

CAPÍTULO III

UNA MIRADA REFLEXIVA, DESDE UNA BASE FILOSÓFICA, A LAS POLÍTICAS Y LA «ATENCIÓN INTEGRAL» FRENTE AL VIH Y SIDA

Marco Hernán Quezada García S.J.

Médico y Asesor de la Conferencia de Obispos católicos de México

1. EL VIH Y SIDA

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.

En medio de los adelantos científico-técnicos, y la eficacia parcial de la respuesta global al VIH y SIDA, es pertinente reflexionar sobre el qué de las acciones, las políticas públicas, las prácticas de atención. Los conceptos que rigen nuestras prácticas frente al VIH y SIDA requieren 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 mencionado ser humano con VIH.

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.

La pobreza genera condiciones para el incremento de nuevas infecciones por VIH, 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 ineficientes y costosos frente al VIH. Así pues, el VIH genera un círculo de «pobreza-VIH-pobreza», dinámica muy difícil de romper.

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 social¹. 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, que 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 «incómodo», 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 jóvenes².

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.

2. NUESTRO MODO DE ACTUAR

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 totalmente exitosos, al percatarnos del crecimiento de la epidemia.

Se han elaborado estrategias de atención a las personas con VIH y enfermas de SIDA, denominadas «atención integral», contenidas éstas, en el

¹ HERNÁNDEZ ROSETE, «Del riesgo a la vulnerabilidad. Bases metodológicas para comprender la relación entre violencia sexual e infección por VIH entre migrantes clandestinos», *Salud Mental* 28 (2005) 20-26.

² R. R. SANTILLÁN, «Conducta sexual y reproductiva de los adolescentes»: *Jovenes Revista de Estudios sobre Juventud* 18 (2003) 158-183.

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.

Cada País ha implementado programas 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. Así pues, el organismo destinado al control de la epidemia en México, es una instancia dependiente de la Secretaría de Salud. 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.

Existen dos conceptos de enfermedad que han prevalecido desde el siglo XIX en el mundo occidental: *El concepto ontológico de enfermedad*, que 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 anormales³.

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.

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».

El término «Atención Integral» es muy utilizado en torno al VIH y SIDA, y 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

³ R. PÉREZ TAMAYO, *El concepto de enfermedad II*, Fondo de cultura económica, México 1988, 61.

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 médica⁴.

La «atención integral» es sinónimo de «atención médica», y engloba ésta la atención terapéutica y clínica para tratar los trastornos de la función. A las personas con VIH y a los enfermos de SIDA, se les considera necesitados de ser atendidos y entendidos, desde las cuatro *esferas* ya mencionadas.

En la *esfera corporal*, se hace presente el VIH, agente externo patógeno, que entra al cuerpo «sano» y lo infecta. El cuerpo sufre alteración de la función que debe ser atendida. Esta *esfera* 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.

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 en muchos casos se exacerban y, dependiendo del credo particular de cada persona, busca esta pertenencia a lo trascendental y comunión con otros.

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. Según la amplitud de esta *esfera social*, es también la amplitud de los agentes involucrados en ella.

De las cuatro *esferas* que hemos mencionado, podemos subrayar la común supremacía de la *esfera corporal* en lo que se refiere a la atención y la rectoría de las políticas públicas dirigidas a hacernos cargo del problema sobre las otras *esferas*. Los profesionales que atienden la *esfera corporal*

⁴ «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).

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 corporal*. 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 corporal*.

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 parecería 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 de ser humano, el sujeto de la atención de los agentes especializados de cada una de las esferas, e incluso, podríamos afirmar, que la propia auto percepción de los agentes involucrados tiene que ver con el modo de entender y atender el problema.

Las acciones desarrolladas desde la «departamentalización» del ser humano incluye, también, una parcialización del conocimiento, pues cada una de estas esferas, como lo hemos afirmado, incluye a profesionales de la salud, que a su vez son poseedores de un conocimiento especializado en cada área de atención. 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.

Un modelo «departamentalizado» presenta 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»*⁵. Tenemos

⁵ J. H. NEWMAN, *Persuadido por la verdad*, Ediciones Encuentro, Madrid 1994, 34.

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, sí podemos plantear el desafío técnico que implica 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 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 sólo una parte. Ocasiona que cada una de las partes conduzca a las demás⁶.

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». Este planteamiento da fundamento a la mayoría de las estrategias de prevención de nuevas infecciones por VIH.

El SIDA ha sido considerado como una enfermedad de transmisión sexual más, debido a que su transmisión es mayoritariamente por esta vía. 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 sería el caso de la implementación de barreras físicas que impidan la infección. Es

⁶ B. LONERGAN, *Conocimiento y Aprendizaje*, Universidad Iberoamericana, México 2008, 268.

cierto que la infección por VIH es una infección de transmisión sexual, pero las condiciones de infección tienen que ver con situaciones más complejas e interrelacionadas, que van más allá de las acciones dirigidas a informar y colocar barreras que impidan la transmisión del virus.

No es objeto de este trabajo la discusión sobre la eficacia de las barreras físicas, 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 Centro de Control de Enfermedades Infecciosas y Prevención, el condón de látex es altamente efectivo para evitar la infección por VIH⁷. La limitación de una acción preventiva basada únicamente en proveer barreras físicas, reside en la complejidad del ser humano y su entorno, que deberá ser tomada en cuenta si se quiere incidir con mayor eficacia en la disminución de nuevas infecciones. No podemos hablar del VIH como un problema solamente infeccioso, sino como un problema mucho más amplio y complejo: un problema social.

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 todo, y por ello se desprende la necesidad de un diálogo multidisciplinar y transversal entre distintos agentes implicados en la respuesta al problema.

3. MIRADA REFLEXIVA A NUESTROS CONCEPTOS

El filósofo 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*.

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*.

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

⁷ CDC ATLANTA, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, CDC Atlanta, Atlanta 1998.

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 humano⁸. 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»⁹ y por tanto la presencia del VIH, *nota* nueva que se agrega, afecta al resto de las *notas*, pero podríamos afirmar que las *notas* existentes previas al VIH, condicionaron la agregación de esta nueva *nota*.

3.1. Realidad sustantiva indivisible

La *sustantividad* humana es «una» por sí misma y de por sí misma. El ser humano es, pues, una «(...) realidad sustantiva psico-orgánica»¹⁰, que no podemos fragmentar. Podemos ciertamente mirar y estudiar la parte, pero siempre tendremos que mirar la parte «en relación a», pues de otro modo nuestro conocimiento exclusivamente sobre la parte, le arrancarí­a su condición humana.

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, 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 nos quedamos conociendo el «fragmento» o la «parte» nuestras acciones podrían ser ineficaces y con repercusiones graves.

Al ser humano solamente en su unidad podemos eficazmente entenderle y atenderle.

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

⁸ X. ZUBIRI, *Sobre el Hombre*, Alianza Editorial, Madrid 1986.

⁹ *Ibid.*, 45.

¹⁰ *Ibid.*, (Cfr. nota 8), 49.

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?

Los hombres y las mujeres compartimos entre nosotros nuestro carácter de absoluto; de esta manera nos encontramos co-determinados, 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 nos afectan, aun sin que nos demos cuenta¹¹.

Las repercusiones de esta *versión* de «sí mismo» a los demás 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 Zubiri con el que 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, aun 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, pues 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. La conciencia de esta versión implica una atención a la

¹¹ X. ZUBIRI, *Tres dimensiones del ser humano: individual, social, histórica*, Alianza: Fundación Xavier Zubiri, Madrid 2006, 15.

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 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.

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.

Para Xavier Zubiri, los seres humanos tenemos las siguientes dimensiones: individual, social e histórica; éstas amplían nuestro concepto de ser humano fundamental y determinante de nuestro modo de entender y atender al VIH y SIDA.

Todos los miembros de la especie humana somos diferentes. Existe en dicha especie una diversidad individual. Cada uno es radicalmente diverso; así pues la versión a los demás tiene un carácter individual¹².

3.2. Dimensión Individual

La dimensión individual es una «(...) realidad sustantiva que se afirma a sí misma, en un acto que llamamos Yo, frente a toda realidad posible»¹³.

Desarrollar la práctica de la atención desde una base que parte de una concepción de individualidad numérica, conlleva la atención de enfermos, o infectados 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 diversidad.

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.

¹² *Ibid.*

¹³ *Ibid.*, (Cfr. nota 12), 32.

Es menos complicada y posible, pero no por ello es una estrategia efectiva, pues se escapan las particularidades de los individuos.

Un plan preventivo que va a la generalidad, caerá en una serie de supuestos, pues se dirige a la diversidad de sujetos y situaciones. Tomar en cuenta esta dimensión individual en el desarrollo de estrategias de prevención tiene gran complejidad, y resulta un reto; pero incluir esta dimensión, tener presente el reto, podría resultar en mayor eficacia de los esfuerzos.

3.3. 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 está 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*¹⁴.

La sociedad es propia de los seres humanos. 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. Esta versión a los demás no es un añadido a cada ser humano, como si cada ser humano fuera una realidad a la que se le añaden «después» una relación con otros¹⁵. Por estar vertido a los demás estamos 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 cómo los otros me afectan aun sin darme cuenta.

Hay un planteamiento radical en la tesis de Xavier Zubiri: La *refluencia* es algo que sale de dentro de cada individuo, lleva en sí el esquema de los otros por el cual está 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. 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 con-vivencia, su

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

modo de con-vivir que le determina posibilidades y riesgos en sus mismos proceso de tratamiento, seguimiento y prevención. La presencia del VIH será una presencia social, en una comunidad que participa de una «comunidad personal», que, por tanto, afectará al grupo, a sus relaciones de convivencia.

En el terreno de prevención debemos tomar en cuenta esta dimensión social. 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. Sin la transformación de los factores sociales de vulnerabilidad, sería poco efectiva una acción de prevención

3.4. La dimensión histórica

La dimensión histórica es la tercera de las dimensiones del ser humano descritas por Xavier Zubiri. 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 está «apoyado» en el anterior y es apoyo del siguiente, 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*¹⁶.

Cada ser humano tendrá un «modo histórico» de hacerse cargo de su realidad, en este caso la realidad del VIH. De este modo tenemos el desafío de «otorgarle» a las personas con VIH 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, 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.

Es importante trabajar a nivel de la tradición, la historia que se convierte en un sujeto de nuestro estudio y atención si buscamos un impacto en el modo como los sujetos ejercen sus opciones, y se ubican frente a la realidad del VIH en sus vidas.

¹⁶ *Ibid.*, 114.

4. HORIZONTES

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. Se esboza como tarea de nuestras acciones frente al VIH y SIDA la necesidad de un renovado concepto de Atención Integral, que contempla la atención de todas las partes referidas a la totalidad y de ello se desprenden los siguientes horizontes:

4.1. Horizonte moral

Al reconocer al VIH como realidad presente en el mundo, y por estar cada uno de nosotros en este mundo, habremos de reconocerle como circunstancia problemática de todos, que nos llama a responder socialmente, implicándonos, como individuos y como sociedad que enfrenta «su problema». Se rompe la aseveración: «Los que viven con VIH, los que viven sin VIH». Aseveración que establece la distancia de algunos y la cercanía de otros con el VIH.

Si el VIH está presente en el mundo, está presente en mi mundo, en distintas circunstancias, y es reto para todos. Los seres humanos eligen entre posibilidades. Eligen unas y rechazan otras, y estas opciones van dando lugar a la realidad moral, constitutivamente humana. El ser humano, al ser libre, 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»¹⁷; sin embargo, antes de ejecutar un acto, el ser humano considera la realidad y 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. Para toda situación, el hombre construye proyecto¹⁸.

Enmarcados en los párrafos anteriores, cuando el VIH se le presenta al ser humano como situación, tiene la necesidad de ajustarse y ajustar

¹⁷ J. L. ARANGUREN, *Ética*, Biblioteca Nueva, Madrid 1997, 64.

¹⁸ X. ZUBIRI, *Sobre el Hombre*, Alianza Editorial, Madrid 1986.