## *2.2. Prevenir una infección.*

En las líneas anteriores hemos hablado sobre el concepto ontológico de enfermedad que considera al VIH como el único agente causal del problema: “El VIH es un virus que entra a un cuerpo”. (Ver esquema 1) Este planteamiento da fundamento a la mayoría de las estrategias de prevención de nuevas infecciones por VIH.

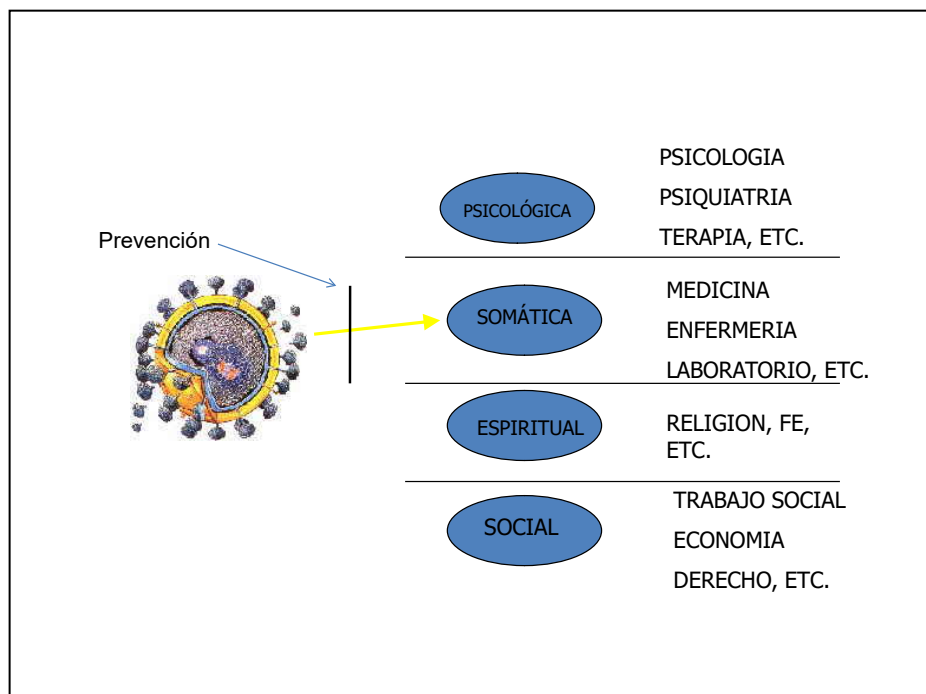
Las estrategias preventivas según hemos visto en el primer capítulo, no han sido suficientes para frenar ni mucho menos revertir la epidemia del VIH en el mundo. No podemos negar una eficacia parcial, por ello nos referimos a ellas como “no suficientes”.

Como hemos dicho antes, el sida ha sido considerado como una enfermedad más, que debido a que su transmisión es mayoritariamente por la vía sexual, se clasifica en el rubro de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Por lo tanto, para prevenir la infección por VIH, se han puesto en práctica acciones ya antes probadas para otras enfermedades de transmisión sexual, se ha recurrido a principios probados de la salud pública, como sucedió en algunos Estados, al inicio de la epidemia, en los cuales, partiendo de estos principios, se aplicó el aislamiento de los sujetos infectados, para impedir la propagación de las infecciones, con un costo social y humano muy elevado que ahora ha sido condenado. O en el caso de la transmisión de Infecciones de Transmisión Sexual la implementación de barreras que impidan la infección. Es cierto que la infección por VIH es una infección de transmisión sexual, pero las condiciones de infección tienen que ver con situaciones mucho más complejas e interrelacionadas, que van más allá de las acciones dirigidas a informar y colocar barreras para la infección.

Con las acciones de prevención de la infección, se trata de evitar la entrada del VIH al cuerpo, se intenta persuadir al ser humano para que coloque una barrera entre el virus y su cuerpo. Al aseverar esto, me debo referir al preservativo (condón), que sería la expresión más común de este planteamiento. El preservativo es esa barrera entre el cuerpo y el virus que limita la entrada del VIH al cuerpo con una efectividad considerable.

No es objeto de este trabajo la discusión sobre la eficacia del preservativo, solamente hemos de señalar que la limitación en la eficacia para prevenir nuevas infecciones de estas estrategias de prevención, no reside únicamente en la efectividad de la barrera (el látex), que según el Centros de Control de Enfermedades Infecciosas y Prevención, el condón de látex es altamente efectivo para evitar la infección por VIH (CDC Atlanta, 1998), la limitación de una acción preventiva basada en esta fundamentación: VIH-cuerpo, residen en la complejidad del ser humano y su entorno, que deberá de ser tomada en cuenta si se quiere incidir con mayor eficacia en la disminución de nuevas infecciones. Por ello, en el caso de la infección por VIH, las acciones probadas en el control de enfermedades infecciosas, hasta antes de la aparición de la epidemia, frente al

VIH resultaron insuficientes o ineficaces. No podemos hablar de un problema solamente infeccioso, sino de un problema mucho más amplio y complejo, un problema social.



Esquema 1. Concepción antropológica del ser humano y la infección por VIH.

### 2.3. Planteamiento del problema

Hemos hablado sobre el VIH y sida, las cifras, el impacto socio económico de la epidemia, nos hemos referido al modo como hacemos frente al problema y como atendemos a las personas con VIH y a los enfermos de sida. Hablamos ya de un modelo que en la búsqueda de la atención integral, secciona al ser humano en cuatro esferas, al que hemos señalado como un modelo de “atención a la

totalidad” pero de manera desintegrada. Mencionamos la poca comunicación e intercambio entre los agentes que cooperan en la atención a cada una de las esferas y sus repercusiones. Marcamos la supremacía y dominio de la esfera corporal y la atención médica y la poca importancia a la atención y desarrollo de trabajos dirigidos a las esferas psicológica, espiritual y social.

La enfermedad en estas prácticas es concebida como algo meramente corporal, del dominio de las ciencias médicas. Detrás de todo este modelo para enfrentar la epidemia de sida, de la atención a las personas con VIH hay una filosofía, una antropología con unos supuestos y un concepto de ser humano implícito, que empapa nuestra percepción de hombre, enfermedad y sida. Desentrañar esta concepción de ser humano resulta una tarea interesante pero muy complicada, pues tendríamos que hacer un recorrido por la historia del pensamiento humano occidental, desde los griegos hasta nuestros días, pasando por la influencia de Descartes, Hegel, Kant, entre muchos otros filósofos que han influido nuestro pensamiento y nuestro modo de entender al ser humano y a la realidad.

Los problemas para enfrentar la epidemia y para atender a las personas afectadas en gran medida, tiene su fundamento, ya lo decíamos antes, en un concepto de ser humano, que determina la praxis y las políticas públicas para enfrentar al problema. Retomando el Teorema de Newman podemos señalar que las políticas públicas son diseñadas desde un “conocimiento”, en este caso un conocimiento fragmentado de la realidad del VIH y sida, por tanto parcial. Si nuestro conocimiento es parcial, parcial será la respuesta. Es verdad que no podemos conocer todos todo, y por ello se desprende la necesidad de un diálogo multidisciplinar y transversal entre distintos agentes implicados en la respuesta al problema.

Nuestro pensamiento, el modelo de atención médica, la manera de percibir la enfermedad (mi enfermedad y la de los otros) y mi manera de percibirme ser humano, tienen un sustento filosófico que nos enfrentan al mundo de una determinada manera, con acciones establecidas y orientadas por nuestra manera de aprehender la realidad. Hemos señalado, no será objeto de este estudio

desentrañar los sustentos filosóficos sobre el ser humano, que se develan en nuestras concepciones y acciones frente al VIH y sida.

Reflexionar nuestras acciones frente al VIH y sida desde elementos filosóficos sobre el ser humano, podría contribuir a completar, profundizar o provocar la reflexión respecto a nuestros principios de atención y acciones para afrontar la epidemia y su impacto, podría contribuir a cuestionar los principios básicos de la praxis, y podría repercutir en mejor calidad de vida de las personas portadoras del VIH y enfermas de sida, así como en el mayor impacto y éxito de las políticas y acciones dirigidas a frenar la epidemia, incluyendo la optimización de los recursos.

Presentaremos en el siguiente capítulos la filosofía del ser humano realizada por el filósofo español Xavier Zubiri, que creemos puede aportar elementos para la reflexión y la plataforma para repensar, ampliar y generar acciones para enfrentar y atender al VIH y sida con mayor eficacia y humanidad.

## CAPITULO III

Elementos de la Filosofía sobre el ser humano de Xavier Zubiri  
para entender y atender al VIH y sida

El trabajo filosófico de Xavier Zubiri, nos instala en un ámbito anterior a toda construcción teórica que intente explicar al ser humano (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006) que permite el desarrollo de antropologías, sociologías y filosofías de la historia contemporánea. Tomaremos de su filosofía los elementos que contribuyan a la reflexión en este trabajo.

### **3.1. Unidad sustantiva**

Xavier Zubiri describe al ser humano como *un sistema estructural de notas de carácter sustantivo*; La realidad del hombre y la mujer están constituidas por un *sistema* de notas que constituyen su *realidad sustantiva*. Desentrañemos pues, esta definición para su comprensión y aplicación a nuestro problema.

#### *3.1.1. Sistema estructural de notas*

Para Xavier Zubiri, todas las cosas están constituidas por *notas*, y son éstas lo que comúnmente llamamos propiedades y cualidades como color, sabor, peso, etc.; también llamamos *notas* a partes constitutivas, éstas serán las llamadas *notas constitutivas*. Toda *nota* es *nota*, porque está vinculada con lo demás; siempre una *nota* es *nota de*, el color *de* la piel, el sabor *de* una lagrimea. Es justo este “*de*” lo que le da formalidad a la *nota*. De tal manera que toda *nota* es “*nota-de*”, de todas las demás, todo está referido a todo. Así resulta, que una cosa que *es real* es la unidad de un “*de*”; el ser humano es la unidad de sus *notas*, pero no es una síntesis de *notas* (*nota + nota = humano*), sino que las *notas* son conformadoras de la unidad primaria en la que el hombre consiste. Esta unidad

primaria es lo que Zubiri ha llamado *sistema*, entiéndase *sistema* como *unidad de notas*, un constructo de *notas*.

La estructura es la unidad de *notas*; aunque las notas puedan variar, siempre seremos el mismo pero no lo mismo, nuestras notas varían, pero la unidad, que es en lo que reside la formalidad de lo que somos, no. Con esta afirmación de Zubiri, podemos considerar, que el VIH es una *nota* que se agrega a la unidad, al ser humano, y a su vez, agrega otras *notas* que le condicionarán, como realidad que se le impone, y que el ser humano deberá enfrentar, pero estas *notas* no lo transforman en otro ser humano, o en algo distinto a un ser humano. (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986). Esta reflexión nos lleva a plantear que en algunos casos, la presencia del VIH, como *nota* nueva que se le agrega al ser humano le hace contemplarse y vivirse desde la sola presencia del virus, de la forma que es referida solamente desde una de sus *notas*, sin contemplar que esta *nota* agregada es una más entre otras del sistema.

Cuando atendemos la infección por el VIH podemos tratar solamente el VIH y sus repercusiones, olvidando tratar el resto del sistema, aquellas *notas* que existían antes de la infección, algunas ya problemáticas, y que ya constituían la unidad de ese ser humano, y que le condicionaban y siguen condicionando.

Ahora bien, “cada *nota* es respectiva en y por sí misma a las demás” (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986, pág. 45) y por tanto la presencia del VIH, *nota* nueva que se agrega, afecta el resto de las *notas*, pero podríamos afirmar que las *notas* existentes previas al VIH, respectivas a sí, y condicionaron la agregación de esta nueva *nota*. Este es un aspecto importante a considerar cuando pensamos nuestras acciones preventivas, pues hemos de considerar en éstas las notas que determinan vulnerabilidad del sujeto a ser infectado.

Hay un tipo de *notas* que Zubiri llama *notas adventicias*, que pertenecen a un sistema por la acción de factores extrínsecos a el sistema mismo. Otras notas son llamadas por Zubiri: *notas constitucionales*, “que aunque tengan un origen causal exterior, son en sí mismas y formalmente las que forman el sistema” (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986, pág. 46), estas *notas* forman un sistema cíclico clausurado, que contiene lo que Zubiri llama *suficiencia constitucional*, este sistema es lo que

constituye una *sustantividad*, que tiene ésta su razón formal en la *suficiencia constitucional*. Pero en el sistema constitucional de *notas*, hay unas *notas* que se hayan fundadas en otras *notas*, aquellas *notas* que forman el sistema clausurado y cíclico por sí mismas son las llamadas *notas constitutivas*, son la esencia básica de la *sustantividad*. Así podemos regresar a la afirmación primera de estas líneas: “El ser humano es un sistema constructo estructural de notas, una *sustantividad*” (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986, pág. 46)

### 3.1.2. *Realidad sustantiva indivisible*

Cómo lo hemos dicho, el ser humano es un complejo sistema de *notas*, unas de estas *notas* son *notas* de carácter físico-químico, pero existen otras que por su propia naturaleza no las podríamos incluir en este grupo; estas *notas* constituyen lo que Zubiri llama *psiquismo*, que cuida de separar del concepto de conciencia, afirmando que lo psíquico no es lo consciente; ciertamente es una realidad, pero no siempre se hace consciente. “El psiquismo como realidad es ajeno a toda conciencia” (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986, pág. 47). Tampoco lo psíquico es lo que llamamos “espíritu”, ni “el alma”, entendida ésta como “algo” que está dentro del cuerpo. De tal modo podríamos concluir: “lo psíquico es un momento de mi realidad irreductible a lo físico-químico” (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986, pág. 47). Xavier Zubiri, señala como ejemplo de notas psíquicas la inteligencia, el sentimiento y la voluntad. El ser humano es pues, una unidad de *sustantividad* de un sistema de *notas*, unas de carácter físico-químico, y otras de carácter psíquico, y es *sustantivo* porque tiene una *suficiencia constitucional*. Digamos entonces que el ser humano no tiene psique y organismo, como dos unidades que conviven o se suman, sino que es psíquico y orgánico en su unidad sistemática de notas, una *sustantividad*. La psique es constitutivamente “psique-de” este organismo, y este organismo es “organismo-de” esta psique.

Hemos presentado la descripción de psique del ser humano, y su carácter constitutivo del organismo. Queda claro que organismo y psique son distintos, pero ¿qué es el organismo en las descripciones de Zubiri?. El ser humano es un

ser vivo, pero su vida no consiste en la acción de un principio vital, afirma Zubiri, de tal manera, que la vida tiene su principio en la estructura del viviente, y determina un modo de funcionamiento original manifestado en propiedades sistemáticas, que pertenecen al sistema entero y no podrían pertenecer a las partes de este sistema por separado, pertenecen *proindiviso* al sistema entero. Así pues, la vida es una de estas propiedades sistemática (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986). pero que tiene como principio la estructura del viviente, que es un sistema clausurado y cíclico de *notas físico-químicas*, y no se trata de la mezcla de éstas, que sería solamente una referencia aditiva sino que éstas forman una combinación que formula la constitución novedosa de un organismo (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986), que no es otra cosa que la organización de materia viva, “que es una estructura material que es en sí misma viva, pero que no tiene la estructura de organismo, pero que tiene la estructura de replicación, independencia y control respecto al medio, es decir tiene esa propiedad que llamamos vida” (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986, pág. 54) y cuando ésta se organiza, lo hemos dicho, constituye un organismo. El organismo es pues, una estructura material complicada con propiedades sistemáticas materiales ricas y complejas, como “el sentir”. Así pues, la materia “vive”, pero cuando alcanza ciertas estructuraciones, “siente”. Una vez profundizada la descripción de lo que Zubiri refiere como organismo, regresemos a la descripción de la sustantividad. La *sustantividad* humana es “una” por sí misma y de por sí misma. El ser humano, es pues, una “(...) realidad sustantiva psico-orgánica” (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986, pág. 49) que no podemos fragmentar. ¿Por qué no puede ser fragmentado? Podemos ciertamente mirar y estudiar la parte, pero siempre tendremos que mirar la parte en relación a, (nota de) pues de otro modo nuestro conocimiento exclusivamente sobre la parte, le arrancaría su condición humana. Recordemos que según lo afirma Zubiri, el ser humano, como unidad de sustantividad, es un sistema clausurado y cíclico de notas constitutivas. Ciertamente organismo y psique, como lo hemos señalado, son esencialmente distintos: lo psíquico humano es irreductible a lo orgánico. Pero sin embargo, el hombre es una estricta y rigurosa unidad estructural de sustantividad. (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986, pág. 57)

El organismo y psique por separado, en sí mismas, no son sustantividad, son cada una un subsistema parcial. Sin reacciones fisicoquímicas no sería posible la intelección, el organismo humano no sería viable sin psique. El ser humano, no es por sí mismo un animal completo en cuanto animal; esto quiere decir, que como meramente animal, carente de inteligencia, sentimiento y voluntad, no podríamos sobrevivir en esta condición, es solamente en la unidad sustantiva que encontramos nuestra viabilidad. Un ejemplo claro es el recién nacido quién depende de los otros seres humanos para ser viable, pero los otros seres humanos dependen en el mismo movimiento del recién nacido para hacer viable su propia especie. En este ejemplo encontramos la expresión del sentimiento, la voluntad y la inteligencia para sacar adelante la vida de la especie humana, que en la mera animalidad sería inviable. Así pues, el ser humano es el animal que trasciende de sus puras estructuras orgánicas, la vida trasciende al organismo, trascender es ir del solo campo de la respuesta a estímulos a la realidad.

Con todo lo anterior, podemos afirmar, que la realidad del ser humano no puede ser fragmentada para atenderla o entenderla; es verdad que en algunas circunstancias, tenemos que mirar la parte, o incluso atender la parte. Alguien señalaba: Si me duele un pie, me atiendo un pie, y esto es real; el dolor se está manifestando en la parte, y mi atención inicial se dirige al fragmento: el pie, incluso puede ser necesario focalizar aún más la parte en la búsqueda de la objetividad del problemas: ¿es un dolor superficial, en la piel?, ¿es un dolor vascular?, pero nunca hemos de perder de vista que esta “parte”, es “parte de” una totalidad, y por tanto está referida y en relación con todo el sistema. Si escapo de la referencia a la totalidad, podría atender solamente el dolor focalizado, pero podría tratarse de un dolor referido a una alteración en otra parte; por ejemplo, podría ser una compresión del nervio ciático; o podría la ser la obstrucción del sistema vascular, o incluso podría ser que la silla en que se pasa largas horas sentado el sujeto no tenga las proporciones adecuadas y esté generando el dolor. Si nos quedamos conociendo el “fragmento” o la “parte” nuestras acciones podrían ser ineficaces y

con repercusiones graves para el sujeto que sufre del dolor, si creemos que nuestro entendimiento, o comprensión a partir de un conocimiento parcial de la realidad me permite comprender la totalidad, estaremos parcializando la verdad. Con el ejemplo anterior quiero sostener que al ser humano solamente en su unidad podemos eficazmente entenderle y atenderle. Esta afirmación nos enfrenta con lo descrito en el capítulo anterior, en el que hemos señalado, que para mejor atender y entender al ser humano en relación a la presencia del VIH, hemos acudido a la “especialización” de la atención y el estudio parcializado y “profundo” del problema. De esta manera se entiende y atiende. Hemos afirmado la totalidad pero seccionada, (parcialización del conocimiento) sin contemplar que tratamos y enfrentamos una unidad. Y que las partes son todas “referidas a”. Las concepciones y acciones dirigidas a atender y enfrentar resultan aplicadas a “partes” de la sustantividad humana, esto desde la especialización en “la parte” o la esfera, como antes me he referido a ella, pero marcamos así una lejanía a una concepción realmente “integral” del ser humano. Estamos pues, enfrentados al reto de la complejidad de la unidad, que el pensamiento moderno ha tratado de solucionar con la “departamentalización” o especialización de las diferentes disciplinas que trabajan en la atención y la generación de conocimiento. Se nos presenta una eficacia cuestionable, y una agresión primera implícita en la misma “des-integración” del ser humano para su estudio y atención en la búsqueda de lograr una ansiada “atención integral”.

Estas afirmaciones nos retan, ¿cómo habremos de atender y entender al ser humano frente al VIH cuando el ser humano es tan complejo y es una realidad abierta?, ¿cómo podremos integrar nuestras acciones y “saberes” en la búsqueda de pasar de la atención de la totalidad a la atención integral de la unidad?

Sintetizando todo lo anterior, podemos decir que la realidad del ser humano está constituida por un sistema de notas, y que éste sistema es intrínsecamente respectivo; así pues, toda realidad es respectiva, todo es real “respecto de”. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006) Esta

respectividad no se refiere a simplemente “estar relacionado con”, sino un carácter interno de la realidad misma.

Xavier Zubiri en sus escritos filosóficos refiere sus reflexiones al “hombre”, con la finalidad de referirnos con un lenguaje inclusivo al género, hemos sustituido “el hombre” por “ser humano”, por ello, hemos de señalar lo que para Xavier Zubiri es “el ser”.

### *3.1.3. El ser*

Las notas que conforman una realidad definen o determinan una forma de realidad, en este caso, el ser humano tiene forma de realidad, que sería la realidad personal, que es considerada en tanto se afirma a sí misma frente a otras formas de realidad. Así pues, somos personas porque tenemos notas de realidad diferentes a otros sistemas de notas. Nuestra realidad tiene inteligencia, una piedra carece de ésta. Si la piedra hablara diría: “yo soy piedra”, esta afirmación es a lo que llama Zubiri “ser”, la justa afirmación de si mismo frente a las demás formas de realidad. Somos así pues respectivos a la realidad, nuestra actualidad es “re-actualidad”, “ser” es constitutivamente un “re”, de tal modo que lo radical y último es realidad y no ser. (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986)

Ahora bien, hemos definido lo que corresponde al “ser”, pero hablamos de un “ser humano”, ¿qué es lo humano?.

### *3.1.4. Lo Humano*

Hemos afirmado antes, que el ser humano es una realidad, y por tanto está constituido por un sistema de notas, que le dan forma de realidad, es un “ser”, un “ser humano”, pero en qué consiste el adjetivo de lo humano. Ya hemos señalado que el ser humano es una realidad psico-orgánica, imposible de separar. Es un ser viviente, un animal, pero “animal de realidades” que se comporta con las cosas y consigo mismo en cuanto realidades. Ahora bien, todas las cosas son realidades,

pero el ser humano “animal de realidades” es muy peculiar. Todas las realidades son realidad por aquello que tienen “de suyo”, lo muy propio. Un electrón tiene “de suyo” una carga eléctrica negativa, esa es su propiedad, eso, es un electrón. Pero la persona humana no tiene solamente propiedades “de suyo”, sino que además tiene algo que no tienen las demás realidades: *comportarse consigo mismo desde el punto de vista de su propia realidad*. La realidad del ser humano no es solamente “de suyo”, sino que es “suya”, le pertenece a sí mismo en tanto realidad. El ser humano tiene una forma de realidad que llamamos la persona: *personabilidad*. Ser persona significa ser “suyo” y no sólo ser “de suyo”. El ser humano es un *sistema psico-orgánico*, cuyo carácter o forma de realidad es ser persona. Por ser “suya” la persona humana, su realidad está suelta (aunque respectiva) de las demás realidades; es absoluta. En esto podríamos decir que consiste lo humano.

La realidad del ser humano la podemos considerar desde dos puntos de vista, afirma Zubiri, desde la forma de realidad que cada persona tiene por ser persona y desde la afirmación de esa realidad frente a las demás realidades, esto es el ser, como ya se ha dicho, en el caso del ser humano, el “ser” tiene un nombre preciso: “Yo”. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006) En el “Yo” me afirmo a mí mismo como realidad personal.

### 3.1.5 Con una inteligencia sentiente

El ser humano es un “*viviente animal*” (Zubiri, El Hombre y Dios, 1984, pág. 31) y le es esencial el sentir, esto es tener *impresiones*, *impresión* que tiene dos momentos: un momento de *afección* y un momento de *remisión* formal a algo otro, algo que le afecta. Por el primer momento decimos que la *impresión* tiene un contenido: color, peso, sabor, etc. Por el segundo momento, el contenido es algo otro, es el momento que Zubiri llama *alteridad*. La unidad de estos dos momentos es justamente la *impresión*: “la afección nos hace sentir *impresivamente* lo otro” (pág. 32) Cada sentido del ser humano tiene su forma de alteridad: la vista presenta, el oído notifica, etc. Todas estas formas de *alteridad* son llamadas por

Zubiri: *formalidad*. Para los animales, esta *formalidad* es *estimulidad*, siente lo otro como un estímulo, y éste es sentido únicamente como estimulante. Si el animal huele comida, se lanzará *estimulicamente* sobre ella, responde *estimulicamente*, eso otro está únicamente como estimulante (comida). Pero el ser humano distinto al resto de los animales, tiene una tercera nota: la inteligencia.

*Inteligir*, según Zubiri, es formalmente aprehender las cosas como reales, esto es “según son de suyo”. Se aprehende que sus caracteres son propios a la cosa misma, la cosa los tiene “*de suyo*”, este es el modo de estar presente de las cosas cuando el hombre se enfrenta a ellas con la intelección. (pág. 33) La inteligencia humana es la facultad de lo real, no es la facultad del “ser”. Para descubrir esta estructura de lo real debemos mirar el “sentir”.

El ser humano, también siente en impresión: el sonido, el sabor, el peso, el color, etc. Pero el ser humano siente “lo otro” no como algo que es signo de respuesta: no siente el calor caliente, sino que siente que el calor “es caliente” (pág. 33) El contenido no consiste en afectar al ser humano, sino en que es algo es “de suyo” de la cosa misma: “la piedra es caliente”. Siente en *formalidad de realidad*, siente no *estimulicamente*, sino “realmente”, siente la realidad: “es caliente”, esto será llamado por Zubiri *impresión de realidad*, así diríamos que el ser humano siente la realidad *impresivamente*. El ser humano tiene la capacidad de sentir la realidad.

La impresión de realidad es un acto de sentir “lo otro” en impresión, hemos dicho que en esto consiste el sentir; pero en cuanto lo que sentimos es aprehendido, es formalmente realidad. El aprehenderlo es el acto formal de la inteligencia. La impresión de realidad no tiene dos actos, sino uno: *intelección sentiente*, la inteligencia misma siente la realidad. (pág. 35). Los seres humanos podemos sentir sin *inteligir*, pero no podemos *inteligir* sin sentir. El sentir es la forma radical del *inteligir*. (Zubiri, El Hombre y Dios, 1984) De allí que nuestra inteligencia sea inteligencia sentiente.

Comprender el modo de *inteligir* del ser humano, *sintientemente*, nos permitirá profundizar más adelante en la comprensión de la filosofía del ser humano presentada por Zubiri.

## 3.2. Dimensiones del ser humano

Hasta aquí hemos hablado sobre el ser humano, en cuanto animal de realidades, sustantividad psico-orgánica, unidad indivisible. Pero además de esto, según lo afirma Xavier Zubiri, el ser humano está conformado por tres dimensiones: Individual, histórica y social. ¿Qué son estas dimensiones del ser humano?

### 3.2.1 ¿Qué es dimensión?

En el capítulo anterior optamos por referirnos a “las dimensiones” del ser humano como “*esferas*” para no complicar o confundir con el término “dimensión”, que es utilizado en la filosofía sobre el ser humano de Xavier Zubiri, con una expresión inmediata que se refiera a “partes”, “elementos” que conforman desde algunas miradas, al ser humano. Abordemos ahora qué es dimensión desde la filosofía de Zubiri.

Yo soy absoluto frente a la realidad, pero además soy absoluto, a mi modo, frente a todas las demás personas, que también son absolutas a su modo. Comparto con ellas mi carácter de absoluto; de esta manera nos encontramos co-determinados respecto a las demás personas, tenemos esto en común. Esta co-determinación es a lo que Zubiri llama *dimensión*.

El ser co-determinados a las demás personas nos coloca en una situación de afectación, las demás personas me afectan, aún sin que me dé cuenta. Las demás personas existen y me están afectando, el hecho de que hay otras personas y me afectan, es esto lo que nos constituye como *especie*; ahora bien, la *especie* es una multiplicidad, resultado de una multiplicación, “partiendo de” y “fundada en”. Como especie tenemos un carácter replicante, que no se refiere a la replicación idéntica, no tenemos sólo una génesis, sino que nuestro esquema de

especie, además de ser replicante, es un esquema unitario, que produce la pluralidad, pues siempre surge “otro”, es decir nos vamos pluralizando. La *especie* pues, no es una unidad de algo que existe, una suma de, sino una unidad que produce precisamente la pluralidad de algo, la *especie* es *pluralizante*. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006), este carácter *pluralizante*, hace que los seres humanos, desde sí mismos estén esquemáticamente vertidos a los demás. Esto lo señala Xavier Zubiri afirmando:

“Yo soy lo que soy, y siendo lo que soy, desde mí mismo, por mi propia índole y por mi propia estructura personal, es como estoy vertido a otras realidades, y por consiguiente a otras personas. A mi realidad no se le “añaden” los otros, sino justamente al revés: los otros se le pueden añadir precisamente porque mi realidad en cuanto tal está abriendo el campo del otro en tanto que otra persona” (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006, pág. 15)

La versión del ser humano a los demás refluye en lo que soy yo mismo como realidad, *la versión no sólo sale de mí mismo, sino que es constitutiva de mí mismo, me constituye*, es una *refluencia* constitutiva; nuestra forma de realidad: ser persona, está afectada por la versión que desde mí mismo tengo a las demás realidades. Como realidad psico-orgánica soy “de suyo” constitutivamente vertido a los otros.

La manera precisa y formal como el Yo está afectado por el modo de ser de los demás es justamente lo que Zubiri llama *dimensión*, así el tratar en este capítulo las dimensiones del ser humano, es tratar la *refluencia* que las demás personas, los otros, tienen esquemáticamente sobre mi propia realidad, que funda la posibilidad de que los demás actúen sobre mí. De tal modo, que hablar de las dimensiones del ser personal consiste en hablar de la *refluencia* que en el Yo tienen los demás.

Las repercusiones de esta *versión* de “sí mismo” a las demás realidades nos lleva a observar la práctica de la atención y el entendimiento, actual, del VIH y sida. En los documentos, políticas y acciones, nos referimos a personas “afectadas” por el VIH y sida, les atendemos y diseñamos las políticas de atención siempre desde una base que plantea resolver el problema de “otros”, ajenos a mi realidad, totalmente aislados y sin ninguna relación que me afecte. El

planteamiento de la *refluencia*, y versión, a la que Zubiri se refiere al hablar de las dimensiones del ser humano, nos lleva a formular un acercamiento al problema como problema propio, con conciencia de afectación; la versión a los otros de la que cada ser humano es objeto, hace que la realidad del otro, u otros, sea también mi realidad, aún sin darme cuenta. Esta realidad de los otros me afecta y se me impone, me obliga a hacerme cargo de “la-mi realidad”. Esto en el sentido que la realidad de los otros, en tanto que también me afecta es mi realidad y me debo encargar de ella, nada me es ajeno.

En la práctica médica, encontramos máximas de la atención que formulan la necesidad de no involucrarse más allá de una relación “médico-paciente”, ciertamente este paradigma de la atención tiene una intencionalidad, que es la de tomar distancia para poder mirar el problema con mayor objetividad, pero no podemos mirarnos en esa interacción como personas no afectadas por la realidad de los otros. Una relación médico-paciente que se plantea una no afectación, marca una arbitraria y poco objetiva línea de separación entre el que atiende y el atendido. La supuesta “no-afectación” en la relación entre dos seres humanos, nos coloca en roles establecidos desde una base de relación construida. La relación entre dos seres humanos que se otorgan un espacio de encuentro, aunque éste sea en el campo de lo profesional, los sitúa en un entorno de realidad como dos realidades abiertas, y por tanto afectadas directamente. Sin duda la relación entre “el atendido” y “el que atiende”, provoca afectación en ambos, lo hemos señalado, se da el fenómeno de la *refluencia* que los otros tienen en Yo. La conciencia de esta versión implica una atención a la afectación del “que atiende”, una apropiación consciente de la presencia de “otros” como realidad que se le impone y que se vuelve propia, y que por tanto deberá también de enfrentar. En la atención profesional tomar conciencia de esta realidad, nos ha de llevar a reconocer “datos” de la afectación en nuestra realidad personal y hacernos cargo de las “novedades” que se hacen presentes en nuestra realidad.

Podríamos considerar que la conciencia de una realidad común, a la que hay que enfrentar, en este caso el VIH y sida, considerado como un problema propio, podría generar más posibilidades de humanización de cada ser humano y

estrategias más eficaces y saludables de atención y acompañamiento. Al reconocer que es propio el problema de otro, reconocemos que somos “especie”, somos humanidad. La solidaridad y la con-miseración con “situación” de otro va a ampliar nuestro horizonte y a enriquecer las posibilidades de los otros y las propias.

Ahora bien, a nivel de las acciones para enfrentar las nuevas infecciones, las políticas y esfuerzos se dirigen sin contemplar el carácter de *versión* y determinación de los otros; habríamos de mirar al ser humano en relación con los otros y otras, y en este contexto presente el VIH, en un contexto de *refluencia*, determinante en la eficacia de las acciones de atención dirigidas a los infectados, a los enfermos y a la epidemia misma. Vamos a profundizar en este tema al abordar cada una de las dimensiones del ser humano.

Comencemos pues a describir las dimensiones del ser humano: individual, social e histórica, que van a ampliar nuestro concepto de ser humano fundamental y determinante de nuestro modo de entender y atender al VIH y sida.

### 3.2.2. *Dimensión Individual*

Aunque los seres humanos nos replicamos, ningún ser humano es idéntico a otro ser humano; podrían dos engendrados ser casi idénticos, cómo sería el caso de los gemelos univitelinos, pero no son idénticos desde el punto de vista generante. Todos los miembros de la especie humana somos diferentes, existe en la especie una diversidad individual.

Los replicados nunca son idénticos al replicante, podríamos decir que son simplemente distintos, uno no es igual a otro, es cierto; pero también son distintas otras especies. La distinción a la que nos referimos se da al interior de la especie humana. La especie está constituida por una versión que como *ser humano* tenemos hacia las demás realidades, así pues lo que tenemos no es una simple distinción, sino una “di-versión”; los seres humanos no somos distintos sino

diversos; dentro de una misma especie los miembros son diversos. Cada uno es radicalmente diverso; así pues la versión a los demás tiene un carácter individual. Cada miembro de la especie tiene una diversidad individual. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006)

### 3.2.2.1 Individualidad

“El ser humano tiene una diversidad individual, que es la individual diferencia de un individuo respecto de otro”. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006)

La individualidad tiene tres conceptos distintos:

- Toda realidad es por sí misma “esta” realidad, es irreductible como realidad, y en la medida que es irreductible, entonces decimos que es individual. La realidad no es solamente individual en sí misma, sino que lo es por sí misma, y en este “por sí misma” consiste en la irreductibilidad constitucional que algo tiene en cuanto que realidad. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006, pág. 21) Este es un tipo de individualidad, en la que las realidades son todas iguales, sería el caso de las moléculas de oxígeno, si hablo de diez moléculas de oxígeno, me refiero a diez unidades, da igual la una que la otra, esta sería una *individualidad numérica*, en que lo único que les distingue es que una no es la otra. Pero en el caso de los seres vivos, la individualidad tiene otro carácter más complejo, pues no consiste ésta en que uno no sea el otro, sino en que cada uno de los seres vivos es un individuo, a su modo, a su manera; así que no son singulares, son individuales. Este sería un primer concepto.
- Tenemos un segundo concepto: Cada persona humana consiste en su “*suidad*”, “es esta realidad, la mía y no otra”, la individualidad no consiste únicamente en la manera de ser uno, sino que consiste en la manera radical como la realidad me constituye en tanto realidad. “Mi carácter de

realidad es algo que me pertenece en propio: soy mi realidad y no la de otra cosa, es individualidad en el sentido de ser “suyo”. Es *suidad*, y su ser es afirmarse como Yo”. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006, pág. 22) La individualidad se refiere a una realidad, se deja de lado que hay otras moléculas, u otras personas en el mundo; la individualidad es un carácter intrínseco y absoluto de cada realidad, de cada molécula, de cada persona.

- El tercer sentido de individualidad: Ahora lo que hace la individualidad es segregar o distinguir lo diverso respecto de los otros individuos, tiene pues un carácter “diferencial”: es Z y no es B, sólo existe cuando hay especie y dentro de la especie. “La diversidad es individualidad diferencial”. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006) Soy Yo, porque no soy tú, envuelve las otras individualidades.

Todo ser humano en la tierra, “de suyo” es diverso, así la diversidad sería un momento de su realidad. (Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006) Pero con todo lo anterior Xavier Zubiri afirma que:

Con ser indudable, esto no es sin embargo lo más radical. Porque esta diversidad como carácter de mi realidad determina en función transcendental una diferencia en el ser de mi realidad, en mi Yo. (...) La diversidad como dimensión del Yo. (pág. 24) Ya hemos señalado que el sistema de notas de cada realidad humana constituye una forma de realidad, y cada realidad humana es persona, cada quién a su modo, de tal manera que todas las personas somos formas de realidad distintas. Mi forma de realidad se afirma en el acto de ser Yo, el Yo es mi ser sustantivo, es la reactualización de mi realidad sustantivo, es el modo como “soy” frente a los otros. De tal modo que “Yo” soy “yo”, con minúsculas, y la otra persona es “tú” y el otro es un “él” y los demás, lo no definido son “los demás”. “Así pues el ser humano está determinado por sus notas a ser absoluto, único, y está co-determinado por los demás a serlo de modo diverso”. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006, pág. 25)

El ser humano tiene una versión a un tú y a un él, pero desde un Yo, con mayúscula.

La dimensión, no se refiere a una realidad, no hablamos de una realidad individual, sino de una dimensión individual, del ser humano, que es una "(...) realidad sustantiva que se afirma a sí mismo, en un acto que llamamos Yo, frente a toda realidad posible" (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006, pág. 32) Pero el Yo, no es la realidad del ser humano, el ser humano es real desde antes de ser Yo. El ser humano tiene el carácter de ser un Yo, y por consiguiente persona.

En la atención a las personas infectadas por el VIH y enfermas de sida, ¿qué atendemos?, ¿desde dónde diseñamos nuestra praxis? ¿Cuál es la visión de individualidad que tenemos?

Desarrollar la práctica de la atención desde una base que parte de una concepción de individualidad numérica, conlleva la atención de enfermos, o infectados, dos, cinco, diez destinatarios de cuidados. Las acciones que se generan desde el principio de atención de individuos que conforman la diversidad de nuestra especie humana, suscitan la atención de lo diverso, contempla que su destinatario es individuo (en el sentido ya expresado antes) y que por tanto requiere de acciones pensadas para dirigirse desde un principio de individualidad y di-versión. Es claro que hay una generalidad en todos, una serie de aspectos que han de ser atendidos por igual y que no van a cambiar en cada individuo, por ejemplo el monitoreo de niveles de carga viral, de CD4, entre otros aspectos; pero en lo que se refiere por ejemplo a la administración de medicamentos, si hemos de mirar la individualidad de cada persona, aunque referida a y en relación, cada cuál va a requerir de la atención y adecuación a su individualidad.

Si proponemos una atención a la persona humana, hemos de visualizar la diversidad en mi universo, constituido por seres humanos, con esta dimensión individual, diversos, que ante la presencia del VIH, afirma su "ser" a su modo.

Pensemos Ahora las acciones para enfrentar la epidemia desde los que hemos venido reflexionando.

En el caso de la prevención, el diseño de estrategias preventivas para un grupo de individuos, vistos como todos iguales, es sin duda una opción que resulta accesible para la mayoría de los programas y políticas frente al VIH, es menos complicada y posible, pero no por ello es una estrategia efectiva frente al VIH, pues se nos escapará la realidad de las personas, las particularidades de los individuos que conforman el grupo al que voy a dirigir mis acciones preventivas. Este sería el caso de limitar todas las acciones por ejemplo a repartir preservativos, es cierto que el preservativo, como lo comentamos anteriormente, tiene una eficacia de barrera entre el virus y el cuerpo, es en sí, la barrera de látex es un medio efectivo para evitar la transmisión, luego entonces hay que hacer que todas las personas tengan un preservativo; Este presupuesto no tiene la misma eficacia que el látex del que está elaborado el preservativo.

Un plan preventivo que va a la generalidad, caerá en una serie de supuestos, pues se dirige a la diversidad de sujetos y situaciones. No es lo mismo dirigirme a “María” que a “Juan”, aunque ambos son individuos de la especie humana, ambos son personas, que tienen un modo particular de “ser”, incluso en sus mismas notas constitutivas hay notas que hemos de tomar en cuenta, uno es hombre, la otra mujer, su realidad es diferente y condiciona vulnerabilidad; uno puede ser rico la otra pobre, uno tiene ciertas prácticas sexuales y la otra tiene otras distintas.

¿Podemos establecer estrategias de prevención dirigidas a individuos?, Tomar en cuenta esta dimensión individual tiene gran complejidad, y resulta un reto para las personas involucradas directamente en las respuestas; pero incluir esta dimensión, tener presente el reto, podría resultar en mayor eficacia de los esfuerzos.

No hacemos referencia con lo anterior a una propuesta en la que las acciones de prevención, sean entonces, acciones totalmente individuales; esto sería imposible con los recursos a nuestro alcance. Nos referimos más bien a un principio de diversidad dentro de nuestro universo al que hemos de dirigir nuestras acciones, una diversidad conformada por individuos que se autoafirman en la existencia de los otros, pero que son distintos a los otros, son poseedores de realidades individuales, aunque éstas sean abiertas. Si vamos reconociendo las

limitantes de nuestras estrategias, podemos innovar con otras propuestas, podemos construir sinergias que repercutan en la mayor eficacia de las acciones preventivas.

Las estrategias preventivas dirigidas individualmente, pueden ser viables contemplando rasgos comunes que podrían facilitar su ejecución: Hombres, adolescentes, mexicanos, rurales, mestizos, estudiantes de tal grado, etc. Esta diferenciación, ciertamente está en el terreno de una diferenciación sociológica, y no en el terreno de la *individualidad diversa*, pero en la medida que nos acercamos a la individualidad de los miembros del grupo, nos acercamos a la eficacia de nuestras acciones. La generalidad es abarcadora pero poco efectiva.

### 3.2.3. *La dimensión social*

El “individuo”, en el sentido de “diverso”, convive con sus progenitores desde que existe; de esto surge otra situación distinta a la diversidad, pues cada miembro de la especie no está situado únicamente respecto a su propia vida, sino que esta co-situado con todos los demás. Esta co-situación produce la *convivencia*, que ésta lleva a los vivientes a conformarse de una u otra forma, y a constituir lo que se llama *sociedad*. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006)

La sociedad es propia de los seres humanos, aunque algunos hablan de sociedades animales, éstas no lo son, puesto que un animal no trabaja por estímulos reales, sino por estímulos *signitivos*. Esto es, en el caso de las abejas, éstas se mueven en un ángulo constante respecto a los rayos del sol, que determina sus acciones, que son coordinadas entre todo el grupo. Pero sus acciones se hacen por estímulo y no por decisión, no trabajan intencionalmente, sino *signitivamente*. Por todo lo anterior, los animales forman agrupaciones y no sociedades. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006)

En el caso de la especie del animal de realidades, “no tiene simplemente una versión *estimúllica signitiva*, sino una versión de una realidad a otras realidades” (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006, pág. 39). Es justamente el momento de realidad lo que constituye el carácter propio de una sociedad frente a una agrupación animal. Así pues sociedad es una convivencia fundada formalmente en la realidad que tiene dos caracteres:

1. Es una convivencia por generación. No hay sociedad sólo porque hay socios. Es ciertamente una convivencia de generantes y generados, es una convivencia de índole filética: es convivencia dentro de un mismo *phylum*, de una misma especie. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006)
2. Convivencia formal e intrínsecamente genética en la realidad en cuanto realidad. El ser humano no nace solo a la vida, sino que nace a la realidad como realidad. Así pues los seres humanos están vertido cada uno desde sí mismo a los otros. Profundicemos en esto.

### 3.2.3.1 Versión a los demás

Se trata de una versión de convivencia, Yo no estoy vertido a “los” demás, sino a “estas” personas, a “estos” que me rodean. Ahora bien, esta versión a los demás no es una añadido a cada ser humano, como si cada ser humano fuera una realidad a la que se le añaden “después” una relación con otros. Todo lo contrario, cada ser humano es en sí mismo y desde sí mismo, un ser humano vertido a los demás. Es “de suyo” una realidad en versión a los demás, esta versión pertenece a la realidad sustantiva del ser humano. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006). La versión a los demás es radical y formalmente de carácter genética, pues nacemos de otros y por ello somos especie, y en ella y por ella estamos vertidos a los demás.

Por estar vertido a los demás estoy en co-situación con ellos. Nuestra vida es parte de la vida de los demás y la vida de los demás es parte de mi vida, ya hemos señalado antes como los otros me afectan aún sin darme cuenta. La co-

situación es una co-situación de realidad, y esto es lo que constituye la raíz última de y concreta de unos seres humanos a otros.

La versión del ser humano con los otros, acontece en un mundo humano, y la constitución de este mundo humano es previa al encuentro con los otros y fundamento del encuentro. ¿Qué es un mundo humano?, Los progenitores van dando satisfacción a necesidades o dando cosas a aquel que cuida, antes de que éste pueda darse cuenta, de tal forma el niño a través de estos actos va adquiriendo lo que se podría llamar el carácter “humano” de su vida. Esto que le viene de fuera es la conformación de su humanidad. Va adquiriendo un mundo y un carácter humano. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006) Esto que hemos señalado supone la existencia previa de un mundo humano en el que vivan todos los convivientes. La versión es la constitución del mundo humano, en el que el niño adquiere los caracteres de co-hominidad, (humanidad) estos caracteres que envuelven al niño y a los demás son el mundo de la convivencia, que es lo que permitirá el encuentro entre humanos, un mundo humano.

Es justamente en este mundo humano en donde descubrimos a “los otros”. Estos “otros” primariamente, no son “otros”, ajenos a mí, sino que son “míos” son *mi* madre, *mi* padre, *mis* hermanos. Son algo mío desde que son distintos a mí. Estos “otros” van cobrando la figura de ser “otros”, pero son “otros como yo”, hasta que vamos descubriendo que son “otros que yo” con los cuales con-vivimos, se da con estos la *convivencia*.

### 3.2.3.2. *La convivencia*

¿Qué es convivir? Se ha pensado a la convivencia como colaboración, se ha explicado como un estatuto, una institución, a través del cual los individuos estatuyen precisamente un modo de convivencia que se ha entendido desde distintos pensadores como un contrato, una cesión, una con-currencia. Pero para que esto suceda, afirma Zubiri, hace falta que el hombre se encuentre con los

demás, y esté vertido a ellos (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006), con lo cual los planteamientos anteriores están llegando tarde, pues ya ocurrió entonces la convivencia; previo al establecimiento de un contrato o negociación, ya se ha dado la con-vivencia, surge luego de ésta la “institución”. Así se han desarrollado otras explicaciones respecto a la convivencia. Veamos ahora, la descripción presentada por Zubiri: La convivencia como co-realidad.

“La convivencia no es Colaboración, no es Estatuto, no es Compresión: es una co-realidad constitutiva” (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006, pág. 51) La convivencia es un carácter específico de realidad propia de la sustantividad humana en cuanto tal, el ser humano es co-real con otros en razón de su propia realidad. De la idea de una sociedad que no tiene como fundamento la organización, sino la solidaridad, surge concebir a la convivencia como solidaridad inter-individual. Pero ¿en virtud de qué se da esta solidaridad?, la solidaridad no sigue a mi realidad sustantiva, sino que la constituye, el solidario debe de estar referido a otro con el que se hace “sólido”, pero este sentido de solidaridad es resultado de la convivencia, no es su fundamento. Convivir, afirma Xavier Zubiri, es:

“(…) estar vitalmente presente a los demás, esto es, formar cuerpo con ellos. Corporeidad consiste en actualidad, en *presencialidad* de la vida de cada cual dentro de la vida de los demás, y recíprocamente, de los demás dentro de mi propia vida. Como esta presencia es co-presencial, el cuerpo de todos conmigo y de mí con los otros, es uno y único; y este único cuerpo es la convivencia. El hombre es “de suyo” un cuerpo social” (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006, pág. 56).

El “Cuerpo social” no es contemplado en términos de organización o solidaridad, sino en términos de actualidad.

Hemos explicado lo que para Zubiri es convivencia, ahora ¿cómo es que se convive? Esta versión que el ser humano tiene a los otros puede tener maneras distintas. Primero, podemos estar vertidos a las demás personas en tanto que son “otras”, esta es: una versión impersonal, en que las personas quedan impersonalizadas por reducción de lo personal a mera alteridad es a lo que se

llama sociedad, ésta es impersonal en alteridad; sociedad no significa convivencia humana, sino una forma restringida de convivencia. El segundo tipo de convivencia es en el cual yo tomo cuerpo, con la vida de los demás, no en tanto “otros” sino en tanto “personas”, la vida es esencial y constitutivamente personal; es comunión personal. La característica de la comunión personal es la insustituibilidad de cada persona. Este tipo de convivencia se da en una sociedad. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006)

Hay un planteamiento radical en la tesis de Xavier Zubiri: La *refluencia*, esto es algo que sale de dentro de cada individuo, lleva en sí el esquema de los otros por el cual ésta vertido a los demás; lleva en sí un esquema posible de convivencia con otros seres humanos. Este esquema tiene que ver con que el ser humano es una realidad abierta, y en tanto abierta se relaciona y afecta por las otras realidades también abiertas.

El ser humano se pertenece a sí mismo en alteridad, esto quiere decir que el Yo como individuo (dimensión individual) no se opone al Yo social, lo que hay es una diferencia entre la dimensión del Yo como mío y el Yo como comunal. Existo como Yo porque existe un Tú y un Él, en mi acto de ser individuo es justamente cuando me reafirmo como parte de una sociedad, en relación con otros.

Hemos hablado sobre la importancia de contemplar en nuestras acciones la dimensión individual, la atención a personas que son diversas y que requieren por tanto una atención en su diversidad individual. Hemos dicho que las acciones preventivas en la medida que sean más dirigidas a cada individuo tendrán mayor eficacia. Ahora bien, en el plano de la atención a los infectados por el VIH y las personas enfermas de sida, habremos de contemplar la dimensión social que surge desde la versión a los otros, que nos coloca en una co-situación. No podemos atender una enfermo, a una persona con VIH o cualquier ser humano susceptible a la infección por VIH, si no contextualizamos su entorno de convivencia, su modo de con-vivir que le determina posibilidades y riesgos en sus mismos proceso de tratamiento, seguimiento y prevención. La presencia del VIH será pues, en un ser humano concreto, en un individuo, pero no será una presencia aislada o individual, sino una presencia social, en una comunidad que

participa de una “comunidad personal” que por tanto afectará al grupo, a sus relaciones de convivencia, y por ello las acciones dirigidas a atender y entender el problema que surjan desde mirar esta dimensión tendrán que ser acciones que atiendan a la personas en relación a su sociedad personal.

Pasemos a la dimensión de la atención al problema del VIH para hacer prevención y disminuir sus repercusiones. Hemos dicho antes, que las acciones actuales y el modo como entendemos el problema han contemplado a éste como un problema biomédico, que se plantea como pregunta central: ¿Cómo impedir la entrada del virus al cuerpo?, demos un paso adelante y miremos al ser humano como unidad sustantiva psico- orgánica, ¿Cómo evitar que el virus entre e infecte a esta unidad? Después del camino recorrido, hemos de complejizar nuestra reflexión y nuestras acciones, debemos preguntar cómo evitar la entrada del virus en un ser humano que tiene una dimensión social, que está vertido a los otros y los otros están vertidos a él, un ser humano que vive en co-situación.

En la línea del tiempo del desarrollo de la epidemia, se ha hablado de grupos de riesgo (Journal/Revista, 2008), esto sobre todo en los inicios de la epidemia; el término resultó en una controversia debido al estigma que imprimía a algunos grupos sociales, corrigiendo este término se comenzó a hablar de prácticas de riesgo (Gil, 1999), entendidas éstas como aquellas prácticas en las que se da un intercambio de fluidos que pueden transmitir el VIH y sida. Hoy se ha comenzado a hablar de vulnerabilidad a la infección, resultando en un concepto más amplio pero a la vez más complejo.

Contemplar la dimensión social del ser humano, nos hace referirnos al término de factores de vulnerabilidad social, que se refiere a los contextos sociales, del grupo y el entorno en el que el ser humano con-vive, que vienen a determinar la posibilidad de infectarse del VIH o no. Ejemplifiquemos esto:

Para una comunidad rural, del estado de Jalisco, en México, una política podría focalizarse en el concepto de prevención: “prácticas de riesgo”; según este concepto, una de estas prácticas sería el “sexo sin condón”. La acción que habría de desarrollarse sería pues, informar sobre el riesgo de tener relaciones sexuales con penetración, sin condón y ante esto, por lógica habrían de repartirse condones

a la población para así enfrentar las causas de las nuevas infecciones: la no utilización del condón en una relación sexual en la que hay intercambio de fluidos. Ahora bien, una acción que surge del analizar los factores de vulnerabilidad social, nos lleva a acercarnos y contemplar las formas de con-vivencia de las personas de esta comunidad, cómo es su realidad en co-situación con tal grupo humano con el que conviven y que les determina factores sociales de vulnerabilidad. Si decidimos ejercer acciones de prevención a la infección, dirigida a los varones, adolescentes que van a la escuela, superando el concepto de factores de riesgo, y partimos de factores de vulnerabilidad social, se hace pertinente comenzar con la pregunta: ¿Qué conceptos les han transmitido sus progenitores? ¿Cómo es el contexto socio-cultural en el que hemos de desarrollar la acción preventiva?, ¿cómo se hace presente el VIH en esta realidad?, partiendo de contemplar individuos, hemos de llegar al reconocimiento de como en su diversidad conforman su con-vivencia; hemos de ubicar tabúes, estigmas, percepciones, roles de género, etc., para reconocer los factores sociales que van a determinar las vulnerabilidad de las personas a las que vamos a dirigir las estrategias preventivas. Sin la transformación de estos factores sociales de vulnerabilidad, sería poco efectiva una acción de prevención basada únicamente en informar que deben utilizar un medio de prevención, como el preservativo. Requerimos pues de acciones más amplias que la información y la distribución de condones, requerimos de acciones multidisciplinarias que contemplen, por ejemplo, la formación sexual, las relaciones de poder y género; y la transmisión de información, conceptos e ideas que repercuten en disminuir el riesgo a la infección en el contexto social-cultural en el que el sujeto se encuentra, desde una disminución de aquellos factores determinantes de vulnerabilidad.

Las dimensiones individual y social, nos llevan a una última dimensión: la dimensión histórica.

### 3.2.4. La dimensión histórica

La dimensión histórica es la tercera de las dimensiones del ser humano descritas por Xavier Zubiri, (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006) Es necesario para entender su descripción comenzar por definir qué es la historia desde el punto de vista de perspectivas del ser humano.

La historia es un movimiento, y no se trata de un movimiento de pura sucesión, pues no todo movimiento es histórico. En la historia cada momento esta “apoyado” en el anterior y es apoyo del siguiente, por ello cada momento “*procede-de*” y “*procede-a*” respectivamente, estos son los dos momentos constitutivos de un proceso. Por ello *la historia es formal y constitutivamente un movimiento procesual*. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006, pág. 114) Con lo descrito anteriormente podríamos entender que en este proceso los caracteres humanos se van transmitiendo de progenitores a engendrados, y esto sería una *transmisión genética*. (pág. 114), pero la historia no es formalmente un proceso de transmisión genética pues en este proceso le faltaría el momento de realidad, pues el ser humano no es solamente constituido por notas psico-orgánicas, es además un animal de realidades que posee una *inteligencia sentiente* con la que se enfrenta a las cosas y consigo mismo como realidad, esto está transmitido genéticamente, pero no basta para instalar en su vida humana al recién nacido, pues debe hacerse cargo de su realidad, de manera optativa, el ser humano vive optando por algo, y aquello por lo que ha optado es por una forma de estar en la realidad, opta por una figura de su realidad. El ser humano está en la realidad, vive en ella y debe hacerse cargo de ella, incluida la realidad suya, de sí. Si tengo hambre, no he optado únicamente por comer una manzana, he optado por estar satisfecho y no insatisfecho. Así pues el ser humano se posee a sí mismo en una forma de estar en la realidad, en el todo de la realidad. La forma de estar en la realidad no es transmisible genéticamente a través de sus progenitores, éstos han de darle un modo de estar humanamente en la realidad;

esto constituye radical y formalmente la historia. “La historia es transmisión de una vida que no puede ser vivida más que en formas distintas de estar en la realidad”. (pág. 116)

Se ha afirmado, que el ser humano no sólo transmite los caracteres psico-orgánicos, sino que instala inexorablemente un modo de estar en la realidad. No es sólo transmisión, es entrega de este modo de estar en la realidad, esta entrega será llamada tradición (*traditio*) por Zubiri; así pues el proceso histórico es concretamente tradición. Podemos concluir que la vida se transmite genéticamente, pero las formas de estar en la realidad se entregan en tradición, tomando distancia de la idea de ser tradicional. Y así la vida humana siempre comenzará montada sobre un modo de estar en la realidad que le ha sido entregada.

En nuestro mundo, la presencia del VIH y sida en la realidad tomó por sorpresa a la humanidad, fue una realidad nueva que debía ser entendida y atendida y sobre las que se tenían pocas opciones para actuar frente a ella, como sucede con toda realidad nueva que se nos hace presente en nuestro horizonte de realidad. Ante la realidad del sida se optaba sobre modos recibidos, pero éstos no alcanzaban a explicar esta realidad. Estos modos conocidos y que habían funcionado para problemas “parecidos” que afectaban la vida del ser humano, como epidemias, enfermedades, etc. Estos paradigmas de acción resultaron poco eficaces frente a este nuevo problema. De entre las opciones conocidas, se fueron tomando aquellas que respondían a la urgencia que significaba en su primera fase la epidemia del sida: la muerte de varones homosexuales sin una causa conocida. Pero también se manifestaba junto a estas primeras acciones el miedo a lo que causa muerte y que además nos resulta desconocido, nuevo. Esto sin duda generó la discriminación.

No teníamos una tradición frente al sida que nos incorporará un modo de plantarnos frente a esta nueva realidad problemática presente en nuestro mundo; pero si se desarrolló una serie de conceptos, ideas como el estigma y la discriminación, que se arraigaron en nuestro modo de estar frente esta realidad. Este ha sido un proceso histórico que al ir desentrañando nos ha permitido

mejorar las opciones que tomamos frente al VIH y sida, en todos los niveles de toma de postura y acciones, incorporándoles a este proceso histórico a la tradición.

Zubiri afirma en su libro *Tres dimensiones del ser humano* (Zubiri, *Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica*, 2006): “Sin tradición no hay historia” (pág. 120) Como ya le hemos comentado, no nos referimos a que la historia consista en “ser tradicional” en el sentido más común del vocablo. Retomemos que la tradición para Xavier Zubiri consiste en “entrega”, entrega de un modo de estar en la realidad, que el que lo recibe podrá modificar, romper e incluso desechar en algunos aspectos. “La tradición es un proceso por el cual se instala el animal de realidades que nace en una forma de estar en la realidad”. (pág. 122) La forma de estar en la realidad, en cuanto procede de los progenitores es una continuación de lo que éstos han querido entregar de sí mismos, así la tradición tiene un momento *continuable* que es decisivo, en él se jugará la suerte de la tradición. Lo recibido no se repite totalmente, podría parecer que es así. “La tradición a veces toma formas distintas no a pesar de ser la misma, sino justamente al revés para poder seguir siendo la misma”. (pág. 122) Esta reflexión la podríamos aplicar a diferentes posturas, acciones y opciones frente al VIH y sida, en un deseo de superar la visión dualista del ser humano pudimos haber cambiado nuestro discurso, con la intención de incluir una “visión holística” de hombre que contempla la “integralidad”, y sin embargo, pudimos mantener, por el peso de la *tradición*, el modo dual, separado, de atender y entender al ser humano, y a nosotros mismos.

Sobre lo recibido, y apoyado en ello, el hombre vive optando por formas de realidad, y es esta opción justamente el carácter formal de la constitución de la vida humana. El ser humano está instalado en una realidad que le es entregada, y que sobre ella hará operaciones parecidas a las que hicieron sus progenitores y con ello cambiara en distinto nivel la tradición recibida; en el mismo modo como vive lo recibido está ya incoativamente una progresión, un

cambio. “La vida no tiene más remedio que ser entregada. Y por esto, la tradición y la historia en ella constituida es una tradición *progresiente*” (pág. 123) Podemos pensar fundamentados en lo anterior que cada ser humano tendrá un “modo” recibido, de hacerse cargo de su realidad, en este caso la realidad del VIH presente en su vida. Se abre aquí un campo de análisis que dará pauta al diseño de acciones de acompañamiento y atención a las personas con VIH, con la finalidad de “otorgarle” otros modos, que se traducirán en posibilidades de hacerse cargo de su realidad. Si la persona con VIH recibe su situación desde una “tradición” que le dice que se trata de una enfermedad mortal, desde estos modos actuará para estar en esta nueva realidad, con todas las repercusiones y posibilidad que ello conlleva, por el contrario, si recibe su situación desde nuevos elementos que le indican que se enfrenta a un problema crónico de salud, que puede ser controlado, las posibilidades y repercusiones serán distintas.

El sujeto de la tradición es la especie, y no el individuo, como podría pensarse; es justamente el *phylum*, la especie, el vector de la tradición. La tradición afecta a los individuos, ciertamente, pero sólo por el hecho de pertenecer al *phylum*, y está es una afectación que Zubiri habrá de llamar afectación por *refluencia*; ésta tiene aspectos que son los modos que la tradición puede afectar al ser humano. Uno, es el modo como la tradición afecta a cada uno de los individuos en cuanto realiza su modo propio de estar en la realidad, así la tradición es un momento de la vida propia de cada ser humano, un momento de lo que constituye su *biografía* (pág. 124). Zubiri ha afirmado que cada ser humano es siempre el mismo no siendo nunca lo mismo, es una realidad abierta no clausurada, esto es la esencia de la *biografía*. Sólo la vida personal en cuanto personal es a lo que debe llamarse biografía.

Cada ser humano está co-determinado por los demás en su modo de ser absoluto, pues resulta que a su modo de poseerse a sí mismo le pertenece

constitutivamente el poseerse *filéticamente*. Así la tradición es un momento esencial de la biografía. (pág. 125)

La tradición claramente afecta al individuo, pues éste pertenece a un *phylum*, sujeto de ésta, esto es, que el ser humano es afectado por la tradición en cuanto convive con los demás, viviendo en sociedad. Entonces, la tradición no constituye su biografía (nivel de apropiación personal), sino que constituye la historia: la tradición de lo social. Podríamos afirmar que la historia es impersonal, aunque esto impersonal sea un modo de las personas. Una personalidad determinada históricamente lo es en referencia a lo que hizo, o con quién y cómo se relacionó. Esbozamos en este párrafo ya la importancia de trabajar en el caso de las políticas frente al VIH y sida, no sólo a nivel individual, como lo hemos señalado en otros renglones, sino a nivel del *phylum*, de la tradición, la historia que se convierte en un sujeto de nuestro estudio y atención si realmente queremos que las políticas de respuesta al problema tengan un impacto en el modo como los sujetos ejercen sus opciones, como se plantan frente a la realidad del VIH en sus vidas, ya sea hablando de prevenir la infección o de vivir la infección, de cualquier modo el ser humano ha de *haberselas* con esta realidad, tomando opciones personales en el marco de lo social, como también ya lo hemos comentado antes; pues el *phylum* afecta intrínsecamente a cada individuo en forma constitutiva, constituyendo tanto su convivencia social como su prospección histórica. (pág. 130) Surge aquí la necesidad de un trabajo en lo que podríamos llamar, transformación de percepciones, que serán transmitidas en el *phylum*, de individuo a individuo, de algún modo esto es transformación de la historia.

Hemos de profundizar en el concepto de historia, fundamental al referirnos a la dimensión histórica del ser humano.

#### 3.2.4.1 *historia*

Xavier Zubiri describe como una tesis errónea del concepto de historia, la que se refiere a ésta, como una serie de vicisitudes, entendidas desde su concepto

etimológico, lo que le pasa a un individuo o a sociedades, así pues, esta tesis afirmaría que historia es esencialmente vicisitud. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006) Pero la historia no se cuenta, sino que se comprende. Es cierto que al ser humano le pasan vicisitudes, es necesario que le pasen por su misma constitución del ser humano. Pero la historia no es vicisitud, sino un momento formal y constitutivo del ser humano. (pág. 132) La historia está montada sobre algo recibido en continuidad *tradente*, expresada en monumento, documentos, obras, etc. De alguna manera la historia sería realidad humana en cuanto atestiguada en continuidad. De aquí se desprende la tesis también errónea para Zubiri, que afirmaría que la historia es testimonio, un testimonio que nos entrega algo, está entrega sería tradición, pero el punto es ¿qué es lo que nos entrega? Nos entrega realidad, de dos formas: como caracteres psico-orgánicos concretos y por otro lado nos entrega modos de estar en la realidad, ya lo hemos comentado antes con amplitud. Estos, constituyen dos aspectos de los actos humanos.

Los modos de estar en la realidad cambian de acuerdo a las circunstancias de realidad de cada uno. Se afirmaría de manera errónea que lo que la tradición nos entrega es el sentido de los actos, así historia sería la transmisión de sentido. Pero la historia no es el ámbito de transmisión de sentido. Si se transmite el sentido de los actos, pero este sentido tiene dos aspectos: Por un lado el sentido que algo tiene, esto es el “sentido tenido”, y por otro lado, y que realmente nos importa en esta reflexión es el sentido de las acciones humanas, que deben tener sentido para ser acciones humanas. Así, la opción del ser humano no es sobre el sentido tenido, sino sobre un modo de estar en la realidad; se podría afirmar entonces que la historia es entrega de la realidad. (pág. 135) Zubiri niega esta afirmación argumentando que en esta entrega no solamente se nos entregan las notas psico-orgánicas, pues no somos iguales que el hombre de cromañón, pues nuestra realidad misma es la que nos hace diferentes y no las notas psico-orgánicas, justamente en este ser diferente es en lo que consiste el momento de realidad. Afirmar que la historia es entrega de realidad, sería afirmar que ésta sería un proceso de producción y de

destrucción de realidad, (pág. 135) sería un proceso de realización meramente efectiva, y ello no es así, pues la historia tiene un carácter procesual con connotación temporal: algo “fue” y ya no “es”.

Los progenitores han entregado precisamente modos de estar en la realidad, pero como principio de posibilidades para que los descendientes construyan su modo propio de estar en la realidad, aceptando, rechazando, modificando estos modos. Es justo en ello en lo que consiste la tradición, ya lo hemos afirmado antes, consiste en esta entrega de modos de estar en la realidad pero como principio de *posibilitación*. Así, la historia es el suceso de los modos de estar en la realidad, es una *posibilitación* de modos de estar en la realidad. El pasado ya no es realidad, pero es posibilidad que se ha entregado y de algún modo mantiene una presencia en la realidad. El pasado no continúa como realidad, pues entonces no sería pasado, pero continúa como *posibilitación* y esta continuidad es proceso, pues cada momento no sólo viene del anterior, sino que está apoyado en él, y como proceso de *posibilitación* ya que cada posibilidad está apoyada en la anterior. La realización de posibilidades es suceso, por ello la historia es un proceso de sucesos y no un proceso de hechos. Entender pues un suceso, no es sólo conocer sus causas, sino conocer el proceso por el que una posibilidad realizada es principio de la posibilidad de otras, así el dinamismo de la historia es el de la *posibilitación*. (págs. 140-141) La historia como principio de *posibilitación* nos lleva a las personas individuales, pues es en ellas en las que transcurre este proceso, hemos de profundizar en qué es lo que la historia aporta a cada uno de los individuos por el hecho de pertenecer a ella, aspecto importante para nuestra reflexión.

#### 3.2.4.2. *Dimensión histórica de la persona humana*

La dimensión histórica de la persona humana es *refluencia de la prospectividad esquématica* de mi realidad sustantiva sobre esta misma realidad. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006, pág. 141) ¿Qué

es pues lo que la historia aporta a la realidad de cada individuo? Sobre esto se han desarrollado distintas tesis, que Xavier Zubiri señala como tesis erróneas. En una primera tesis se afirma que el aporte de la historia al individuo es “maduración”, el ser humano es considerado como una realidad germinal, y es la historia la que habrá de aportar la germinación, así pues, el ser humano va madurando. Pero el ser humano no es una realidad germinal, sino que tiene la plenitud de sus notas y de sus virtudes ya germinadas. Ciertamente la historia añade algo a los seres humanos, pero este añadido no es madurez. Se desprende una segunda tesis errónea, que considera como aporte de la historia la “desvelación”. Parte de afirmar que el ser humano puede hacer muchas cosas, pero será la historia la que desvela, despliega, este poder. Pero no afirma esta tesis que es este “desvelar histórico”, sino que resulta ésta, incluida justamente en el “poder”, sin profundizar en la reflexión sobre esta afirmación.

Para profundizar en esta reflexión, es necesario conceptualizar lo que el ser humano “puede” o “no puede” hacer históricamente, pero en qué consiste este “poder”. Es tomado este concepto en el sentido más inocuo de “poder hacer algo”. Para los griegos, Aristóteles, poder era entendido como *dynamis*, “potencia”: algo que puede recibir actuaciones o actuar sobre algo, distinto a sí o sobre sí mismo. Para los latinos, poder fue entendido como “facultad”. La *inteligencia sentiente*, del ser humano no es potencia, es facultad compuesta por dos potencias: *sentir e inteligir*. La inteligencia siendo *sentiente* es como está facultada para su intelección. Nos encontramos frente a dos conceptos: potencia y facultad. Zubiri aporta una tercera pista, al señalar el ejemplo del hombre del cromañón, éste tenía las mismas potencias y facultades que nosotros tenemos, pero no las mismas posibilidades. Así pues, potencias y facultades iguales pueden poseer posibilidades distintas, pues toda facultad necesita ser positivamente posibilitada para los actos que le son propios en cuanto facultad, este sería el tercer sentido del poder: “poder como *posibilitante*”. Este poder no es una yuxtaposición a las potencias y facultades, sino que son estas mismas alcanzando determinados objetos y actos suyos, esto es llamado por Zubiri “dotes”: son las potencias y facultades precisas y

formalmente en cuanto principio de posibilidad. Con las mismas potencias y facultades los seres humanos pueden tener distintas dotes, que pueden adquirirse, modificarse e incluso perderse. Lo anterior tiene que ver con la situación en que se encuentra el ser humano. Pensemos en dos personas infectadas por VIH con las mismas facultades y capacidades, ambas son seres humanos, pero ambas se encuentran en distintos contextos: una vive en Europa y la otra en México, ello les da distintas posibilidades. Los objetos y actos que alcanzaran (dotes) serán muy distintos, directamente sus posibilidades serán diferentes como consecuencia de su lugar de residencia. De aquí que en un proceso de acompañamiento y atención a personas afectadas por el VIH y sida, hemos de tener muy en cuenta este aspecto. Y aún en el diseño e implementación de políticas públicas para hacernos cargo del VIH debemos de contemplar el dotar de nuevas posibilidades, hacer de algún modo historia frente a esta realidad, de manera que posibilite y genere cambios que van a preceder-a y preceden-de.

Los dotes se adquieren, ¿qué es posible?, no sólo el objeto es posible, sino lo que es posible hacer con éste en mi vida. Lo posible nos confiere una forma de estar en la realidad, ya lo hemos señalado antes, por ello lo posible se llama “posibilidades”, que se fundan en lo posible, antes de ser “posibilidades más” están fundadas en lo posible, y de entre ellas el hombre opta, se apropia de la posibilidad y la incorpora a sus potencias y facultades.

Después de lo anterior, volvamos a la pregunta: ¿en qué consiste la historia como determinación de cada individuo? Historia dimensional consiste formalmente en ser proceso de capacitación. Centremos nuestra atención en este “ser proceso”, como ya lo hemos señalado, cada estadio sucede al anterior, y se apoya en él. Los dotes, las capacidades surgen apoyadas en otras capacidades. Las acciones no nos determinan sólo en sí mismas, sino también por el momento procesual en que acontecen. La historia es pues un proceso muy determinado, es un proceso de capacitación.

En la historia hay verdadera producción de algo que realmente “no era aún”, hay producción de capacidades, éstas vienen del proceso histórico, la

historia aporta a cada individuo su capacitación. Este es un aspecto importante a analizar en las estrategias de atención al ser humano afectado por el VIH, al agregarse el VIH a su realidad, sus capacidades se verán afectadas, y éstas serán sujeto de atención, no sólo habrá que atenderse las facultades afectadas, sino el cuidado y el desarrollo de capacidades fundadas en la ya capacidades existentes y posibles, ampliando así sus posibilidades para hacerse cargo de su nueva realidad. El ser humano adquiere o pierde capacidades por su vida personal, su educación, su enseñanza, esto repercutirá en su “ser capaz”.

La historia es primaria, radical y formalmente proceso *tradente* de capacitación, es la capacidad de formas de estar en la realidad. La historia como proceso de capacitación implica cíclicamente persona e historia, la persona con sus capacidades accede a unas posibilidades, que apropiadas se naturalizan en potencias y facultades, y cambian las capacidades ya existentes, abriendo un nuevo ámbito de posibilidades, este el ciclo: capacidad, posibilidad, captación. Es la historia como proceso. (Zubiri, Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica, 2006, págs. 141-155)

La historia, como dimensión, como proceso de capacitación está radicalizada en la inteligencia sentiente, por ello el ser humano es esencia abierta al todo de la realidad y por serlo es procesual. Por ser esencia abierta está abierto a ser capacitado y esta capacitación en la esencia dimensional de la historia, el ser humano está abierto al proceso histórico. (págs. 156-157)

Todo lo descrito en este capítulo nos presenta el aporte de Xavier Zubiri, su filosofía sobre el hombre (ser humano), las tres dimensiones del ser humano que han sido descritas, no tienen un orden de importancia o prerrogativas sobre las otras dos. Las tres son independientes entre sí, aunque están implicadas en el Yo.

Esta propuesta, antropológica nos ha ido aportando elementos para una reflexión frente a la realidad del VIH y sida, y los retos que éste nos presenta a la humanidad. En el siguiente capítulo, concluiremos con apuntes, desde lo aquí abordado que nos permita incorporar nuevos horizontes de respuesta y

posibilidades para hacernos cargo de nuestra realidad con mayor eficacia y humanidad, ponernos en camino de un proceso *humanizante*.

CAPITULO IV  
Horizontes

Hemos señalado al principio de este trabajo, que no podríamos afirmar que las acciones frente al VIH y sida han sido inútiles. Los recursos y los esfuerzos que se han invertido frente al VIH han tenido un impacto, pero éste no ha sido suficiente para frenar la epidemia, ni en muchos casos han aprovechado las mejores posibilidades para atender el impacto de la misma.

Pareciera que todos tenemos claro, a nivel de conceptos lo que ha de fundamentar nuestras acciones. En el discurso está asumida la “atención integral” y las “políticas integrales” que miren la complejidad del problema. Pero hemos señalado, que mirar a la totalidad no implica asegurar la integralidad. Y esto tiene sus consecuencias.

En la base de todas las acciones frente al problema, existe una visión antropológica, con la que se ha atendido y entendido al ser humano en relación al VIH y que ha dado origen a las políticas públicas para hacer frente a los desafíos que el VIH y sida nos presenta, pues es el ser humano, el destinatario de las acciones; en ello sustentamos la afirmación de que hay un concepto de ser humano a la base de las acciones. El concepto de ser humano, parece ser un factor importante que marca las acciones, la eficacia de los recursos y la calidad de vida de las personas con VIH.

La reflexión sobre nuestra praxis, desde bases filosóficas, nos aporta elementos que han de ser pauta en nuestras acciones frente al VIH y el Sida.

En este último capítulo, trataremos de señalar, desde algunos elementos filosóficos, que han sido expuestos con amplitud en el capítulo anterior y otros que expondremos, aspectos fundamentales que deben ser considerados en la acción frente al VIH y sida, ya sea a nivel de la atención directa a las personas que viven con VIH o en el diseño y aplicación de políticas frente a la epidemia.

Lo anterior deriva en una propuesta que incluye reformular ciertas prácticas, que nos llevará al terreno de lo multidisciplinar y a la horizontalidad. Sería tal vez nuestra propuesta, más que un sólo cambio de visión de ser humano, una objetivación de este concepto, una ampliación de horizontes y una novedad de “modos” de estar actuando frente a la epidemia, en un ejercicio que de lugar a una atención integral.

Consideramos importante partir de lo que se refiere a la “atención integral” desde esta reflexión.

#### **4.1 Atención Integral**

Definiremos la atención integral como la atención de todas las partes referidas a la totalidad. No es una atención integral aquella que contempla la totalidad de las partes, si éstas no son miradas en referencia unas con otras, como parte de un sistema. En el caso del ser humano, en términos de Xavier Zubiri, como notas de una sustantividad.

La afirmación anterior, contempla que para atender la unidad hemos de mirar la parte o el subsistema, de hecho, así es como se ha intentado ejercer la llamada atención integral, a través de programas que incluyen nutrición, atención médica, psicología, atención espiritual, etc. No sería posible una acción que abarcara la totalidad del ser humano, o del problema en un sólo acto. Por ello atendemos “las partes”, y se logra atender de este modo la totalidad, pero de manera departamentalizada. Es verdad que la eficacia proviene de los buenos elementos, en este caso las prácticas adecuadas en la atención de las distintas esferas; Pero la presencia de los malos elementos no deja de incidir en la dirección que tome la eficacia (Lewis, 2000), un mal elemento es la departamentalización y separación de las esferas.

La atención integral ha de enfocar la parte, ha de partir de ésta y para ello existen especialistas en ella, pero no ha de reducir la totalidad de su horizonte a ésta, o creer que el conocimiento que posee es la totalidad del conocimiento. Esto

implicaría, como lo afirmó Newman: “una mutilación del conocimiento”. Un conocimiento que sea específicamente humano no es ninguna actividad aislada, sino un grupo de actividades, todas diferentes. Cada parte es precisamente lo que es, debido a sus relaciones funcionales con las otras partes. Las partes determinan lo que tiene que ser el todo. (Lonergan, 2008)

El conocimiento estaría mutilado al perder una parte, el todo y las partes se van entendiendo juntos. Así, la omisión de una parte tiene como resultado una distorsión. “Si nuestro horizonte es demasiado estrecho, nosotros conoceremos poco, y omitiremos factores relevantes que deberían de pertenecer a aquella totalidad que es el horizonte. Más aún, omitir una parte no significa que el sitio de la parte omitida permanezca libre; más bien significa que otras ramas del conocimiento trataran de llenar el hueco, y darán respuestas a cuestiones situadas fuera de su competencia. El conocimiento es un todo compacto, y la distorsión es el resultado inevitable de la omisión de una de sus partes” (Lonergan, 2008, pág. 273) Lo anterior, expuesto por Bernard Lonergan, a propósito del Teorema de Newman, nos lleva a mirar el peligro de la supremacía, en la atención, de una esfera sobre las otras. A propósito de lo anterior y referido a la teología, Lonergan continúa señalando en su escrito, que la omisión de esta ciencia, llevaría a que cualquiera pueda determinar sobre ella, y con ello nos hallaremos ante el fenómeno del *falso experto*: las cuestiones referentes a la religión serán abordadas por otras disciplinas. (Lonergan, 2008) Esto lo podemos traducir a nuestro problema, si omitimos de nuestro horizonte (expresado en el diseño de políticas y acciones) a las disciplinas que atienden otras partes de la realidad del ser humano, con sus dimensiones, y colocamos por encima de las otras a la esfera corporal, y con ella a los agentes de la salud, específicamente los médicos. Podrían éstos en mayor o menor escala, decidir sobre aspectos que no les conciernen u omitirlos, logrando con ello una lectura biomédica del problema. Esto nos lleva a un segundo punto: de un problema biomédico a un problema social.

## 4.2 De un problema biomédico a un problema social

El ser humano está siempre inmerso en un campo de realidad en el cual el VIH se hace presente y le coloca en situación problemática. Debe hacerse cargo de esta realidad problemática, pero, ¿Qué enfrenta? ¿Un virus? ¿Un problema social? ¿Una enfermedad? ¿Un trastorno corporal?. Frente el VIH y sida, el ser humano enfrenta ciertamente un virus, pero este virus provoca una enfermedad, y por tratarse de una infección, el problema es una epidemia. Epidemia que por sus particularidades trae consigo grandes repercusiones como el estigma y la discriminación.

Previo a la presencia del VIH en el ser humano, existieron factores de vulnerabilidad, personales y del contexto; podemos incluir ambos al señalar factores de vulnerabilidad del ser humano, que permitieron la infección. De este modo, el ser humano ha de hacerse cargo de toda la complejidad del problema.

La urgencia del problema tiene su expresión más intensa en la enfermedad del individuo, que pone en peligro inmediato su vida, esto es cuando aparece el sida. Por ello pareciera residir el gran problema en la esfera corporal del ser humano, pues la afectación más objetiva la encontramos a nivel de la esfera corporal, y por ello se han desarrollado en los últimos años excelentes tratamientos farmacológicos y terapias que inciden en la vida del enfermo.

Por otra parte en lo que se refiere a la prevención, como enfermedad infecciosa, que lo es, el sida está ubicado como un asunto de la salud pública o la epidemiología, que se dirigen a frenar la entrada del virus al cuerpo. Todo lo anterior es real, y tiene una eficacia importante, pero desde lo que hemos expuesto anteriormente, esta acción es limitada, debido a la falta de referencia a la totalidad.

Ya lo hemos comentado, no sólo hemos de tratar la infección, ni de invertir nuestros esfuerzos únicamente en el desarrollo nuevos fármacos que permitan mayor cantidad y calidad de vida de las personas con VIH. El problema nos

enfrenta a mayores desafíos: ¿cómo hemos de hacer accesible los nuevos tratamientos a toda la humanidad?, cómo lograr que la eficacia de los fármacos ARV esté al alcance de todos los seres humanos que lo requieren venciendo barreras geopolíticas, económicas y culturales. (dimensión socio-económica y política del problema). Cómo hemos de prevenir la infección en los contextos socio-culturales que habrán de determinar factores de vulnerabilidad a la infección en los seres humanos; cómo hemos de enfrentar el estigma y la discriminación. Así pues nos enfrentamos con un problema amplio que se desborda de lo solamente clínico, o biomédico y se sitúa como un problema de índole social.

Con el termino biomédico, nos referimos al concepto de “enfermedad biomédica” que hemos señalado en el primer capítulo de este trabajo, y que afirma que la enfermedad es un tipo de estado interno que disminuye la salud, que reduce una o más capacidades funcionales por debajo de la eficiencia típica; así la enfermedad es una desviación de lo normal. (Perez Tamayo, 1988) En lo anterior estamos de acuerdo, pero lo consideramos insuficiente para el caso del VIH y sida. Pues la infección por VIH no solamente tiene que ver con un estado interno alterado, sino con una alteración de la realidad del sujeto. Pensemos en una deficiencia de vitamina de un sujeto, desde el punto de vista de enfermedad como trastorno biomédico, ante la reducción de la salud, tenemos que administrar la vitamina faltante y corregirlo. Desde un concepto de salud-enfermedad social, tendremos que averiguar si es sólo una alteración interna del sujeto que provoca la deficiencia, o se trata de una incapacidad económica para adquirir una dieta balanceada, o malos hábitos alimenticios. Nos desbordamos de nuestras capacidades y requerimos de un horizonte de conocimiento más amplio. Se requiere en este caso de una “Atención integral” al problema, es el problema abordado pero referido a la totalidad de realidad del sujeto.

Virar la concepción del problema, de biomédico a social demanda invertir también equilibradamente los recursos. La inversión de estos recursos tienen un acento, muy comprensible por su categoría de urgencia, en el campo de la asistencia: fármacos, hospitales, tratamientos, etc. Pero ante las repercusiones y

factores sociales que disponen el crecimiento de la epidemia, nos quedamos con recursos reducidos, insuficientes.

Quizá el ejemplo más tangible lo encontramos en el terreno de los recursos económicos, que claramente son invertidos en el campo del cuidado de la salud de los enfermos y el impacto clínico del VIH, La limitación de los recursos económicos nos presentan discusiones éticas frente a temas como las patentes, y la reflexión sobre el empleo de recursos y el compromiso de los Estados más ricos frente a la epidemia. Estamos ya situados en una dimensión ética del problema.

Señalamos un “hemos de responder” con una connotación inclusiva amplia, plural, no nos referimos con un singular “debe responder”, pues el VIH se convierte en problema que demanda la atención de la humanidad y no solamente de las personas con VIH.

#### *4.2.1. Un problema de todos.*

El VIH es una realidad presente en el mundo, y por estar en el mundo, está presente en el mundo de todos, aunque en diferente circunstancia para cada ser humano.

El sida es de suyo una realidad problemática, que mueve al ser humano de su situación existencial y al hacérsele presente, lo reta. Por ser pues una realidad en el mundo, no es un problema de algunos, Es un problema de todos al hacerse presente en nuestra realidad.

El VIH se me hace presente en “mi mundo”, y como realidad presente “me afecta”, como ya lo señalamos, se presenta en distinta circunstancia para cada ser humano, y por tanto desde esa circunstancia particular hemos de hacernos cargo.

El VIH se nos hace presente como realidad que *inteligimos sentientemente*, nos mueve del estado, nos suscita, y por ello debemos dar respuesta a esta realidad, eso sí, desde la circunstancia de nuestra afección, desde nuestras posibilidades, individuales y sociales.

Con todo lo anterior, afirmar que el sida es sólo y únicamente un problema biomédico, que afecta al portador solamente, y que el resto de los seres humanos

debemos enfrentarlo como un problema de otro, de un “otro” que requiere de nuestra ayuda o atención, marcará el modo de hacernos cargo o no hacernos cargo de esta realidad.

Pasar de concebir el VIH como problema biomédico a problema social, nos llama a responder socialmente, implicándonos, como individuos y como sociedad que enfrenta “su problema”. Rompemos con la aseveración: Los que viven con el virus, los que viven sin el virus. Una aseveración que establece la distancia de algunos y la cercanía de otros con el VIH.

Si está presente en el mundo, está presente en mi mundo. De tal manera, el virus del sida está presente en el mundo de todos los seres humanos, en distinta circunstancia, distinto enfrentamiento, distintas posibilidades, ya lo decíamos antes, pero retando a todos los seres humanos a dar respuesta.

#### *4.2.2. Implicarse desde las posibilidades de cada quién*

En la descripción del ser humano, hablamos del ser humano en su dimensión individual, histórica y social, pero hay una realidad humana que determina el enfrentamiento del hombre al sida, la realidad moral.

Al hacer su vida el ser humano, tiene que elegir entre sus posibilidades. Elige unas y rechaza otras; así que la figura que va tomando, depende de sus decisiones. El hombre tiene posibilidades que le emergen naturalmente, y otras de las que se va apropiando, por ejemplo la ciencia. Son notas que no tiene por naturaleza, sino que se tiene que apropiarse, no es el caso de los talentos, el color de ojos, la estatura, estas son posibilidades que tiene por naturaleza.

La realidad moral es constitutivamente humana. El ser humano no tiene respuestas ajustadas. Es libre de estímulos por ser inteligente, y por ello puede hacerse cargo, habérselas con las cosas y consigo mismo, como realidad y no como estímulos. Afirmaba Ortega y Gasset: “Un hombre desmoralizado es un hombre que no está en posesión de sí mismo, que está fuera de su radical autenticidad y por ello no vive su vida, no crea, ni fecunda, ni hinche su destino” (Aranguren, 1997, pág. 64)

Los animales ante una situación responden a ésta, pero no eligen su respuesta, como el ser humano que tiene que resolver su situación por decisión.

El ser humano no se limita a ajustar su organismo al medio ambiente, sino que entre su propia realidad y la realidad externa, interpone una posibilidad que busca ajustar la realidad.

Antes de ejecutar un acto, el ser humano considera la realidad. El ajustamiento del hombre es indirecto a través de la posibilidad y la libertad; prefiere en vista de algo, y esta preferencia debe estar justificada. Las acciones humanas tienen una justificación en algo y para algo. De esta manera los actos del hombre pueden ser justos o injustos. El hombre que hace justicia es el que busca ajustar las situaciones que nos hacen humanos, la justicia no es cosa, ni ideal, es proceso. El ser humano experimenta la necesidad de ajustar el mundo, no es exigencia pero es importante pues en ello se está jugando su humanidad. Este ajuste tiene tres dimensiones: yo-situación, situación-nosotros y nosotros-nosotros. Para toda situación el hombre construye proyecto. (Zubiri, Sobre el Hombre, 1986)

Enmarcados en estas líneas, cuando el VIH se le presenta al ser humano como situación, tiene la necesidad de ajustarse y ajustar al mundo a la presencia del virus, es el ajuste de la persona con el virus, desde su circunstancia, ya lo hemos dicho, y el ajuste del virus y los otros.

En la atención y abordaje del sida debemos de privilegiar esto, como ya lo comentamos antes, generar que cada hombre o mujer, asuma su circunstancia respecto al virus, y la enfrente desde sus posibilidades, eligiendo personalmente la que le parezca más justa. En la relación del virus con los otros, el portador está abierto también a los otros, y los otros al portador y a la presencia del virus en su realidad, y por ello también hay que dar respuesta, desde nuestra posibilidad y opción, y ajustarnos ante el VIH. En este dar respuesta se juega nuestra humanidad.

El VIH se le ha presentado al ser humano como realidad nueva, y se ha referido el ser humano a sus posibilidades, ha buscado saber más de esta realidad y se ha enfrentado a ella, con las posibilidades que conoce. Afirmamos que el VIH

no es sólo un problema biomédico, y que está presente en el mundo, y por tanto en la realidad humana, y por ello nos afecta, nos coloca en situación. Si elegimos las posibilidades que sólo nos mantienen bien individualmente, y no las posibilidades que nos llevan al bien común, al bien mío con los otros, nos quedamos cortos, nos limitamos y nos perdemos de un proyecto de mayor humanización.

El sida es el virus de la inmunodeficiencia humana, por ello esta inmunodeficiencia afecta a la humanidad, y como tal hay que enfrentarlo, sólo lo *no humano* no es afectado por el virus. El VIH nos posibilita crear un proyecto en el que podemos hacernos más humanos, adquirir mayor humanidad. El ser humano tiene que hacerse cargo de la realidad, de la realidad de las cosas, y de sí mismo en tanto que realidad, está en la situación y tiene que resolverla. Si no lo hace, se priva de humanidad.

Con todo ello podemos concluir que enfrentar al sida como problema de todos nos coloca en un proyecto humanizante, que nos reta a todos desde nuestro querer. Decidimos de entre nuestras posibilidades lo que consideramos sea más justo para enfrentar la epidemia.

El VIH como problema social reclama la atención a la diversidad de circunstancias, pero incluye la diversidad de posibilidades que los individuos tenemos en la sociedad.

Enfáticamente hemos resaltado las limitaciones que tiene que el VIH sea concebido como un problema biomédico, que debe ser atendido y entendido por los agentes que atienden, desde una práctica fragmentada, la esfera de lo corporal. Señalamos que la mayoría de las políticas públicas y programas de atención al VIH y a la epidemia se encajan desde la salud pública, y en su mayoría médicos diseñan las políticas y acciones frente al sida.

Concebir al ser humanos como una Unidad sustantiva, psico-orgánica, indivisible requiere una reflexión distinta a la que se ha venido desarrollando desde la supremacía de la esfera corporal sobre las otras esferas de atención del ser humano. Todo lo anterior nos planta ante la dificultad de que un sólo

profesionista, o una disciplina sola pueda hacerse cargo de toda la realidad del ser humano con VIH y de las acciones frente a la epidemia. Ello nos coloca en la necesidad de pensar y crear un horizonte multidisciplinario y horizontal de generación de políticas y acciones frente a los desafíos que esta realidad nos presenta.

### **4.3. Horizonte multidisciplinario transversal**

La reflexión y el diseño de las acciones que respondan a los desafíos planteados por el VIH a los seres humanos, requieren de un ejercicio multidisciplinario y transversal de los distintos profesionales y agentes implicados en la atención al VIH y de las personas con VIH.

Nos plantamos frente a un reto de gran envergadura: el equilibrio de lo múltiple, la suma de las posibilidades, en el marco de una tendencia social a la fragmentación; Cuando la ciencia y la tecnología están generando abundante información, que escapa de la capacidad de las disciplinas y los individuos, nos hemos encaminado a fragmentar y sobre-especializar a las disciplinas y al conocimiento mismo. Ya lo señala C.S. Lewis: “Hasta ahora, las explicaciones que reducen cada objeto a otro pueden darnos algo, aunque a precio muy alto. Pero no podemos seguir “reduciendo” para siempre: descubriremos que hemos terminado por reducir a la nada la explicación misma” (Lewis, 2000) Si mantenemos un equilibrio y referencia entre los fragmentos, podemos unir las capacidades y las visiones desde los distintos horizontes; Pero éstos, se ven amenazados cuando miramos al ser humano desde un horizonte antropológico “departamentalizado”, cuando mantenemos la mirada en la sobre-especialización en la parte y arrancamos la referencia al conjunto.

Para reflexionar y generar las acciones y las políticas públicas, después de colocar al VIH como un problema social, deberían conformarse grupos multidisciplinarios que discutan y reflexionen sobre el problema y su impacto. En un contexto así, los programas específicos para enfrentar al VIH y sida, deberían

de salir de las áreas específicas de la atención a la salud (ministerios de salud) y colocarse en una dimensión transversal que facilite la integración de acciones desde las distintas instancias. Y a su vez, la composición de estos programas no pueden mantener un desequilibrio en la cantidad y variedad de los agentes que les conforman, como ha sido hasta el día de hoy. La mayoría de los programas específicos para el VIH y sida, son precedidos, dirigidos y compuestos mayoritariamente por médicos; podría argumentarse que la atención a una epidemia, es competencia de la salud pública y la epidemiología, y esto es así, pero ya hemos comentado, que el VIH no se agota en el concepto de una epidemia convencional, sino de una epidemia que tiene sus raíces y su impacto en aspectos amplios, por lo que le hemos catalogado como un problema social. Tal vez la dimensión de atención médica a los enfermos de sida, la atención intra-hospitalaria, la estadística de las nuevas infecciones, competen a estas disciplinas, pero las acciones de prevención, dirigidas a disminuir los factores de vulnerabilidad social que condicionan las nuevas infecciones, así como las políticas públicas contra el estigma, la discriminación, el acceso al tratamiento y otros aspectos del VIH escapan de esta competencia, y no tienen menor importancia junto a los factores biomédicos.

La atención integral a las personas con VIH, debe de ser ofrecida y regida por equipos multidisciplinarios que conozcan y compartan sus visiones sobre cada una de las esferas del ser humano. Sin supremacías, solamente así podríamos hablar realmente de una atención integral, y no de una atención biomédica amplia, o atención a la totalidad de manera *departamentalizada*, como lo expusimos en el capítulo dos de este trabajo.

La atención debe brindarse por equipos que atiendan la “totalidad”, pero con “integralidad”, en el sentido que ya hemos expresado en este trabajo: con comunicación e interacción en la toma de decisiones e implementación de estrategias para enfrentar el sida.

Es difícil trabajar en lo multidisciplinar, en las acciones integrales, necesariamente implica hacer visibles las concepciones antropológicas que sustentan las distintas prácticas profesionales; pero solamente en el ejercicio real

de una atención integral, podemos brindar más con los recursos a la mano, garantizando la dignidad del ser humano al que brindamos nuestras acciones.

#### **4.4. El tamaño de las acciones.**

Después de ahondar en lo que se refiere a lo multidisciplinar y lo transversal, nos planteamos el problema de cómo lograr impacto en lo general, si hemos señalado que esto general es diverso. ¿Cómo generar una estrategia que incida, si es tan diverso nuestro sujeto? Este reto tiene que ver con la eficacia de las acciones.

Para proponer sobre este punto nos referiremos al pensamiento de E.F. Schumacher, quien señalaba que por mucho tiempo se ha pensado en la importante que pueden ser las instituciones gigantescas, pero éstas están fundadas en esfuerzos por crear lo pequeño. Señala Schumacher: *“Cuando lo que se requiere es la acción necesitamos, obviamente, unidades pequeñas, porque la acción es un asunto altamente personal y uno no puede más que contactar un número limitado de personas, al mismo tiempo. Pero cuando se trata del mundo de las ideas, los principios o la ética, necesitamos reconocer la unidad de la raza humana y basar nuestra acción sobre este reconocimiento”* (Schumacher, 1978, pág. 54)

Lo anterior aplicado a nuestra reflexión nos clarifica la importancia de las grandes instituciones, como ONUSIDA, entre otras instituciones de las Naciones Unidas, en donde la reflexión está al nivel de las ideas, los principios y la ética. En un nivel también general, podemos encontrar a los programas Nacionales, en el caso de México CENSIDA. Pero estamos en problemas, con una eficacia limitada, si no bajamos a la organización y respeto de las unidades pequeñas, esas de limitado espectro pero de amplia eficacia.

Podría parecer lo que estamos afirmando una contradicción, cuando hemos señalado el peligro de reducir horizontes a la sola parte, pero recordemos que esto sucede cuando la parte no es referida. Pero tampoco puede ser eficaz una acción

que dirija a la totalidad, a la generalidad, a toda la unidad del ser humano sin tener clara la especificidad de la afectación en la parte. Para que las acciones sean efectivas, hemos de mirar, como antes lo señalamos, las dimensiones individual, social e histórica del ser humano, y justo en ellas encontramos la diversidad.

Existe pues, una dualidad de las exigencias humanas cuando de lo que se trata es del problema del tamaño, no hay respuestas únicas, necesitamos de muchas estructuras para los distintos propósitos, unas grandes y otras pequeñas, unas específicas y otras generales. (Schumacher, 1978) No podemos pensar que una sola estructura va a resolver todo el problema, y por comodidad, control, organización, e incluso falta de recursos optamos por apostar todo a lo general, y sostenemos una errónea idea de cascada, que caerá desde lo alto y empapará a nuestra diversa y múltiple base. El desafío en nuestra reflexión y diseño de acciones está en mantener el equilibrio.

¿De qué tamaño ha de ser una política, o una acción frente al VIH y sida? Del tamaño del que podamos hacernos cargo, del tamaño que podamos incidir positivamente. Este es un planteamiento que ha de ser tomado en cuenta en toda acción frente el VIH y sida.

Finalmente, con todo lo anterior, debemos implicarnos en la búsqueda de horizontes específicos para la prevención de nuevas infecciones. ¿Qué implicaría desde un concepto distinto de ser humano, desarrollar como estrategias de prevención?

#### **4.5 Un horizonte antropológico distinto para la prevención**

Colocar a la base de nuestras acciones frente al VIH, la filosofía del ser humano, propuesta por Zubiri, nos lleva a replantear paradigmas y políticas de prevención que han prevalecido tratando de hacer frente al VIH.

Las estrategias de prevención de nuevas infecciones, deben mirar al ser humano como una unidad indivisible, unidad psico-orgánica con sus dimensiones

individual, social e histórica, superando la concepción clásica que enfoca la prevención a impedir la entrada del virus a un cuerpo.

De nuevo nos topamos con el reto a lo multidisciplinario, los esquemas básicos de prevención han sido tomado de la salud pública y la epidemiología, pensados y ejercidos por los agentes comprendidos únicamente en estas disciplinas.

Mirar al ser humano en su contexto y en su integralidad, nos hace mirar lo complicado de su realidad, en relación, en contexto, afectada y afectante de su entorno que resulta condicionante de vulnerabilidad a ser infectado o no por el VIH.

El ser humano como unidad implica contemplar para el diseño de las acciones y estrategias preventivas, factores psico-orgánicos que predisponen la entrada del VIH al ser humano en toda la complejidad que implica su integralidad y su relación con los otros en su entorno. La unidad psico-orgánica, lo hemos indicado antes, están en relación con el contexto, cultural, social, económico, histórico del ser humano. Así pues, requerimos de una visión amplia e integral de distintos agentes y disciplinas frente a esta realidad amplia y diversa que nos demanda la prevención de nuevas infecciones.

Las acciones preventivas, deben de ir más allá de prevenir la entrada al VIH, han de trabajar en combatir los factores de vulnerabilidad social, la pobreza, la desigualdad de género, la injusticia y otros contextos que van a disponer a la infección, como bajo nivel educativo, historia familiar, violencia, movilidad humana, etc.

Requerimos para hacer posible este tipo de acciones preventivas el aporte de varias disciplinas, de la unidad de todos los esfuerzos y recursos, de un modo transversal y equilibrado que permita la articulación de esfuerzos dirigidos desde otras instancias, como la educativa, la laboral, la familiar, religiosa que se sumen a las acciones específicas contra el VIH.

## **CONCLUSION**

El VIH ha generado desde su presencia en nuestra realidad el interés y la reflexión de la humanidad. Las acciones frente al VIH no se han hecho esperar, desde sus inicios convocó a científicos, luchadores sociales, organizaciones basadas en la fe y a las mismas personas viviendo con el VIH a hacer esfuerzos para contener su impacto y su expansión.

El impacto del VIH ha rebasado y ha sido distinto al de otras epidemias: estigma, discriminación, huérfanos, crisis de los sistemas de salud, gobiernos involucrados, proyectos de desarrollo, economía, ciencia y tecnología, etc.

Frente a la problemática realidad de la presencia del VIH en nuestro mundo, se intenta responder “integralmente” a todos los desafíos contenidos por el problema y en torno a éste. Sin embargo, las acciones y los recursos no han sido suficientes. Hemos explicitado en este trabajo una noción subyacente de ser humanos que sustenta y determina las políticas frente al VIH y sida y que podría ser una limitante de la eficacia de las mismas.

En la búsqueda de abarcar el problema en sus distintas dimensiones se ha contemplado al ser humano en todas sus partes, pero con una mirada “departamentalizada” que ha llevado a una atención de la “totalidad” que ha sido llamada “atención integral” sin serlo. Esta atención a la totalidad contempla al ser humano constituido por las esferas somática, espiritual, psicológica y social que consideramos ciertamente conforman al ser humano, pero que son abordadas cada una por separado y sin referencia entre sí.

Hemos señalado como un resultado de esta visión de ser humano, y por tanto del problema, la supremacía de la esfera corporal sobre el resto de las esferas que le constituyen; resultando con ello reflexiones y políticas poco horizontales e integrales.

Reflexionar desde una base filosófica-antropológica nuestras políticas y la llamada “atención integral” frente al VIH y sida, nos permite ampliar horizontes y plantear nuevas lecturas de los retos y posibilidades para hacer frente al VIH en

nuestro mundo, así como mejorar la atención y la calidad de vida de las personas que viven con VIH y sida.

La filosofía sobre el ser humano de Xavier Zubiri, nos aporta elementos para arrancar nuestra reflexión. Zubiri señala al ser humano como una realidad sustantiva psico-orgánica, que ciertamente puede ser abordada desde la parte, o el fragmento pero siempre referido este a la unidad, así la parte siempre debe ser vista “en referencia a”, en relación.

Señala Zubiri en su filosofía, que como seres humanos nos encontramos determinados respecto a las demás personas, y a esto llama Zubiri “dimensión”. Así, las demás personas me afectan; es la “refluencia” que en el Yo tienen los demás. El ser humano tiene tres dimensiones: individual, social e histórica, que ya han sido expuestas ampliamente en el capítulo tercero de este trabajo y que vienen a ampliar los horizontes y a retar nuestras acciones.

Esta reflexión propone más que un cambio de visión de ser humano, una objetivación de este concepto que nos pueda llevar a ampliar horizontes y a innovar nuestros “modos” de actuar frente al VIH y sida, dando lugar a una “atención integral” que resulta en la atención de todas las partes, pero referidas siempre éstas a la totalidad, vistas en relación unas con otras.

Desde una “atención integral” en los términos propuestos en este trabajo, nos alejamos de la idea de creer que desde una sola disciplina, profesión o mirada poseemos todo el conocimiento. Esto sería una mutilación del conocimiento, pues omitir una parte nos da como resultado la distorsión y erigir un “falso experto”. Encaminarnos a una real atención integral del problema nos implica pasar de mirar el VIH como problema biomédico a un problema social, que es problema de todos, y por ello hemos de implicarnos desde nuestras posibilidades, las de cada quien, en la respuesta a los desafíos que el VIH nos presenta. Hemos de seleccionar de entre nuestras posibilidades con criterios éticos, justos; esto es implicarnos de una manera humanizante frente al VIH y sida.

Nuestras acciones deben ser construidas en un horizonte multidisciplinario transversal, que consiste en unir capacidades, conocimientos y posibilidades en

grupos de reflexión, gestión y acción multidisciplinarios con un equilibrio horizontal de las partes y que genere acciones transversales. Ahora bien, el tamaño de las acciones y el sentido de éstas han de ser del tamaño que podamos hacernos cargo. Así, algunas acciones se pueden realizar desde instituciones “universales”, que han de actuar, sobre todo, en el terreno de las ideas, los principios y la ética; y desde instituciones locales que desarrollan acciones más específicas a realidades particulares.

Todo lo anterior finalmente, es una sistematización de lo que muchos y muchas hemos pensado sobre nuestro modo de enfrentar al VIH y sida; esto nos lleva a mirar horizontes distintos que retan nuestra creatividad y voluntad para pararnos y hacernos cargo de la presencia del VIH y sida en nuestra realidad de un modo distinto, que pueda resultar en la mayor eficacia de nuestros esfuerzos y en un modo novedoso de responder humanamente a los problemas que se nos presentan en nuestro mundo.

## Bibliografía

- Aranguren, J. L.** (1997). *Ética*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.** (2003). *Ley general sobre el VIH-SIDA*. Recuperado el 20 de mayo de 2003, de [http://www.sida.bioetica.org/crleygral.htm#\\_Toc27697681](http://www.sida.bioetica.org/crleygral.htm#_Toc27697681)
- Badía, X.** (2004). *La aportación de los medicamentos antirretrovirales al tratamiento del VIH-SIDA*. Recuperado el 20 de abril de 2004, de [http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/E4C69BFCBD8CC54DC1256B49006A4591/\\$FILE/Folleto-SIDA.pdf](http://www.farmaindustria.es/farmaweb/7pb43811prod.nsf/E4C69BFCBD8CC54DC1256B49006A4591/$FILE/Folleto-SIDA.pdf)
- CDC Atlanta.** (1998). *Morbidity and Mortality Weekly Report*. Atlanta: CDC Atlanta.
- Descartes.** (2000). *Obras completas, Meditaciones Metafísicas*. México: Editorial Porrúa.
- Dolmen Ediciones.** (2001). *La lucha contra la enfermedad*. Recuperado el 30 de enero de 2004, de <http://www.artehistoria.com/frames.htm?http://www.artehistoria.com/historia/contextos/3666.htm>
- Frenk, J.** (2001). Intervención del Secretario de Salud de México. *Sesiones Extraordinarias de la Asamblea de la ONU sobre VIH-SIDA*. New York.
- Gil, R. A.** (1999). Prácticas de riesgo y seroprevalencia al VIH, VHB y VHC en los pacientes del Centro de Información y Prevención del SIDA de Valencia. *Gaceta Sanitaria*, 16-21.
- Gobierno de la Nación.** (17 de enero de 1995). Diario Oficial de la Federación. *Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. México DF, México.
- Hernández Rosete, D.** (2005). Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH entre migrantes clandestinos. *Salud Mental*, 28 (5), 20-26.
- Hofbauer, H.** (2004). *Prioridades Relegadas: El presupuesto para prevenir, atender y defender el VIH/SIDA*. México.
- Journal/Revista, P.** (31 de Marzo de 2008). *Revista Panamericana de Salud Pública*. Recuperado el 30 de Mayo de 2008, de [http://revista.paho.org/?a\\_ID=1106](http://revista.paho.org/?a_ID=1106)
- Lewis, C.** (2000). *La abolición del hombre*. Santiago de Chile: Editorial Andres Bello.
- Lonergan, B.** (2008). *Conocimiento y Aprendizaje*. México, DF: Universidad Iberoamericana.
- Maria\***. (15 de mayo de 2004). Entrevista a Maria, que vive con VIH. (H. Quezada, Entrevistador)
- Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y prevención.** (2004). *Guía de atención del VIH-SIDA, República de Colombia*. Recuperado el 18 de marzo de 2004, de [http://www.metrosalud.gov.co/Paginas/Protocolos/MinSalud/guias/16-SIDA.htm#\\_DEFINICION\\_Y\\_ASPECTOS](http://www.metrosalud.gov.co/Paginas/Protocolos/MinSalud/guias/16-SIDA.htm#_DEFINICION_Y_ASPECTOS)
- Moreno, A.** (2006). *“Análisis Comparativo sobre la toma de decisiones de los Gobiernos de México y Brasil, para enfrentar al VIH/SIDA y sus repercusiones en materia económico – social”*. Puebla: Tesis, Universidad Iberoamericana Puebla.

- Newman, J. H. (1994). *Persuadido por la verdad*. Madrid: Ediciones Encuentro.
- ONUSIDA. (2007). *Situación de la epidemia de sida: inoforme especial sobre la prevención del VIH: Diciembre 2007*. Ginebra: Biblioteca OMS.
- ONUSIDA. (2009). *Situación de la epidemia del sida 2009*. Geneva: UNAIDS.
- Perez Tamayo, R. (1988). El concepto de enfermedad II. En *El concepto de enfermedad II* (pág. 61). México: Fondo de cultura económica.
- Santillan, R. R. (2003). Conducta sexual y reproductiva de los adolescentes. *Jovenes Revista de Estudios sobre Juventud* (18), 158-183.
- Schumacher, E. (1978). *Lo pequeño es hermoso*. Madrid: Herman Blume Ediciones.
- Secretaría de Salud, Gobierno de la República Mexicana. (2003). Guía de Manejo Antirretroviral de las personas que viven con el VIH-SIDA. México DF: Secretaría de Salud.
- Shantayanan, D. (2003). *Long Run Economic Costs of AIDS, World Bank, N/A World*. Recuperado el 20 de abril de 2004, de <http://info.worldbank.org/etools/bspan/PresentationPrint.asp?PID=825&EID=414>
- UNAIDS. (2006). *2006 Report on the global AIDS epidemic*. Ginebra: UNAIDS.
- Zolezzi, D. R. (1995). La epidemia del VIH/SIDA y la mujer en México. *Salud Pública de México Vol.37* , 581-591.
- Zubiri, X. (1984). *El Hombre y Dios*. Madrid: Alianza Editorial.
- Zubiri, X. (1986). *Sobre el Hombre*. Madrid: Alianza Editorial.
- Zubiri, X. (2006). *Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica*. Madrid: Alianza Editorial.