

- Thomas A. Bauer
Viena (Austria)

Reflexiones desde la comunicación sobre la constitución social del conocimiento sobre la salud

Estoy vivo..., luego estoy sano

Vivo, ergo sum-sanus: communication studies facing Health as a construction of social knowledge

Aunque la mayoría de los científicos comparten hoy el supuesto de que las ideas de salud y enfermedad son construcciones sociales relativas a estados físicos, psíquicos o sociales, sin embargo, todavía se mantienen planteamientos teóricos que, equivocadamente, conciben la salud o la enfermedad en relación con la comunicación. Este artículo busca fijar ambos conceptos –salud y enfermedad– en el marco de los estudios culturales, con la ayuda de la teoría de la observación y con referencias a una teoría sistémica constructivista.

A constructive theoretical view of everyday topics (in this paper context, we mean health) allows us to spot on communication models and cultural features of important daily aspects. This paper holds health up as a model of knowledge inside cultural programme fields. By drawing on this theoretical and scientist communication context, the relationship between health and its development can be shown as a pattern of life, taking always into consideration social conditions.

DESCRIPTORES/KEY WORDS

Salud, construcción social, enfermedades, responsabilidad, competencia, desarrollo.
Health, social construction, illness, responsibility, competente, health development.

En comparación con otras civilizaciones, vivimos en una sociedad bien acomodada:

los aspectos de mayor importancia y de gran fragilidad, tanto de la vida individual como de la colectiva, están, de momentoy, organizados y sistémicamente estabilizados. La salud, el medio ambiente, el desarrollo profesional y social, el estado de bienestar y la previsión son posiciones fijas e indiscutibles en política, economía y ciencia, y son, salvo relativamente pocas excepciones –si bien con duras consecuencias personales– accesibles a todo el mundo. Si hay algún problema, se

◆ Thomas A. Bauer es catedrático del Instituto de Ciencias de la Comunicación de la Universidad de Viena y presidente de la Sociedad Austriaca de la Comunicación de la Salud (thomas.bauer@univie.ac.at).

trata, a lo sumo y en el fondo, de la «mantequilla» para el «pan» que ya tenemos. Esta reflexión, formulada así, da pie a suponer que, en caso de que realmente pensemos así —y hay muchos indicios que lo confirman— estamos trabajando con modelos reduccionistas de la realidad (Schmidt, 2003), es decir, con un conjunto de categorías interconectadas que bastan para conseguir día a día la calidad de vida que construimos sobre lo existente (lo alcanzado: el pan) añadiendo el refinamiento placentero, agradable o decorativo (la mantequilla), pero —y ahí estriba el posible error programado—, sin poner en duda suficientemente y desde un nivel amplio de observación crítica lo conseguido, o incluso llegar a realizar alguna variación. La reducción consiste en renunciar a la búsqueda de alternativas (que pudieran servir como fundamento) y al experimento. El conocimiento alcanzado sobre la salud que, por ejemplo, puede ser colectivo, se emplea como ficción operativa (Schmidt) para equiparar lo que tiene utilidad práctica con lo que posee sentido, pues es el éxito social (económico, político) el que des-

través de la comunicación) y desestabilizar el esquema del conocimiento (un acto inteligente de ruptura de reglas), para así representar los aspectos que escondía la lógica del sistema (el conocimiento reprimido y no consciente, las «manchas ciegas»), integrándolos en el discurso, y así provocar verdaderas alternativas. Hay que tender hacia un foro de larga duración sobre las diferencias entre las ideas que tenemos en nuestra sociedad de bienestar sobre la salud y su amenaza por la enfermedad, sobre la relación entre salud y enfermedad y sobre la transmisión organizada de tales ideas en nuestra sociedad. Pretende tematizar qué pensamos de la salud, cómo sobrellevamos la enfermedad y por qué se llegó a construir entre ambas una oposición excluyente, cuando debería ser obvio que salud y enfermedad son diferenciaciones semánticas, cognitivas y experimentales de la vida y, por tanto, modelos que se condicionan mutuamente y forman una unidad mayor (la vida en el orden entre la «creaturidad» y la mortalidad). A un nivel de lógica interna vemos la salud como algo que impide la enfermedad, y ésta

como una negación. La salud, vista así, se escapa a la arbitrariedad y a la inexplicabilidad de la muerte; por tanto, en este sentido, construimos una problemática más o menos limitada (y causalmente conectada) a partir de una contingencia universal y no realmente tangible. Hemos aprendido que la salud es vida, la enfermedad, su amenaza o negación. Que la salud pueda enfermarnos, y que la enfermedad pueda ser la llave

El sistema sanitario, formado por una compleja conjunción de conocimiento, poder y dinero, obtiene legitimación y confianza mediante la experiencia probada de que las ciencias —sobre todo la medicina y las ciencias farmacéuticas—, en conjunción con el poder y el dinero, reaccionan con constancia ante situaciones en las que la salud se ve amenazada.

cifra así los resultados útiles, y todo lo demás significaría arriesgar dicho éxito. Así, las fuentes emocionales, inspiradoras y materiales se concentran sobre aquello que ya se conoce (el conocimiento explícito) en lugar de sobre aquello que aún se ignora. Nos servimos del nuevo conocimiento sólo para reafirmarnos en un conocimiento que ya hemos aplicado anteriormente, en lugar de generar conocimiento aún desconocido.

1. La conjunción de salud y enfermedad: la vida

Contra la sobrevaloración del conocimiento explícito existe un contrapeso equilibrador: el conocimiento implícito. Puesto que los sistemas no son modelos ónticos sino construcciones sintetizantes de conocimiento y experiencia (es decir, orientados hacia la aportación de sentido), se puede poner en duda esta construcción (sobre un nuevo nivel de observación y a

para la salud, nos parece (bastante) ilógico. La idea de que la enfermedad y la salud se complementan y son dos expresiones diferentes de la vida, es decir, de que la enfermedad es la interpretación de un resultado distinto de una misma «categoría», nos resulta extraño, porque «la» enfermedad (como si se pudiese unificar) ha sido estilizada mediante un sistema «sanitario» —que funciona hasta el momento sin problemas y se reproduce a sí mismo— como modelo de negación de la vida (biológica, psicológica). Una persona muere porque está enferma. La afirmación contraria, que cuando uno no está o se pone enfermo, «se mantiene» sano o, posiblemente, no muere (o sólo cuando así lo desea), sencillamente no se ha confirmado. Esta postura, a la larga, no es viable. De ello se deduce que asimismo la primera afirmación de este modelo causal (la enfermedad es la razón de una —tal vez demasiado prema-

tura– muerte) es tan insensata y poco aplicable como parece. La enfermedad es tan contingente a la muerte como la salud. La esperanza de que podría no ser así, que podríamos llegar a estar seguros de que lo que consideramos sano realmente lo es –y, asimismo, relativamente inmortal–, y de que lo que consideramos enfermo realmente lo es –y, asimismo, relativamente mortal–, se esfuma ante el próximo nivel del discurso, transformándose en ficción operativa (Schmidt, 2003). Nosotros trabajamos con esta ficción, sobre ella construimos esquemas y sistemas y hacemos invisibles de este modo las diferencias inherentes a la unidad de la vida.

Junto a los sistemas racionalizados y que, con frecuencia, sobreviven a sí mismos, así como en oposición a ellos existen, sin embargo, otros contextos de experiencia en los que son sintetizados los conocimientos de manera menos racional, más espontánea y situacional, menos causal (contingencia cerrada) y de forma más casual (contingencia abierta): aquellos sistemas pertenecientes al mundo de la vida (Habermas). En este sentido se enfrentan sistemas y mundos de la vida que interactúan unos con otros como dos tipos de generadores de competencias. La competencia de sistemas hace factible el mundo, la competencia del mundo de la vida lo hace imaginable. La competencia de los sistemas es la capacidad estratégicamente desarrollada, organizada, basada en el conocimiento científico y en la capacidad evaluada, la competencia legitimada y la destreza (técnico-profesional) que garantiza el tema (por ejemplo, la salud) como objeto de los actos (dominio). La competencia del mundo de la vida –los contextos de construcción de conocimiento vital a partir de referencias sociales mutuas que, tal y como surgen, así desaparecen, y viceversa– es la capacidad y la disposición (emotiva) de admitir un sentido desconocido (intermediado y simbolizado a través de la interacción y la comunicación) y, por tanto, el comprometerse moral y socialmente con el tema (aquí: la salud) como consecuencia de la subjetividad, individualidad e identidad (vida abierta). Esta orientación y este conocimiento surgen en contextos referenciales más bien casuales, familiares, culturales, no organizados, relativamente inseguros y que no sobreviven, además de extenderse mediante procesos de comunicación social menos formalizados. Tal conocimiento se opone frecuentemente al conocimiento generado por sistemas. Esto explicaría por qué las ideas filosófico-sanitarias o las codificadas según parámetros culturales diferentes (las alternativas) tienen tan pocas probabilidades de arraigar en el sistema sanitario. Tal conocimiento «inseguro», «no probado» suele tener mayor dificultad de

imponerse en sociedades (o instituciones) organizadas y orientadas hacia altos estándares homogéneos por verse éstas en la necesidad de legitimar su estructura organizativa; tales sociedades, además, van casi siempre emparejadas con una orientación cultural individualista (Taylor). Mayores oportunidades existen para dichas alternativas en los mundos culturales familiares y colectivos donde el conocimiento también es una expresión de la creencia social transmitida (conocimiento inseguro, pero obligatorio en ese colectivo). Eso se puede remediar hoy día, pues nunca ha sido más fácil acceder al conocimiento cultural no dirigido, transmitido en el seno de una cultura y que, en ocasiones, está únicamente presente en narraciones, mitos y ritos (memoria cultural colectiva). Los medios globalizados de comunicación de masas, la globalización económica de recursos del conocimiento y la conexión intercultural (Hepp, 2003) abren una puerta a la transmisión recíproca de la comunicación. No aprovechar este desafío como oportunidad constituiría una tontería sistémica y arrogancia social. Por ello, la salud, como concepto genérico utilizado por los más diversos modelos culturales para imprimir sentido a un estilo de vida, necesita de más comunicación, más discurso y más interacción intercultural. La salud –como interpretación de la vida– busca la comunicación. La comunicación –como factor de la vida– busca la salud (véase a este respecto la definición de comunicación de V. Flusser).

2. La salud, un objeto sistémico

Los sistemas funcionan, al menos contemplados desde un punto de vista inmanente al sistema. Y en lo que concierne especialmente al tema de la salud, el sistema también resulta fiable. La ciencia, la política, la economía y los medios de comunicación transmiten recíprocamente y, en definitiva, a la sociedad toda la información y todo el conocimiento necesario para hacer disponible de forma individual los estándares sistémicos de estilos de vida sostenibles. Los sistemas son contextos establecidos por cadenas de comportamiento superpuestas que desarrollan estructuras para mantener el funcionamiento y la eficacia de dichos contextos en relación con determinados temas (como el de la salud). Tales sistemas tienen siempre un entorno, es decir, un ambiente social, cultural y simbólico del cual reciben legitimación y confianza al aprehender sus necesidades intercomunicándose.

El sistema sanitario, formado por una compleja conjunción de conocimiento, poder y dinero, obtiene legitimación y confianza mediante la experiencia probada de que las ciencias (sobre todo la medicina y las

ciencias farmacéuticas) en conjunción con el poder y el dinero reaccionan con constancia ante situaciones en las que la salud se ve amenazada; con ello construyen reservas de conocimiento capaces de apartar progresivamente cuando menos las amenazas inmediatas y visibles, o incluso aptas para debilitarlas. En las sociedades constituidas democráticamente la política sanitaria es una instancia que dirige recursos (la ciencia y el dinero) para asegurar un reparto justo y adecuado de las oportunidades de una vida sana conforme a las necesidades individuales. La economía sanitaria ha llegado a ser un complejo sistema de transmisión y relaciones recíprocas del conocimiento y del dinero. El dinero posibilita el conocimiento. El conocimiento necesita del dinero. Allá donde el dinero esté en juego, el poder se convierte en cuestión primordial, y de ahí que la política sea imprescindible. Todo esto puede parecer perfecto, pero una mirada crítica reconocerá fuentes de errores y vacíos, que en un primer momento parecen asumibles como efectos secundarios desde el punto de vista de la sostenibilidad y del equilibrio de los recursos, eso es, del principio de la vida, pero que, en cambio, pueden revelarse como errores planificados.

La racionalidad de los sistemas consiste en regenerarse y completarse por sí mismos y a partir de ellos mismos (sobre todo en el caso de desafíos sistémicos y condicionados por el entorno de los sistemas). Para estar en dicha disposición, los sistemas producen, por ejemplo, conocimiento (sistémico) en grandes cantidades que deben almacenar. Por ello, concentran su atención (selectiva) en todos los procesos del entorno que legitiman su existencia y sus prestaciones (en el caso del sistema sanitario se trata de la concentración de materiales y recursos cognitivos sobre la enfermedad) o que, si acaso, los rehabilita. En definitiva, cada sustancia hallada que sea capaz de frenar una epidemia existente libera a la sociedad de temores colectivos y certifica así estructuras sistémicas ya constituidas. Este efecto, a la vez que libera, oculta posibles efectos secundarios asumidos. En ocasiones, los sistemas crean incluso condiciones, sobre todo cuando el dinero está en juego, a través de las que legitiman a largo plazo sus prestaciones y también sus competencias. Entonces no producen únicamente ofertas, sino que crean también necesidades. En el caso de bienes irrelevantes puede que este hecho sea pasado por alto; en el caso de bienes frágiles o irrecuperables (como la merma de la salud o su pérdida por consecuencias o efectos secundarios) apoyarse en tal mecanismo de confianza refleja estupidez e ignorancia colectivas en cuanto se acepta por reducir la complejidad y liberar

de la obligación de generar sentido. Los sistemas producen una alienación en el tema en el que se concentran porque inmiscuyen intereses en la observación del mismo. Inmiscuyen intereses porque no lo pueden evitar. Persiguen determinados objetivos y finalidades, de ahí que trabajen de forma racional, siguiendo el principio económico de coste-utilidad, y que valoren como útil el que algo no cueste. Y siempre que aparecen alcanzables objetivos y finalidades a menor coste, se declaran inútiles (e incluso carentes de sentido) los costes añadidos o aquellos que se solicitan adicionalmente (como puede ser la atención). El concentrarse en una utilidad pragmática (legitimación pragmática) induce a los sistemas a una mirada defensiva: ellos y sus decisiones sobre cómo utilizar costes, inversiones y recursos se concentran en prevenir amenazas. Así, las posibilidades (contingencia) se identifican ocultamente (es decir, lejos de la observación autocrítica o a partir de la renuncia al diálogo con posiciones empáticas contrarias) como fuente de inseguridad, y los desafíos ambientales (las alternativas) no son considerados como oportunidad, sino como amenaza. La fijación del sistema sanitario en «la enfermedad» reduce la comprensión de la enfermedad a un solo concepto y devora no sólo recursos materiales e inmateriales, sino posiblemente también el entendimiento heterogéneo (individual y diferente según el ámbito cultural) de la salud.

3. La salud: un proyecto de responsabilidad pública y privada

Al comienzo de tales reflexiones resulta siempre útil determinar un concepto integrador y focalizador con el que indicar, pero también seguir, un camino. Un concepto de estas características será especialmente idóneo si es capaz de unificar posiciones contrarias en «un todo» y transmitir las. En el campo crítico de la salud como bien público o privado surge fácilmente la pregunta sobre el componente moral de los actos (propios y socialmente relevantes). ¿Cuál es el valor que tiene cada una de las normas para quien las establece y para quienes deben seguirlas? Los actos no pueden tematizarse separándolos del sentido (el resultado), la identidad y la moral (Schmidt, 2003), y más aún cuando son actos relacionados con el conocimiento sobre la salud y/o la enfermedad, ya que afectan a la vida misma. Hay, pues, un concepto que retoma un axioma relegado al olvido a causa de los éxitos de la tecnología y de haber delegado en ésta; axioma que adquiere una nueva interpretación en el contexto del conocimiento progresivo sobre los límites de la tecnología: la responsabilidad. La responsabilidad es una magnitud de la competencia. Capacidad, disposición,

destreza, obligación y responsabilidad: todas ellas son dimensiones de la competencia. El concepto de autorresponsabilidad postula un modelo de autocompetencia. En consecuencia, el discurso sobre la salud (la mayoría de las veces dirigido por expertos), siguiendo ese postulado, se remite cada vez más a las reflexiones de la filosofía ecológica, pues ésta ya ha conseguido desequilibrar de forma suficientemente plausible el conocimiento esquematizado sobre sistemas. La sostenibilidad, por ejemplo, es una de estas categorías decisivas, que tiene más que ver con un pensamiento profundo, compromiso y validez autorrenovable que con una seguridad duradera; por lo tanto, debería ser considerada más que nunca –y sobre todo en la política y la economía– como un valor resultante de la autoobservación, la autorresponsabilidad y el autoaprendizaje, y no del mecanismo automatizado que delega los problemas y sus soluciones en un sistema de reparación en el que confiamos mientras no nos cause problemas.

4. Una comunicación que traspasa los límites del sistema

Los sistemas necesitan un entorno (mental). Para que el sistema sanitario pueda tener un efecto sostenible, requiere un entorno mental autorresponsable. Este no se consigue mientras que el entorno no aprenda a desmarcarse (diferenciarse) del sistema, y sólo lo puede hacer a través de la comunicación (aquella con capacidad diferenciadora).

La salud es posiblemente el bien personal máspreciado. Tanto su amenaza como su garantía, empero, trascienden el marco tanto de la percepción como de la garantía personales. Puesto que la salud es un valor que surge del contexto de la vida social, también es, a la vez, un bien político, social y cultural. Tales bienes son siempre públicos y están sujetos por tanto –teórica, práctica y fácticamente– a los principios de distribución justa, a las amplias posibilidades pero también luchas de distribución social. Allá donde bienes públicos como la cultura, la educación, el conocimiento, la información y la salud son exigidos por uno o más grupos de intereses u organizaciones frente a otros (por ejemplo, los afectados) que disfrutaban de privilegios especiales (por ejemplo, de la competencia profesional), de privilegios de valor añadido, la percepción (el reparto) social de dichos bienes se desequilibra. Los

afectados pierden bien la motivación, bien la competencia moral para la percepción crítica y personal (por ejemplo, la capacidad de responsabilizarse de la calidad de la cultura vital, la comunicación, la educación, el conocimiento, la salud); o bien las elites y los privilegiados «dominan» el tema, consiguen que los afectados dependan, por ejemplo, de grupos de expertos profesionalizados y contribuyen al crecimiento de abismos en la sociedad respecto de las competencias. En el caso de la salud, esto significa que los menos privilegiados tienen menores oportunidades de acceder a aquellos recursos –mentales, habituales, informacionales, culturales, económicos– con los que podrían considerarse como los soberanos de un estilo de vida sana.

El diálogo crítico, abierto e intencionadamente público sobre el tema de la salud favorece el reparto equitativo de oportunidades, el reparto socio-moral, razonable y social de la responsabilidad, un enfoque hacia factores de sostenibilidad ecológicamente recomendables y, en consecuencia, un reparto de cargas factible desde un punto de vista económico. Los bienes públicos siempre son temas de controversia. Son públicos precisamente por su interpretación contradic-

Mientras que durante largo tiempo la salud fue un tema familiar, y en cierto modo privado, ahora, en el marco de las sociedades que se organizan y relacionan de forma medial, es un tema de comparación pública de las oportunidades vitales.

toria, pues la publicidad es aquí el correctivo contra el acaparamiento unilateral (por ejemplo, institucional) y el olvido unilateral (por ejemplo, privado). El diálogo público sobre la forma de tratar el tema de la salud en la sociedad puede fomentar un equilibrio entre una percepción condicionada por la sociedad y otra por la del mundo de la vida, que se adecue al valor ideal de la salud.

5. La sistematización de la salud

Al mismo tiempo, la salud es, al igual que otros bienes públicos, un bien cuya calidad viene determinada en gran medida por condiciones sociales y públicamente organizadas. Así, economía, política y ciencia son sectores en los que se ha desarrollado, institucionalizado y establecido un sistema sanitario público: en sociedades organizadas, el bien personal de la salud lo

halla el hombre cada vez más, y en ocasiones casi exclusivamente, como bien público-sistémico (científico, técnico, organizativo) arrebatado a sus manos, administrado y como una referencia a la felicidad complejamente entrelazada con otros factores de la vida organizada (educación, trabajo, posición social, salario, mundo familiar, etc.). Son dos modos de evaluación que se sitúan uno frente al otro: uno es el sistémico y otro el del mundo de la vida. Mediante la correspondiente sistematización, la salud se convierte en el producto de un deseo que se centra en el éxito y en la disponibilidad de las mercancías, del consumo y del estatus alcanzable. La importancia de la praxis social/personal –a la que pertenecen la competencia vital, el análisis personal motivado de manera intrínseca, la cultura y la comunicación– involuciona en esta comparación a un factor de evaluación que representa esfuerzo, renuncia y un movimiento propio.

6. La transformación social

En relación con el análisis y la valoración de la consciencia sanitaria, tanto individual como colectiva, es obligado contemplar el desarrollo sistémico, social y cultural de la salud también dentro del marco del cambio social. Mediante la descripción del cambio social,

El diálogo público sobre la forma de tratar el tema de la salud en la sociedad puede fomentar un equilibrio entre una percepción condicionada por la sociedad y otra por la del mundo de la vida, que se adecue al valor ideal de la salud.

la sociología, a la vez, refleja la variación dinámica de los patrones formales de relación, pero sobre todo de los informales de las personas con y sin percepción recíproca inmediata. Las relaciones interpersonales inmediatas se ven tan afectadas en este cambio como las relaciones mediatas por los medios, las instituciones y organizaciones. Los patrones de relación mediales alienan en cierto sentido los modelos directos e inmediatos de relación. Mientras que durante largo tiempo la salud fue un tema familiar, y en cierto modo privado, ahora, en el marco de las sociedades que se organizan y relacionan de forma medial, es un tema de comparación pública de las oportunidades vitales.

La «economización», la politización, la mecanización y la «cientificación» de la salud son procesos sociales que, entre otros factores, describen este cam-

bio social también en el marco de la salud. La relación médico-paciente se convierte en un modelo organizado en el que se buscan con esfuerzo vestigios del encuentro personal, alimentando la suposición de que el encuentro personal entre estas dos figuras posee un mayor efecto curativo a lo largo del proceso de convalecencia del enfermo (compliance, commitment, confianza, etc.). A través de la organización y la sistematización, la salud como objeto de reflexión y de acción va cayendo en las garras de los intereses (políticos, utilitaristas) cuyo objetivo calculado es legitimarse a través de una administración general de los bienes sociales que abstrae de casos concretos, consiguiendo así sus propios intereses específicos y esenciales.

Las repercusiones del cambio social sobre el discurso sanitario que antiguamente pertenecía al ambiente de lo cotidiano son evidentes: la orientación personal (la competencia) hacia el bien (moral) de la salud se transforma progresivamente en un discurso entre expertos que lo manejan con un gesto solícito (a veces autocrático) en nombre de un gran número de personas que han aprendido a considerarse incompetentes. Por supuesto que ha surgido oposición y se ha hecho pública por doquier, pero se quedó en mera oposición desde la que no se desarrolló ninguna emancipación del opositor.

Las charlas sobre la salud en el balneario de Bad Waltersdorf pretenden posibilitar el diálogo entre expertos con posturas divergentes y darles un carácter público para facilitar que los posibles interesados puedan participar en el discurso sanitario.

7. Las fronteras de la sociabilidad

Es de suponer que ya hemos alcanzado los límites de la sociabilidad. La economía, la política, la tecnología y la ciencia han ido desarrollando durante largo tiempo escenarios en cuyo marco han crecido las estructuras para la salud que ésta necesita para garantizar –más allá de cualquier responsabilidad personal– una construcción de competencia que provoque un optimismo sistémico. Estos logros sociales y organizativos poseen una utilidad que aporta sentido: el redescubrimiento de las dimensiones personales y sociales de la salud y la configuración complementaria de éstas como obra sistemática de la vida de los individuos y de las comunidades.

Los vacíos de sentido en lo que respecta a la salud tienen, por una parte, una razón social: la incertidum-

bre de la vida entre el nacimiento y la muerte se minimiza como cuestión de lo factible en economía, técnica, ciencia y política. Por otra parte, la razón es personal e individual: los individuos no cuestionan su estilo de vida como algo relacionado con los logros personales de su vida y con la búsqueda personal del sentido de la vida, sino solo se preguntan hasta qué punto pueden conseguir el éxito que les proponen los modelos sociales.

8. Una cultura de la salud

En los límites del rendimiento sistémico recordamos nuevamente los esfuerzos personales indispensables para poder dar sentido a una organización social. Entre la idea de una salud organizada y aquella de una forma de vida personal podría mediar la intensificación de una cultura de la salud. Aquí la cultura adquiere una importancia especial, pues es ella el contexto del que las personas extraen los significados que necesitan y utilizan para conferir a las experiencias que tienen (o deben tener) un sentido socialmente eficaz y, por tanto, también comunicativo (y justificable).

Una cultura de la salud serían, según este razonamiento, todos los contextos de opiniones, posicionamientos, formas de pensar y actos relativos a la salud que puedan representarse socialmente. A través de ellos, el individuo podría transformar la valoración social de la salud en un tema de valoración personal en medio de un estilo de vida concentrado socialmente. Sin embargo, actualmente se echa de menos esta interconexión.

9. La comunicación de la salud

En este vacío de sentido sólo puede intervenir de manera creíble la comunicación. La comunicación transmite, por un lado, lo susceptible de sociabilizarse, es decir, conocimientos, métodos de éxito, experiencias, estrategias de evitación, etc.; por otra parte, sociabiliza distintas experiencias, formas de pensar, interpretaciones y también métodos de éxito.

En este sentido, la comunicación responde a una realidad social que en lo concerniente a la salud mezcla los conocimientos sistémicos con las preguntas por el sentido personal de la vida. Así, el sistema social organizado se transmite a sí mismo para protección y mantenimiento de valores de salud y se responsabiliza ante el individuo en un contexto organizativo y étnicamente fundado, en el cual se alcanzan posiciones de conocimiento y de viabilidad no accesibles al individuo. Pero así también es más probable que, en el contexto general tanto del conocimiento como de la conciencia social relacionada con el tema del valor de la

salud, se transmita la idea de que la responsabilidad personal es una aportación al sentido de la propia vida y de su gobierno consciente.

10. El discurso de la salud

El Foro Internacional de la salud se propone acometer el problema de la necesidad de desarrollar un discurso público que cree cultura relacionada con el tema de la salud. La variedad y la contradicción dentro de la temática general ha de considerarse un desafío para el discurso.

La contradicción tiene sentido siempre y cuando haya un marco en el que sea posible que las diferentes perspectivas lleguen a conformar un conocimiento general, en el que se pueda descubrir el valor social de posiciones diferentes y contradictorias, donde éste pueda ser descubierto, formulado e intercambiado.

En todo caso se estima conveniente señalar las diferencias entre el discurso de los expertos y el discurso cotidiano sobre temas de salud. A la vez es recomendable, desde el punto de vista de la política sanitaria, mostrar y hacer más evidentes las intersecciones de estos diferentes discursos. Eso significa que el discurso sobre la salud debe traspasar la frontera de lo profesional (medicina, ciencias de la salud, cuidados médicos, política, economía) para así contribuir a hacer accesible a los afectados (los pacientes) el conocimiento públicamente disponible (pensamientos, reflexiones). Al respecto es importante hacer visible pero también inteligible el cambio de perspectiva: la auto-competencia y el gobierno consciente de la propia vida como paradigmas de una cultura de la salud pública.

11. El Foro Internacional sobre la Salud

Los simposios anuales quieren servir para la movilidad y la profundización pública de esta perspectiva en el discurso público sobre la salud. Los temas, las opiniones, las posiciones que respecto de los objetivos de la ecología de la salud aún se encuentran diseminados, constituyen en el caso de los expertos un conocimiento explícito, pero en la vida cotidiana con demasiada frecuencia tan solo un conocimiento implícito o sociológicamente privilegiado. Dicho conocimiento será estudiado a fondo, de manera que se llegue tanto a análisis críticos como a propuestas concretas de cambios, ampliaciones o soluciones.

Para el primer simposio (otoño de 2004) se ha elegido un título programático, que por un lado es muy general, pero que, por otro, señala el objetivo específico del proyecto: «La forma de vida como receta. ¿Ha llegado el sistema de reparación a sus límites?».

El título alude de forma crítica a la relación rutinaria e, incluso, ritualizada entre médico y paciente, en la que el intento de un reestablecimiento de la salud se confía al efecto de los medicamentos. Tanto el médico como el paciente manifiestan, llevando a la práctica esta fórmula, que están convencidos de que la enfermedad es algo «que igual que viene se va», y que la salud es un estado en el que uno se siente (de nuevo) libre de cualquier enfermedad.

12. La forma de vida: yo soy mi vida

El título elegido quiere contrarrestar esta reducción de contextos y este distanciamiento en la conexión de elementos relacionados y, con ello, llamar la atención sobre el hecho de que la verdadera receta es, siempre la forma de vida: yo soy mi vida. En este sentido, la forma de vida es un programa que busca el equilibrio entre responsabilidad sana y el deseo de una vida libre de cargas. Por lo tanto, eso significa:

- Adaptarse conscientemente a unos objetivos de vida sanos (proceso de aprendizaje).
- Percibir y cultivar las fuerzas físicas y mentales atendiendo a esos objetivos (práctica).
- Desarrollar la dimensión social de la propia vida individual (contexto).
- Percibir las enfermedades del cuerpo y del alma como expresión de un uso desequilibrado de las propias fuerzas físicas y psíquicas, y tener en cuenta este mensaje para una forma de vida que sea conscientemente creativa (modelo integrado de salud).
- El médico debe apoyar ante todo la autocompetencia del paciente (principio de subsidiariedad).
- La concentración del paciente en su salud debe fomentar en primer lugar esta autorresponsabilidad (modelo de la autocompetencia).
- El deseo de estar sano o de volver a estarlo sólo puede tener un efecto sostenible si, como principio de una vida sana, se adopta un estilo de vida ecológico (uso equilibrado de los potenciales vitales individuales, desarrollo y crecimiento de los recursos endógenos mediante de su uso, apoyo a través de recursos exógenos con el objetivo de fijar fuerzas endógenas) y sostenible (orientado hacia la perdurabilidad, la profundización, el sentido, la autorresponsabilidad, el equilibrio y adecuado a la condición específica de las fuerzas físicas y psíquicas personales).

- La salud empieza en la cabeza (consciencia de la salud); ésta está, según el contexto social y cultural en el que se vive, preformada y orientada hacia ciertos objetivos que obligan continuamente a los individuos a enfrentarse a decisiones.

- Salud y enfermedad son dos caras coordinadas dialécticamente de una sola moneda que es la forma de ver la vida (la salud como constructo de felicidad).

- Ambas se tematizan mutuamente mediante la contradicción recíproca; al igual que se pueden considerar como problemas recíprocos, pueden considerarse como soluciones recíprocas: la salud es el problema de la enfermedad, tal y como la enfermedad es el problema de la salud.

- Posiblemente existe un estado de salud fisiológico y psicológico axiomático; sin embargo, con toda seguridad sólo puede ser percibido desde un prisma de contextos culturales, sociales, psíquicos y mentales de la interpretación de la vida, y posiblemente no es más que una solución a medias de optimización: en la medida en que conseguimos mantenernos sanos, lo hacemos; en la medida en que lo hacemos, ponemos de manifiesto nuestra interpretación de (la) calidad de vida.

- En este sentido la salud será siempre una interpretación cultural y, por lo tanto, susceptible a cambios, de lo que entendemos por una calidad de vida libre de cargas; lo que se considera como carga y descarga es susceptible de diferenciación tanto según el contenido como según lo programático; el continuo se extiende desde el recuerdo al olvido, es decir, desde la suposición de que la carga regular es un desafío necesario (recuerdo) para realmente estar libre de carga, hasta el deseo de sentirse sano y escapar mientras sea posible de dicha carga (olvido).

Referencias

- BAUER, T.A. (2002): «Die Kompetenz ethischen und ästhetischen Handelns: Medienethik aus medienpädagogischer Perspektive», en KARMASIN, M. (Ed.): *Medien und ethik*. Stuttgart, Reclam.
- FLUSSER, V. (1998): *Kommunikologie*. Frankfurt, Fischer.
- HEPP, A. & LÖFFELHOLZ, M. (2002): *Grundlagentexte zur Transkulturellen Kommunikation*. Konstanz, UVK (UTB).
- LUHMAN, N. (1989): *Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft*. Frankfurt, Suhrkamp.
- SCHMIDT, S. (2003): *Geschichten & Diskurse. Abschied vom Konstruktivismus (rowohlts enzyklopädie 55660)*. Hamburgo, Reinbek: Rowohlt.