



ARTÍCULO DE OPINIÓN

El cuidado humanitario del corazón. En ocasión de celebrarse el Día Mundial de Corazón: “Trabajo con el Corazón”

Rafael Chávez-Domínguez

Departamento de Epidemiología, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

Recibido el 28 de junio de 2010; aceptado el 14 de julio de 2010.

PALABRAS CLAVE

Cardiopatía preventiva;
Enfermedades
cardiovasculares;
Epidemiología; Factores
de riesgo; Resiliencia;
México.

Resumen

El cuidado del corazón es el mayor reto de las enfermedades cardiovasculares, es un problema de la humanidad y no sólo del individuo. El enfoque holístico ofrece la oportunidad de conocer de cerca y de lejos los determinantes, para contemplar sus posibles soluciones. El asunto está abierto a la contribución de todo mundo. El Día Mundial del Corazón es la buena ocasión para comunicar y alimentar el espíritu de cooperación en beneficio de la Salud del Corazón. La salud, los cuidados de vida y del corazón se complementan y conforman una unidad indisoluble.

KEY WORDS

Preventive cardiology;
Cardiovascular
disease;
Epidemiology; Risk
factors; Resilience;
Mexico.

Humanitarian care of the heart. Celebrating World Heart Day: “Wellness in the workplace”

Abstract

The heart care is the biggest challenge of cardiovascular disease, a problem of humanity and not just of the individual. Holistic approach offers the opportunity to learn about it, by far the determinants, and look forward at the possible solutions. The issue is open to the contribution of everybody. The World Heart Day is good opportunity to communicate and nurture the spirit for cooperation, with the interest of the heart health. Health care, life care and heart care are complementary and comply as an indissoluble unity.

Correspondencia: Juan Badiano No. 1, Col. Sección XVI, Tlalpan, México DF. CP. 14080, Teléfono 55 73 29 11, Extensión 1231. Correo electrónico: chavezrafael@hotmail.com; rachado34@yahoo.com.mx

El Día Mundial del Corazón dedicado al “el cuidado del corazón”, como núcleo de los cuidados y su entorno, brinda una oportunidad para plantear y reflexionar varios conceptos. Destaca el punto de vista holístico o integral, el marco idóneo para apreciar como algo nuevo el cuidado humanitario que abarcar a los procedimientos cardiovasculares, los factores de riesgo, los requisitos para la salud,¹ el bienestar y los cuidados de vida. Es un modo de llegar al “corazón de los cuidados”, contrastado con el conocimiento particular de cada uno de ellos. Este cuidado es el mayor reto de la atención cardiovascular comunitaria. La idea parte de la *tríada ecológica*: (agente etiológico; huésped-individuo-comunidad; y ambiente), que facilita penetrar a las raíces dispersas en todos los sectores de la población, ofrece la posibilidad de teorizar y disertar en lo práctico. Puede ayudar a mover la voluntad común, que es un imperativo moral. Se hace el ejercicio de mirarlo con el enfoque humanitario, que acoge la atención de la persona en su ambiente, y no sólo como procedimientos, patologías o problemas circunscritos. Se revisan algunas ideas, opiniones, criterios diversos y se hacen comentarios.

El cuidado humanitario tiene un valor jerárquicamente superior a los cuidados individuales que se aplican a los pacientes y a comunidades, para prevenir las enfermedades cardiovasculares y otras no cardiovasculares. Los conocimientos al respecto, se basan en hechos científicos sólidos, elaborados con detallados estudios epidemiológicos y cimentados en prolongadas observaciones comunitarias, en su mayoría generados en la última mitad del Siglo XX. Estos ya han sido ampliamente divulgados y forman parte de la Cardiología Preventiva² o de la Rehabilitación.³

Pero se percibe la necesidad de apreciar críticamente los problemas y sus posibles soluciones, hace falta un enfoque global para ver relaciones, vínculos y conexiones con el entorno. Su objetivo es hallar el común denominador, orientado a la protección contra de las enfermedades cardiovasculares y los factores condicionantes. Los cuidados hay que verlos por su índole, sin perderle el polo positivo, el interés común, enfocado al control radical de las miserias de: la hipertensión arterial, la cardiopatía coronaria, la insuficiencia cardíaca y las enfermedades cardiorrespiratorias. El reto implica implementar estrategias apropiadas para evitar las condiciones facilitadoras, como las adicciones, el tabaquismo, las drogas y otras sustancias tóxicas; pero también para actuar sobre las condiciones adversas como obesidad exógena, sedentarismo extremo y otros hábitos dañinos, vinculados a la mala alimentación y al estrés como régimen de vida. Esta claro que las áreas de acción se ubican más allá de los linderos de la cardiología y no es insensato pensar que rebasen las áreas del Sector Salud, para situarse finalmente en el área cultural de la comunidad global.

Las enfermedades cardiovasculares son controlables, con la condición de atender a los Factores de Riesgo Cardiovasculares (FRC). Es una meta cuesta arriba, para poder ser cubierta en la totalidad de la comunidad. Pese a que los FRC son medidas eficientes para la prevención, sustentados por investigaciones basadas en evidencia, siguen aconteciendo en varios países del mundo, incluso de mayor desarrollo económico y con frecuencia excede a la prevalencia esperada. Algunas comunidades,

paradójicamente, han aumentado su proporción al iniciar intervenciones masivas. En otros ámbitos se ha acentuado la desigualdad, atribuible no sólo a la variabilidad biológica de la enfermedad, sino a los factores condicionantes.^{4,5} Todo indica que no es suficiente, hay que saber más y hacer más.

El enfoque unitario ayuda a apreciar mejor el problema de fondo en el mundo, aunque no hacen falta estudios especiales para reconocer su vinculación con el relativismo cultural⁶ cognitivo y moral. Se trata de una actitud ampliamente difundida y lamentablemente resultado de crecer sin tomar conciencia de los valores universales, ni el concepto de respeto, propio y ajeno. Tal civilidad es la llave de la cultura responsable. No es difícil imaginar que se perpetúe el salvajismo y la barbarie de no atender a este punto. No sólo perjudica a la población, sino que también dilapida la salud del corazón. Lo lógico en reciprocidad, es enseñar y nutrir de valores al cuidado humanitario del corazón.

Los turbulentos problemas sociales dan cuenta por las crisis, están en los medios noticiosos y son explicables por las razones dadas. El daño ocurre dentro de los individuos y entre la población, lo sufren los sectores más vinculados con la *salud y el bienestar*, que son: *enseñanza y aprendizaje; justicia y seguridad; trabajo, producción finanzas y economía*. El estropicio está presente de diversas maneras, en muchas y diferentes comunidades en todo el planeta.

Lo humanitario es un tema que vincula la salud del corazón y la conducta individual, en unión común con la voluntad. Es necesario porque los indicadores del daño a la salud, revelan tasas elevadas de mortalidad, morbilidad e incapacidad, y se les responsabiliza del deterioro nacional y global. Hay que advertir que el principio causal ha sido inapropiadamente aplicado, por darle mayor crédito a la primera instancia y omitir la participación de otros factores. La omisión refleja que las cosas han sido hechas a medias y explica por qué no ocurren los cambios que se inducen con las campañas preventivas.

En la literatura médica y no médica abundan las estadísticas, datos, cifras, proporciones muy elocuentes, con interpretaciones epidemiológicas que avalan su verosimilitud. Con ello, también se pone en evidencia la carga asistencial, que desborda la capacidad instalada y los recursos disponibles. Pero el resultado global es peor, ya que no se incluyó al complejo genético y metabólico, común con las enfermedades crónicas degenerativas.

El enfoque holístico también permite considerar a estos hechos como señales de algo más y por descubrir. Como se ha sido comunicado de los suaves cambios cuantitativos que determinan drásticas variaciones cualitativas. Que así lo advierten K Popper⁷ con su *Cambio de Paradigma* y trasciende en la *Revolución Científica* según T Kuhn.⁸ Aparecen las nuevas verdades, la Nueva Ciencia.⁹ Lo unitario y holístico tiene ese acertado potencial humanitario por aprovechar.

El avance científico y tecnológico, rápido y significativo del Siglo pasado, logrado gracias a un impulso armonioso y universal, contribuyó a que se desarrollaron procedimientos específicos para intervenir, prevenir, aliviar y rehabilitar a gran variedad enfermedades y sus diversas etapas evolutivas. Desde entonces, se han multiplicado, refinado, renovado y hoy alcanzan un sorprendente grado

de perfección. Sin embargo, requieren del acopio de recursos humanos, con alto grado de adiestramiento y capacitación. Tan sólo en Cardiología ha habido necesidad de crear y disseminar especialidades y subespecialidades. Las prácticas que son efectuadas por profesionales, médicos, ingenieros, biólogos y técnicos organizadamente, en garantía de calidad, rapidez, precisión y seguridad; reclaman más recursos. Así, lo logrado ha incluido sus efectos colaterales, adversos e indeseables: la explosión de costos y el encarecimiento de servicios vitales. Es paradójico que de intentar un bien, se consigue un mal, que lo sufre principalmente la población menesterosa y marginada. Esta complicación no deseada, debe ser superada, pues los cuidados creados para el bien, dejan de serlo al quedar así truncados.

En la población, los avances tampoco han conseguido abatir significativamente los indicadores. El mérito de mejorar la esperanza de vida se diluye ante la desigual reinante. La visión unitaria descubre estas fisuras y advierte la necesidad de un planteamiento extenso con proyectos más ambiciosos para frenar realmente el daño. La respuesta al reto ha de ser radical. La idea es caracterizar claramente la imagen que se busca, pues de otro modo no se le encuentra nunca.

La labor por agregar es ineludible teórica, de inteligencia y de marcha lenta y difícil, por la vinculación con las áreas sociales, económicas y políticas, a donde no falta la controversia. Sin embargo, hay que hacerlo, porque no hay buena práctica sin una buena teoría.¹⁰ Tampoco cabe esperar a que el producto surja espontáneamente de una persona o grupo, sino más bien con la participación común y la buena voluntad de todos. Entonces es cuando adquieren valor los consensos, siempre y cuando también consigan la concordia de ideas y el concilio de criterios. Como sea, encontrar la razón humanitaria es un asunto que pasa de ser importante a urgente. Parte del todo es hallar la justificación racional que explique las cosas, descubrir las interrelaciones de las ideas, encontrar las realidades sensibles y desembocar en una implementación sustentable. Pero compaginar este material teórico referencial, tampoco es suficiente, no basta con sólo pensar, hay que actuar, ensayar, hacer investigaciones juiciosas, atesorar experiencias, interpretarlas apropiadamente y sintetizar.

La reflexión crítica necesita calma, tranquilidad, estar libre de conflictos de valor y edificar el conocimiento a partir de sus múltiples y diversos basamentos. Una condición necesaria es el buen uso de los principios de razonamiento. Se buscan propuestas concretas y congruentes, explicaciones plausibles, que satisfagan a la diversidad y los momentos cruciales de la vida real. Vale la pena aquí, recordar las enseñanzas de Juan Pablo II, dignas de consideración y muy relevantes con el tema “ante una difundida cultura de indiferencia y, a veces, de desprecio a la vida, y ante la búsqueda inescrupulosa de predominio por parte de algunos sobre otros, con la consiguiente marginación del pobre y los débiles, hoy es más necesario que nunca ofrecer sólidos criterios, para que el ejercicio del poder en el mundo de la salud esté en todas las circunstancias al servicio de la dignidad de la persona humana y del bien común”. Mismo aserto presente en la *Carta Encíclica* de Benedicto XVI sobre el desarrollo humano integral.¹¹

En apoyo a la idea unitaria y fomentar la metanoia¹² o desarrollo de conciencia en el individuo o la población de modo que *le caiga el veinte* y así para ver el punto de convergencia de los cuidados de la salud, es pertinente asumir que el cuidado humanitario es un nuevo conocimiento y para conocerlo, conviene seguir el esquema metodológico de la lógica tradicional, sus *principios, medio y fines*.¹³

Según los principios

En el proceso de rastrear un nuevo conocimiento, no resulta igual aplicar un principio que otro, pese a tener los mismos propósitos o fines. Los cuidados del corazón engloban a los cuidados generales de salud, pero al cambiar de principio, resulta diferente. Los principios que reclama este tema son: *reduccionismo*, que facilita llegar al conocimiento especializado, gana en comprensión y adquiere profundidad; pero tiende a perder en extensión, y con ello disminuye la sensibilidad a los valores universales. Lo negativo es perder orientación y confundir los medios con los fines. En cambio, *multidisciplinariedad*, gana en extensión y permite el aprecio de los valores universales, no pierde su orientación alineada hacia los fines humanitarios. En ello también va de por medio el principio de *orientación*, por su trascendencia en los momentos decisivos de la investigación. Otro principio imprescindible es el de causalidad, por su relación con la validez del conocimiento científico. Consecuentemente, el planteamiento unitario ha de consumar el concilio de sus principios: la visión holística, la comprensiva, orientadora y la de validez causal.

Según los medios. Se agrupan en: a) cuidados, b) actores y, c) escenarios.

a) *Los cuidados o actos de cuidar* para conservar la salud, son el producto de la actuación de quienes los desempeñan. Lo primero que se advierte es una cambiante terminología. En realidad es aparente, porque mantienen el mismo significado semántico: curar, cuidar, medicar, atender y asistir. Curar se refiere ampliamente a procurar los cuidados de vida y tienen que ver, tanto con la salud y con la enfermedad. Enfocado al corazón, implica ponerle atención, velar por él, asistirlo, aplicarle el pensamiento, vigilarlo, tratarlo y protegerlo. Cuidado tiene su raíz en el latín *cogitar* y significa pensar, preocuparse, interesarse, tenerle afecto, importarle, protegerlo, comprenderlo, tener cautela, celo y responsabilidad. Cuidar invoca atender a la causa, raíz del asunto. Humanamente, implica ayudar al prójimo a crecer, a realizarse como persona y en la población significa desarrollo. En la forma antigua del latín se ligaba al amor y la amistad, con la actitud de cuidado, desvelo, preocupación e inquietud por la persona amada u objeto de estimación. Implica una actitud espontánea de responsabilidad con el prójimo. Cuidado conlleva dos significados básicos, ligados entre sí: el primero, con actitud de entrega hacia el otro; y el segundo, con el deseo afectivo de hacer algo. Los cuidados, primitivamente eran para atender las necesidades de subsistencia: alimentación, vivienda, protección, recreación, confort, socializar, tener familia y distribuir el trabajo. En el saber tradicional predominaban las actividades

preventivas y el valor de la salud era considerado como un don divino, era una necesidad y su respuesta espontánea y voluntaria. Las normas se fueron desarrollando poco a poco en el seno de la familia. Cuidado también se refiere a asistir, que implica estar presente, comparecer, hacer compañía, auxiliar, socorrer, testimoniar, observar. Por ello cuidar incluye asistir, pero asistir no necesariamente incluye cuidar. Se puede estar presente, hacer compañía pero sin atender o esmerarse en lograr la recuperación de la salud o el bienestar del otro. La dedicación es fundamental para el cuidado. Cuando acaba la dedicación acaba el cuidado. El cuidado se desarrolla en un proceso de superar obstáculos y dificultades y la base es la dedicación, valor de la generosidad de quien lo aplica. El término de médico y medicar tiene su raíz en medicare y su significado original es atender. Los cuidados hoy incluyen los procedimientos de: diagnóstico, tratamiento, rehabilitación o prevención y “el cuidado del corazón” los contempla en su gran conjunto, buscando hacer algo más.

b) Los actores. Quienes interactúan en el cuidado, son: quien lo demanda y quien se dispone a darlo. Integran una unidad al momento, intangible y virtual, que puede durar poco o largo tiempo. En este contexto, es apropiado llamarlo relación “Agente de Salud - Paciente o Persona” (AS-P), ya que es algo más amplia que la Relación Médico Paciente (RMP). De esta, hay magistrales descripciones de autores médicos, dentro de los que destacan españoles como Gregorio Marañón¹⁴ y Pedro Laín Entralgo, y los mexicanos Eduardo Césarman;¹⁵ Alberto Lifshitz,¹⁶ Ruy Pérez Tamayo.¹⁷ Hay otros muchos y buenos testimonios en la literatura, con elocuentes y extensos relatos o dissertaciones.¹⁸ Bien sugieren que el tema es inefable. El concepto ha evolucionado con la historia y no se detiene en su adaptación al progreso. Ignacio Chávez decía con toda razón “no hay mañana sin el ayer”. Laín Entralgo advierte que la RMP es una relación social creada entre dos personas, una *díada*.¹⁹ Las opiniones concuerdan en que esto funciona en la humanidad desde los tiempos más primitivos. Surge espontáneamente y recibe diferentes denominaciones según el tiempo, la cultura, el estado del arte y los recursos en disponibilidad. Su naturaleza sigue una dinámica de cambio,²⁰ como la vida misma. Lleva implícita una condición innata, la espiritual.²¹ Ésta, le confiere todo y le da una identidad permanente. Esta relación es la esencia a destacar como “cuidado humanitario”. Un criterio alterno es apreciarlo como nuevo conocimiento.²² Siguiendo los preceptos de la lógica,¹³ cabe considerarlos como elementos inherentes al cuidado. Le corresponde ser: *el sujeto*, ente, *díada*, RMP o relación AS-P. Es una entidad invariable, pese a que cambien los personajes y su representación según el tiempo, espacio y circunstancias dadas. Por otro lado, *el objeto*, el conjunto de cuidados, la función de la relación AS-P, de naturaleza variable, destaca que lo permanente es el cambio. Axiológicamente, se reconoce que ambos, sujeto y objeto interactúan, de modo que el objeto determina el valor real del sujeto.²³ El cuidado humanitario, universal es propio de la relación AS-P y representa al conjunto encima de todo. Los cuidados se han apreciado tradicionalmente como producto de la RMP; pero quedan incluidos en la relación AS-P. Como sujeto, adquiere su valor de interactuar con el objeto,

que corresponde a las prácticas: los cuidados. O sea que, la unidad no cambia, sólo el cuidado y este determina el gran valor humano que posee.

El carácter de los actores difiere al considerarlos separadamente, y también por eso reciben diversas denominaciones, que vale la pena recordar y recopilar. Por una parte: el *cuidador*, o el Agente de Salud en contraste con el Agente (etiológico) de Enfermedad. Es un término familiar en el ámbito religioso, y recuerda la gran preocupación, contribución y decidida participación permanente de las organizaciones religiosas,²⁴ de lo cual da amplio testimonio la historia. Antes, era ocupación de cualquier persona, un buen samaritano; un curandero o curador, brujo, chaman, un monje o el sacerdote. El concepto del Médico se inicia en la Época de la Grecia Clásica y el desarrollo del conocimiento lo establece como actividad profesional, que poco a poco se vino consolidando después. También surge la participación de Enfermería, de manera ejemplar y heroica, que sigue siendo una respetable profesión al cuidado directo del paciente.²⁵ Más recientemente han intervenido técnicos y otras ocupaciones afines, que prodigan los cuidados y prolongan el papel del Agente de Salud, apoyándose en los conocimientos médicos. La Asistencia Social lo llama: “otorgante de servicio o servidor de la salud” y otros términos; pero tiende a verlo como Equipo de Salud y con ello distorsiona su valor. La contraparte de los actores: el *paciente*, que desde un principio ha sido el enfermo, por ser la persona portadora de una enfermedad (del Griego *pathos*: enfermedad) o víctima de un accidente. Sin embargo, hoy también incluye al no-enfermo, a cualquier persona o derechohabiente con riesgo de enfermar, es el cliente o el demandante de servicio y esto requiere ser comprendido con más explicaciones.

Da por resultado que relación AS-P, siendo una imagen virtual e intangible, se hace presente en la mente de todos, gracias al sentido común que lo intuye. Según se ha advertido, el médico puede ser no-médico y el paciente ser no-paciente; pero realmente, no significa que desaparezca la categoría de la relación AS-P, o RMP, basta con aclarar y entender que se trata de una transición (Tabla 1). Sin embargo, crea confusión en la sociedad, y aún entre profesionales. Ha surgido la idea de que la RMP se ha acabado y esto es un mal entendido. Lo que en efecto ocurre es que el enfermo pudiendo ser un no-enfermo, ante la presencia del médico, no siendo tan necesaria, crea un aparente absurdo; que desaparece con la explicación plausible, porque en presencia de un mal entendido así, lo demás es falso. Esto hay que difundirlo a todo mundo y aclarar lo que es cambiante, de lo que no, lo que es inmutable, y lo que evoluciona de la AS-P (Síntesis evolutiva de los cuidados. Tabla 1).

Hay otras eventualidades que mencionar alrededor de la relación AS-P: *la enfermedad*. Su presencia es determinante, ésta genera la relación y tiene el carácter de necesaria y suficiente, pues en su ausencia o ante la duda, no hay paciente, ni enfermo, y tampoco la exigencia de cuidados. La consideración de los Factores de Riesgo Cardiovasculares, también afecta a la relación AS-P, porque no son enfermedad, sino indicadores, con nexo de probabilidad causal. En realidad, puede ocurrir con cualquier otro factor de riesgo de otras condiciones. El asunto trasciende, porque siendo no-suficiente, no genera

Tabla 1. Síntesis evolutiva del conocimiento de cuidados.

Etapas	Primitiva de la prehistoria y barbarie	Bíblica y religiones, cristianismo	Auge de las ciencias y la razón	Proyección contemporánea El reto
Desarrollo	Primitivo, tradición y magia	Revelación divina dogmas	Las ciencias y el desarrollo técnico	Innovación de la ciencia y el desarrollo social
Conocimiento	Intuitivo, atávico, compasión humana	Religiones, obediencia irracional	Razonamiento lógico, sobre los hechos universales	Dialéctica valórica y búsqueda de sentido
Estado del arte	Natural, primitivismo	Espiritual, místico el ascetismo	Enfoque causal, la enfermedad en el individuo y la población	La Evidencia, arte interpretativo Hermenéutica
Correlativo al Agente - paciente	Cualquier persona hacia el que sufre	Vocación personal y espiritual, el buen samaritano	Profesionalismo, el hospital, la Clínica y Salud Pública	Proceso de Atención a la Salud Integral comunitaria
Directriz de la respuesta	El apoyo ante lo sobrenatural	Una confianza frente a una conciencia	Atención personal profesional y especializado	Equipo de Salud a Comunidad y regulación sanitaria

la integración de relación AS-P y surgen dificultades no esperadas. La difusión de los medios de comunicación insisten en que es enfermedad, y le hacen el centro de las actividades preventivas y, al no acatar los consejos, distribuyen culpabilidad. En realidad, lo que el paciente o la población necesitan es comprensión y no culpabilidad. La receptividad por parte de una población confundida, no preparada, es incapaz de atender los mensajes y no genera el impacto deseado en la población tras una campaña publicitaria aislada. Una persona consciente, no le da crédito a una contradicción; y si el hecho se multiplica por los elementos de la comunidad, las acciones públicas o privadas fracasan. No siendo esto una intención de la Medicina Preventiva, le corresponde atender este embrollo. No hay fórmula práctica universal, ni fácil de construir; pero la acción conjunta, pensando y reflexionando, trae soluciones concretas, y la visión integral favorece la creación del paradigma común.

c) Los escenarios. Las consideraciones ideales, necesitan tomar en cuenta las realidades con sus tropiezos. Los cuidados se multiplican ante quienes lo necesiten; pero también se suman quienes pudieran necesitarlo. De todas maneras, con esto, cada día hay más pacientes, más procedimientos por aplicar y aumenta la exigencia de recursos. Los sistemas administrativos se interponen pretendiendo ayudar en la distribuir de los cuidados, o servicios; pero la rutina crea malos entendidos que llegan a desvirtuar la misma esencia de los cuidados. La burocracia, siendo el mejor aliado de la democracia, tiene también preocupantes efectos adversos. La atención idónea de la salud crea servicios ilimitados; pero los recursos para implementarla son finitos. De modo que, a las dificultades naturales para entregar los cuidados, hay que agregarles las inherentes a los intereses creados, incluyendo la misma regulación de servicios. El intento de lograr calidad y

seguridad, choca con los rasgos indeseables y reclama atención permanentemente.²⁶ La regulación de servicios, no siendo producto de la medicina, sino de la administración e institucionalmente con el poder del Estado, encierra el peligro de ser impositiva con sus nefastas consecuencias. La comprensión y el respeto a los fines de la salud y la medicina ayudan mucho, sólo hay que tener cuidado de no confundir los medios de la burocracia, las metas de la organización²⁷ y el fin de la misión Salud. El contrasentido afecta a la relación AS-P y pese a verla con optimismo para recuperar el sentido original, no resulta fácil. Es sorprendente ver la rapidez con que se polarizan los valores a lo económico y se contaminan de mezquindad y codicia. De no resolver este conflicto, surge el nuevo averno en los cuidados de la salud. La conciencia individual y la colectiva, no siempre se orientan a la visión humanitaria. Hasta llega a ser difícil hacer lo correcto.²⁸ Destaca la importancia de recuperar el sentido positivo de las cosas. Pese a todo, deben prevalecer los fines, creados alrededor de los valores universales, fieles a la buena práctica, destinada por igual a todos, en todas las etapas de la vida e indistintamente en la salud y la enfermedad.

Equipo de Salud y ecología: El cuidado integral se transforma gradualmente de cuidado personal a trabajo en equipo. Esta transición (Tabla 1) parece ser un camino natural. Lo que antes era labor personal, no deja de serlo, sólo se convierte en una acción organizada, justo para distribuir mejor el saber y el hacer. El trabajo en equipo, mantiene su dimensión ontológica, un proceso de relación recíproca, de confianza y afectividad de uno con otro ser humano “una confianza frente a una conciencia”. Requiere de personas respetuosas consigo mismas y con la naturaleza, pues las acciones individuales no dejan de afectar al Ecosistema, exige respeto a la naturaleza (Ecodulia), por ser la fuente de la vida. La conducta en el grupo debe llegar a ser como la propia conducta individual. El trato

digno al paciente es deseable que esté animado por el valor estético, realizado con arte, como lo expresa la música, la poesía, la pintura, la escultura, el sentido del humor, el baile, y otras formas, que desperta la emoción, el respeto, el derecho y alimenta al crecimiento espiritual. Ser profesional en el equipo de salud es, en primer lugar, ser persona,²⁹ con calor humano. Quien brinda el cuidado con las manos y el corazón amoroso, lo transforma en algo valioso de afecto y cariño en beneficio al prójimo.

Ante las adversidades naturales cabe invocar la resiliencia. Es la propiedad de un material para guardar memoria de la forma y recuperarla al cesar la fuerza deformante. Esta propiedad es aplicable a la relación AS-P, en defensa de sus intereses y en contra los factores que la amenazan. Es prioritario mantener la identidad como propiedad privada. Las profesiones que tienen hoy la capacidad de comprender mejor esto, son Medicina y Enfermería, por su vocación y preparación en este desempeño y por su investidura formal como Agente de Salud. Si algo hubiera que cambiar, lo que no puede cambiar ese *Ser*: la relación AS-P. Lo que puede y debe de cambiar es el *modo de ser*, o el *modo de hacer* las cosas: *los cuidados*. La resiliencia ayuda a recuperar la forma, si se llegara a modificar. Es aplicable al *Ser Agente de Salud*. No puede cambiar su sentido positivo, la práctica del bien, no dañar a nadie, y defender la dignidad humana (actitud apologética). El *modo de ser* y el *modo de hacer* en cambio, se refieren a hacer lo conducente, conscientes de la diferencia que hay entre un “medio” para llevar a cabo el “fin” de esta noble misión.

Según los fines

Mejor dicho el fin, de los cuidados, es procurar *salud* y *bienestar*. Dos conceptos que van juntos y se complementan. *Salud*, persiguen un ideal y señala con precisión la dirección y el sentido de la conducta. Pero es un ideal y no lo real, que sólo se advierte al enfermar. Una forma de decirlo es que: “una persona sana es un enfermo no diagnosticado”. Significa que el sólo concepto de salud no basta, no puede motivar a quien presume de salud, ni a quien ha perdido todas sus facultades (un moribundo). El cuidado de la salud preocupa hasta que ya hay daño y debiera preocupar desde antes, para tomar las medidas preventivas y que implica un saber. *Bienestar*, en cambio, complementa el fin, tanto para un no-enfermo, como para un incurable. El bienestar es siempre bienvenido. Conviene precisar que no implica tener, poseer cosas y bienes sin importar lo que cuesten. El concepto incluye una legítima esperanza en el más allá de la muerte. Estos conceptos son de incumbencia primaria al individuo, lo que debe defender como comunidad. El concepto se ha establecido desde los tiempos primitivos y de ninguna manera puede cambiar, ni ser objeto de transacciones comerciales. Surge de la llana concepción en comunidad, y lo representa la relación AS-P. Las consideraciones económicas o financieras, son valores paralelos que tienen el propósito de garantizar la viabilidad, pero son un medio y no un fin.

Las definiciones de salud

Los conceptos contenidos en las definiciones de salud sirven para acabar de comprender el fin. En la Constitución de la OMS, la definición emitida cumple con sus fines operativos, pero no es una definición conceptual. Consiste en “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Pero una definición conceptual es más amplia y no tiene límite. Así, puede describirse como la suma de conceptos dispersos. Es lo que tiene sentido para una vivencia armoniosa, dichosa, responsable e interactiva con la herencia humana; incluye su realidad social, las condiciones de vida, la calidad de sus instituciones, la garantía del comportamiento personal en de todas y cada una de las dimensiones de la persona, o sea: física, emocional, intelectual, social, valorica y espiritual; ha de cubrir todas las etapas de la vida, relaciones personales y comunitarias, guardando equilibrio con la ecología, y ser el resultado de aceptar e integrar positivamente sus limitaciones, agravios y lo que llaman zonas oscuras de la existencia humana, es decir la enfermedad, la discapacidad, la agonía, la muerte y el duelo. Ha de posibilitar al hombre a alcanzar su autorrealización y plenitud humana en sintonía con la voluntad Divina.

Conclusión

El cuidado humanitario del corazón es la idea de un modelo unitario, algo por conocer con más intimidad a partir de la visión panorámica, algo nuevo que aprecia lo común de los cuidados particulares en la diversidad y está inmerso en el cuidado a la Salud. Es apoyo para no perder el sentido positivo en la conducta. Concilia la teoría y la práctica en bien de la prevención cardiovascular y la Salud. Integrado en la relación AS-P es más universal y congruente con el proceso de cambio. El enfoque epistemológico puntualiza lo positivo y vigente acumulado por la historia. Lo pasado y útil no puede dejar de estar presente. No obstante lo complejo de las áreas y disciplina que intervienen, su integración puede descubrir soluciones concretas y ser la llave maestra para compaginar las ciencias sociales, políticas y económicas, con la participación de la ciencia y la tecnología, en apoyo a la preparación cultural, donde la educación es sólo parte y convoca a construir el paradigma común de las creencias del dominio popular. Es necesario invocarlo para superar las acciones ineficaces con desperdicio de recursos. La Cardiología Preventiva es el complemento necesario de las medidas preventivas generales y esto es lo que queda envuelto en el “cuidado humanitario del corazón”.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa-OMS, 1986.
2. Fuster V. La Ciencia de la Salud. Barcelona, Ed. Planeta. 2008.
3. Williams MA, Balady GA. Rehabilitación cardiaca (RC) y programas de prevención secundaria (PS) En. Fuster V. Manual de directrices e informes científicos de la AHA. J&C. Barcelona, Ediciones Médicas SL 2009.

4. Zurita B, Lozano R, Ramírez T, Torres JL. Desigualdad en salud. *Caleidoscopio de la salud*. 2003. pp 29-39. <http://www.funsalud.org.mx/casesalud/caleidoscopio/01%20Desigualdad.pdf>
5. Borrel C, Palensia A, Pasarin I, et al. Widening social inequalities in mortality: the case of Barcelona, a southern european city. *J Epidemiol Community Health* 1997; 51:659-667
6. Haaland-Matlary J. Derechos humanos depredados. Hacia una dictadura del relativismo. Madrid, Ediciones Cristiandad.2008.
7. Popper K. La lógica de la Investigación Científica. Madrid, Ed. Tecnos, 1973.
8. Kuhn S. Thomas. La estructura de las Revoluciones Científicas. México, Ed. Fondo de Cultura Económica. 2007.
9. Martínez MM. La Nueva Ciencia, Su desafío, Lógica y Método. México, Ed. Trillas. 1999.
10. Puskka P, Tuomilheto J, Nissinen A, et al. The North Karelia Project. 20 years results and experiences. National Public Health Institute KTL. Helsinki 1995.
11. Benedicto XVI. *Caritas in Veritate*. Carta Encíclica. Vaticano. Junio 2009.
12. Chávez DR, Ilarraza H. Metanoia y Bioética en la prevención cardiovascular. En: Altamirano BM y Co. Ed. Dilemas Éticos en la Práctica Clínica. México, Corporativo Intermédica SA. de CV. 2009.
13. Gutiérrez SR. Introducción a la Lógica. México, Editorial Esfinge. 2008.
14. Jiménez Borreguero JF. "Gregorio Marañón, el regreso del Humanismo". Fotoensayo biográfico. Editorial Egartorre. 2006. <http://gregoriomaranon.enarte.es/>
15. Césarman Eduardo. Ser Médico. En *Siete Obras Escogidas*. México, Ed. Porrúa. 1992.
16. Lifshitz A. La relación médico-paciente en una sociedad en transformación. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2003;1:59-66.
17. Pérez Tamayo R. *Médicos y Medicina: El caso mexicano*. Letras Libres. Febrero 2010. México
18. Hughes J. The Doctor-Patient Relationship: a review. In: *Organization and Information at the Bed Side*. Chapter One. Nov. 1994. <http://www.changesurfer.com/Hlth/HuDiss.html>
19. Laín-Entralgo P. *La relación médico-enfermo: Historia y teoría*. Madrid, Ed. Alianza. 1983.
20. Barquín C M. *Historia de la Medicina*. 8^a Ed. México, Méndez Editores. 1998.
21. Lozano Barragán J. *Mons. Teología y Medicina*. México, Ed. Instituto Mexicano de Doctrina Social. 2000.
22. Hessen J. *Teoría del Conocimiento*. 13^a. Ed. Madrid, Espasa-Calpe S.A. 1973.
23. Méndez JM. Razonamiento axiológico. En José María Méndez: *Curso completo sobre valores humanos*. Barcelona, Ed. PPU, SA. 2007.
24. Alarcos FJ. *Bioética y Pastoral de la Salud*. Madrid, Ed. San Pablo. 2002.
25. Watson, J. *Nursing: the Philosophy and Science of caring*. Boston, Little Brown and Company. 1979, p 320.
26. Donabedian A. *La calidad de la atención médica*. México, Ed La Prensa Médica Mexicana S.A. 1984.
27. Chávez SI. *Profesión de Fe del Instituto de Cardiología de México. Libro Commemorativo de 10 años de Fundación*. México, Ed. INC. 1954.
28. Chávez SI. *La moral médica frente a la medicina de nuestro tiempo. Humanismo médico. Educación y Cultura 1^a Ed*. México, Colegio Nacional. 1978.
29. Watson J. *Nursing: human science and human care, a theory of nursing*. New York, National League for Nursing. 1988, p 158.