

# El propósito de la medicina: lograr la salud y curar la enfermedad

## *The Goal of Medicine: Attaining Health and Curing Illness*

*“La medicina se nos aparecía, y todavía se nos aparece, como una técnica o un arte situado en la encrucijada de muchas ciencias, más que como una ciencia propiamente dicha.”*

GEORGES CANGUILHEM  
“Lo normal y lo patológico”

### INTRODUCCIÓN

Desde siempre se ha sostenido que el objetivo principal de la medicina es lograr la salud o curar la enfermedad, pero ¿cómo se tienen que entender estos aparentes estados antagónicos como salud y enfermedad, normal y patológico, a los que nos enfrentamos diariamente? Sin estos conceptos, el pensamiento y la actividad del médico resultarían incomprensibles.

¿Qué utiliza el médico para calificar entre la maraña de síntomas que nos ofrecen los pacientes, aquel “malestar” que podría indicar si está “enfermo” o sigue “sano”, o interpretar si los datos de laboratorio son “normales” o “patológicos”, para de esa manera reconocer el concepto de enfermedad o salud, de normal o patológico? ¿La calificación utilizada es una verdad científica, una cuestión filosófica o un concepto vulgar?

Si a cualquiera de nosotros se le pidiera que explique estos conceptos, estaría en dificultades. Jaspers dice: “El médico es quien menos investiga el sentido de las palabras salud y enfermedad.” (1)

A su vez, la palabra castellana enfermedad en realidad implica una trinidad de conceptos que capturan diferentes aspectos de tener una “mala salud”.

El “malestar” (*illness*) que indica una “mala salud”, que la persona identifica por sí misma, basada en sus

propios informes con los cuales comunica sus síntomas mentales o físicos, implica un concepto amplio; las “molestias” pueden ser autolimitadas o banales, o limitar la capacidad de una persona para llevar una vida normal. Como lo afirma Maurice Merleau-Ponty, es Descartes quien inicia el reconocimiento de una existencia de una parte del ser humano vivo que es “inaccesible a los otros y accesible únicamente a su titular”. (2)

La “enfermedad” en sí misma (*disease*), por otro lado, se considera como una condición que es diagnosticada por el médico u otro experto en salud. En el mejor de los casos, debería incluir una codificación diagnóstica estándar y sistemática, mejor aún si tiene una causa biomédica conocida con tratamiento y cura. Las limitaciones son que, a pesar de esta definición, muchas veces los diagnósticos se basan en una agrupación de síntomas subjetivos, como ocurre con las enfermedades reumatológicas. Se dice que el paciente va a la consulta médica con un “malestar” (*illness*) y sale con el diagnóstico de una “enfermedad” (*disease*).

La “dolencia” (*sickness*) es un fenómeno diferente, porque indica el papel social que toma el malestar o la enfermedad en la persona o que le da la sociedad; un ejemplo de ello es la ausencia en el trabajo debido a la “licencia por enfermedad”. (3)

### ¿QUÉ ENTENDEMOS POR SALUD?

Volviendo a qué entendemos por salud, George Canguilhem\* tomará como punto de partida para el análisis la tercera sección del *Conflicto de las facultades* de Immanuel Kant: “Uno puede sentirse sano, es decir, juzgar según su sensación de bienestar vital, pero jamás puede saber que está sano. La ausencia de la sensación (de estar enfermo) no le permite al hombre expresar

\* Canguilhem (1904-1995) nació en Castelnaudary, Francia, el 4 de junio de 1904. A la edad de 20 años, entró a la élite de la Ecole Normale Supérieure en París, donde sus primeros escritos fueron sobre el positivista Augusto Comte. Fue aquí donde se interesó en la relación entre ciencias racionales y sociedad. En 1930, después de un corto periodo de servicio militar, fue nombrado maestro en varios liceos provinciales (un requisito para todos los destinatarios afortunados de una educación en la ENS) antes de transformarse en editor de un periódico radical, Sobre la Libertad (*Libres Propos*). Allí continuó sus actividades de “discreta impertinencia” por la defensa de los derechos de los objetores de conciencia, un grupo muy vilipendiado por el gobierno existente. Aunque un pacifista comprometido (falló a propósito el examen para formación de oficiales en 1927 dejando caer un rifle sobre los pies de su examinador), Canguilhem se sintió obligado a unirse al movimiento de la Resistencia Francesa con el nacimiento del Socialismo Nacional Alemán. Redirigió sus energías a escribir polémicas antifascistas sobre las consecuencias de las dictaduras fascistas en Alemania e Italia. En 1936, en Tolouse, comenzó sus estudios médicos mientras aún enseñaba, pero 4 años más tarde resignó su posición universitaria porque rechazaba trabajar para el gobierno de Vichy. Para escapar del régimen de Vichy se movió a Estrasburgo para concentrarse en su título de médico, y en 1943 produjo su tesis doctoral en medicina: *Lo Normal y lo Patológico*. Más tarde, ese mismo año, Canguilhem evitó por poco ser capturado por la Gestapo cuando las fuerzas alemanas entraron violentamente en la Universidad de Estrasburgo, mataron a dos profesores y transportaron a estudiantes y miembros de la facultad de regreso a Alemania. Se volvió activo en la Resistencia y su peligroso trabajo le valió la Cruz Militar y la Medalla de la Resistencia. Después de la guerra volvió a Estrasburgo, pero de 1948 a 1955 asumió el prestigioso título de Inspector General de Filosofía y supervisó la enseñanza en los liceos de Francia. En 1955 se transformó en profesor de Historia de la Ciencia en la Sorbona, donde desarrolló una reputación como aterrador examinador, y director en el Instituto de Historia de la Ciencia y de la Tecnología en París. Escribió y publicó ensayos iconoclastas y breves reflexiones críticas sobre la filosofía de la medicina y produjo estudios históricos originales sobre el reflejo, la tiroides, y “el rol de las analogías y modelos en el descubrimiento médico”. Se retiró en 1971, pero continuó escribiendo extensamente durante la década de los setenta y comienzos de la década de los ochenta. (5)

que está sano de otro modo que diciendo que está *aparentemente* bien.” (4) Kant nos invita a pensar, en pocas líneas, que la salud es un objeto ajeno al campo objetivo del saber.

Por su parte, Canguilhem hace más drástico el enunciado kantiano, llevándolo al límite, al decir: “No hay ciencia de la salud. Admitamos esto por el momento. Salud no es un concepto científico, es un concepto vulgar, lo que no quiere decir trivial, sino simplemente común, al alcance de todos.” (4)

Descartes también piensa que, como los médicos, la gente común piensa poco en la salud; en una carta a Chanut del 31 de marzo de 1634, escribe: “Aunque la salud sea el más grande de todos nuestros bienes que conciernen al cuerpo, es sin embargo aquel al que dedicamos menos reflexión y con el que menos nos deleitamos. El conocimiento de la verdad es como la salud del alma: una vez que se la posee, no se piensa más en ella.” (6)

Canguilhem invierte la frase final de Descartes, acerca de que la verdad es la salud del alma, afirmando que “la salud es la verdad del cuerpo”. (4) Considerando a la “verdad” según el diccionario de la lengua francesa como “cualidad por la cual las cosas aparecen tal como son”, y a “*verus*” del latín como sentido de lo real o correcto, y en cuanto a “*sanus*”, que viene del griego, con el doble sentido de bien conservado (intacto) o seguro, dice que de ahí viene la expresión “sano y salvo”, que querría decir seguro o intacto y a salvo.

Muchos filósofos y médicos expresaron la sensación de discreción de la salud, y a la frase de Kant, “A decir verdad, el bienestar no se siente, pues es mera conciencia de vivir, y solo su impedimento suscita la fuerza de resistencia”, corresponde agregar la famosa definición del cirujano René Leriche: “La salud es la vida en el silencio de los órganos, y la enfermedad es aquello que molesta a los hombres en el normal ejercicio de su vida y en sus ocupaciones, y sobre todo aquello que los hace sufrir.”

Canguilhem entonces agrega: “Si la salud es la vida en el silencio de los órganos, no existe en rigor una ciencia de la salud. La salud es la inocencia orgánica. Tiene que ser perdida, como toda inocencia, para que sea posible un conocimiento.” (7)

Si cuando hablamos de enfermedad no podemos evitar hacer referencia al mal (*ill*) o malestar (*illness*) del cuerpo y cuando, a su vez, hablamos de salud tampoco podemos dejar de indicar que nos referimos al bien (*well*) o bienestar (*wellness, wellbeing*) corporal, entonces estamos hablando en primera persona, de nuestro “cuerpo subjetivo”, y no en la tercera persona obstinada del discurso científico. (8) Al mismo tiempo estamos reconociendo que hacemos *valoraciones* con respecto a una *norma*. Como dice Canguilhem, “En pocas palabras: bajo cualquier forma, implícita o explícita, que sea, las normas refieren lo real a valores, expresan discriminaciones de cualidades conforme a la oposición polar de una positividad y de una negatividad.”

Y es cierto, “Por lo tanto, que hay medicina ante

todo porque los hombres se *sienten* enfermos. Solo secundariamente, los hombres, porque hay una medicina, *saben* que están enfermos.”

“Por consiguiente, no es un método objetivo lo que permite calificar de patológico a un fenómeno biológico considerado. Siempre es la relación con el individuo enfermo, por intermedio de la clínica, la que justifica la calificación de patológico..., no parece posible hablar con pleno rigor lógico de ‘patología objetiva’... Es posible practicar objetivamente, es decir, imparcialmente, una investigación cuyo objeto no puede ser concebido y construido sin referencia a una calificación positiva y negativa, cuyo objeto por consiguiente no es tanto un hecho como un valor.”

“¿No convendría decir, al fin de cuentas, que el hecho patológico solo es captable como tal, es decir, como alteración del estado normal, en el nivel de la totalidad orgánica y, tratándose del hombre, en el nivel de la totalidad individual consciente donde la enfermedad se convierte en una especie de mal? Estar enfermo significa verdaderamente para el hombre vivir una vida diferente, incluso en el sentido biológico de la palabra.” (9)

La idea de que la enfermedad se puede explicar por la alteración fisiológica de órganos separados puestos en comunicación por el “medio interno” nace en la segunda mitad del siglo XIX por Claude Bernard, el creador de la medicina experimental. La conciencia de esa posibilidad, e incluso de esa realidad, sostiene la empresa fundadora de Claude Bernard: “Creo que en nuestros días existe una cantidad bastante grande de hechos claramente demostrativos de que la fisiología es la base de la medicina, en el sentido de que es posible incluir cierto número de fenómenos patológicos dentro de los fenómenos fisiológicos y mostrar que las mismas leyes rigen unos y otros (Principes de médecine expérimentale)”. (10)

Por lo cual, “el estado patológico no difiere en absoluto radicalmente del estado fisiológico, con respecto al cual solo podría constituir, en cualquier aspecto, una mera prolongación más o menos extensa de los límites de variación, ya sean inferiores, ya superiores, propios de cada fenómeno del organismo normal, sin poder producir nunca fenómenos verdaderamente nuevos, que –en determinado grado– ya no tuvieran en absoluto análogos meramente fisiológicos”. (7)

Pero ya mucho antes que Bernard, Descartes, que había leído a Vesalio y conocía las tesis de Galileo, identificaba a la naturaleza con las leyes del movimiento y su conservación y definía lo viviente, incluyendo a la medicina, como una cierta especie de construcción de máquinas; (9) se vio forzado a considerar atributos positivos distintos cuando en la VI meditación metafísica (11) compara el mecanismo del reloj de péndulo con la salud.

Escribe: “Y así como un reloj, compuesto de ruedas y contrapesos, no observa menos exactamente las leyes de la naturaleza cuando está mal hecho y da mal las horas, que cuando cumple enteramente los deseos del

artífice...; si considero, digo, el cuerpo como una máquina, conozco fácilmente qué tan natural le sería a un cuerpo de esa índole, estando, por ejemplo, hidrópico, sufrir esa sequedad de garganta que suele dar al espíritu el sentimiento de la sed..." Si bien inicialmente considera natural y equivalente el mecanismo del reloj que da o no la hora exacta y el cuerpo del hombre que está sano o enfermo, inmediatamente agrega que "podría pensarse que, si se le seca la garganta, siendo la bebida nociva a su conservación, *esto es contrario al orden de la naturaleza...*" y no sería "una pura denominación, sino un *verdadero error de la naturaleza*, puesto que tiene sed siéndole muy nociva la bebida". Podríamos decir, una máquina no se enferma, y tampoco se muere, desaparece.

Por lo tanto, la enfermedad de un ser vivo individual concreto es un comportamiento de valor negativo, y como bien dice Canguilhem (7): "Por esta razón, proponemos, al contrario de todas las costumbres médicas actuales, que es médicamente incorrecto hablar de órganos enfermos, de tejidos enfermos, de células enfermas."

Podemos agregar que las partes en sus distintos niveles, ya sean órganos, tejidos, células o moléculas, tienen mecanismos o funciones, pero nunca comportamientos, que se refieren al todo individual; no deberíamos hablar de hígado enfermo, sino de disfunción hepática, tampoco decir alteración del comportamiento renal, sino alteración del mecanismo renal.

"Cuando se califica de patológicos a un síntoma o a un mecanismo funcional aislados, se olvida que aquello que los hace tales es su relación de inserción en la totalidad indivisible de un comportamiento individual. De tal manera que si el análisis fisiológico de funciones separadas sabe que está en presencia de hechos patológicos, es porque se lo debe a una información clínica previa, porque la clínica pone al médico en relación con individuos completos y concretos, y no con órganos o con sus funciones. La patología, ya sea anatómica o fisiológica, analiza para conocer mejor, pero solo puede saber qué es patología, es decir, estudios de los mecanismos de la enfermedad, porque recibe de la clínica esa noción de enfermedad cuyo origen tiene que ser buscado en la experiencia que los hombres tienen de sus relaciones de conjunto con el medio ambiente." (7)

Canguilhem es categórico al afirmar: "Sostenemos que la vida de un ser vivo, aunque se tratase de una ameba, solo reconoce las categorías de salud y enfermedad en el plano de la experiencia, que es ante todo una prueba en el sentido efectivo del término, y no en el plano de la ciencia. La ciencia explica la experiencia pero no por ello la anula."

... "Estar en buen estado de salud significa poder enfermar y restablecerse, es un lujo biológico.

"A la inversa, lo propio de la enfermedad consiste en que es una reducción del margen de tolerancia con respecto a las infidelidades del medio ambiente." (7)

Agrega: "Se buscó en el tejido o en la célula la solución para un problema planteado, primero al enfermo

y luego al clínico, por el organismo entero. Buscar la enfermedad en el nivel de la célula significa confundir el plano de la vida concreta donde la polaridad biológica hace la diferencia entre salud y enfermedad, con el plano de la ciencia abstracta donde el problema recibe la solución."

... "El mismo dato biológico puede ser considerado como parte o como todo. Proponemos que, como todo, puede decirse de él que está enfermo o no lo está.

"Las células del parénquima renal, pulmonar o esplénico solo pueden actualmente ser declaradas enfermas, y enfermas de cualquier enfermedad, por determinado anatomopatólogo que quizá nunca pisa un hospital o una clínica, porque fueron localizadas, o se parecen a aquellas que fueron localizadas, ayer o hace cien años, poco importa ello, por un médico práctico, clínico o terapeuta, sobre el cadáver o el órgano amputado de un hombre cuyo comportamiento había observado... Virchow proclamó que si bien el microscopio es capaz de servir a la clínica, corresponde a la clínica iluminar al microscopio." (7)

Michel Foucault, en una intervención en una conferencia de prensa, dice que "La medicina tiene al mismo tiempo una función judicial. Es ella la que define no solo lo que es normal o no normal, sino, en definitiva, lo que es lícito o no lícito, criminal o no criminal, lo que es desenfreno o práctica nociva". (12)

## CÓMO SE MIDE LA SALUD

Este planteo teórico de la concepción subjetiva de salud tiene correlación con el creciente interés de la medicina en la medición del estado percibido de salud, desarrollando diferentes autocuestionarios de puntaje del estado salud-enfermedad. Uno de los más utilizados y validados es una única y simple pregunta: "¿Cómo valora su salud?" con alternativas de respuesta que van de 1 a 7, donde 1 = muy malo y 7 = excelente, no podía ser mejor, sin etiquetas escritas de los pasos intermedios. (13)

Este autocuestionario con una escala de Likert de 7 puntos se utilizó en una cohorte sueca, con un muestreo realizado entre 1973 y 2003, de 11.880 mujeres y hombres mayores de 25 años, seguidos hasta un máximo de 30 años. (14)

Por cada punto de incremento de la categoría salud, corregido por las variables confundidoras (edad, estado marital, hábito de fumar, actividad física durante el tiempo libre, nivel educacional, ser desempleado, número de síntomas crónicos), había una disminución de 13,2 días de licencia por enfermedad en las mujeres y de 9,5 días en los hombres, un 23% de disminución de recibir una pensión por invalidez y un 13% de disminución de internaciones hospitalarias. La mortalidad a los 19 años en hombres con puntaje 6-7 fue del 34% y con peor puntaje, 1-3, fue del 48%, un incremento relativo del 41%.

Esta discriminación en la mortalidad que implica la autoevaluación del grado de salud-enfermedad también

se observa en los países ahora llamados emergentes. En una población rural de la India de 5.087 adultos mayores de 50 años con 3 años de seguimiento, la mortalidad fue significativamente más alta cuando se marcaba que la salud era pobre/muy pobre, más de 3 veces para los hombres y más de 1,64 veces para las mujeres, independientemente de la edad, la invalidez y otras variables. (15)

También en Indonesia, en el seguimiento de una cohorte de 11.753 personas mayores de 50 años durante 3 años, después del ajuste por covariables (educación, estado socioeconómico, invalidez y enfermedades crónicas), el riesgo de mortalidad por mala salud aumentaba 3 veces en hombres y 4,9 veces en mujeres. (16)

Es la comprobación empírica reciente más fuerte que los hombres y las mujeres que se *sienten* mal o con pobre salud le hacen *saber* a sus médicos que pueden medir su incremento en el pedido de licencias de enfermedad, en el número de las internaciones, en el porcentaje de retiro por invalidez y también en la mortalidad, ya sea en países desarrollados y con sistemas de seguridad social avanzados como Suecia, o en países con alto grado de inequidad y desprotección como India e Indonesia.

Vamos a plantear las dos visiones actuales sobre cómo los médicos entienden salud y enfermedad, porque las consecuencias para la de atención médica divergen considerablemente y no son simplemente académicas porque tienen amplia repercusión en la práctica médica cotidiana.

## DOS PERSPECTIVAS FILOSÓFICO-MÉDICAS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Mi intención es discutir e ilustrar dos conceptos filosóficos concretos para caracterizar la salud y la enfermedad desde el punto de vista médico.

Las dos perspectivas en sus formas generales, explícita o implícita, son bien conocidas por todos nosotros.

Inicialmente consideraríamos la que podríamos llamar la “perspectiva bioestadística orgánica” (PBO) de salud y enfermedad, que desde el punto de vista científico considera estos conceptos libres de valor y meramente descriptivos, en algún sentido como el concepto de átomo, metal o lluvia están libres de valor, por lo cual el concepto de la enfermedad de las personas puede ser descubierto, según este pensamiento, con la utilización de procedimientos validados científicamente. Por el otro lado consideraríamos la “perspectiva holística normativa” (PHN), donde el concepto de salud, junto con otros conceptos médicos, está esencialmente cargado de valores y establece que un individuo está sano no dependiendo del resultado de alguna inspección o medición objetiva, sino que presupone una percepción general del estado corporal y mental de la persona. (17)

La PBO fue desarrollada por Christopher Boorse en la década de los setenta (18) y revisada en su famoso artículo de 1997, (19) donde primero define enfermedad

escribiendo: “Una *enfermedad* es un tipo de estado interno, el cual es o un deterioro de la habilidad funcional normal, por ejemplo, una reducción de una o más habilidades funcionales por debajo de la eficiencia típica, o una limitación de la habilidad funcional causada por agentes ambientales.” Y luego caracteriza la salud diciendo lacónicamente que la *salud* se identifica con la ausencia de enfermedad.

Para Boorse, un órgano ejerce su “habilidad funcional”, como el corazón que bombea en forma apropiada, si contribuye en la especie a la supervivencia y reproducción individual, como objetivos biológicos cruciales.

En esta perspectiva, cada órgano y cada función debe ser medida separadamente y el método con el que se describe su funcionamiento normal es el estadístico, y cualquier infección local o deterioro banal indicaría que la persona está enferma.

Pero, ¿la frecuencia estadística es causa de normalidad? Canguilhem aclara: “Naturalmente, en la especie humana la frecuencia estadística no solo traduce una normatividad vital, sino también una normatividad social. Un rasgo humano no sería normal porque fuese frecuente, sino a la inversa: sería frecuente por ser normal, es decir normativo en un género de vida dado.”

“Admitidas ciertas condiciones como normales, el fisiólogo estudia objetivamente las relaciones que definen realmente los fenómenos respectivos, pero en el fondo el fisiólogo no define objetivamente cuáles condiciones son normales.”

“El verdadero papel de la fisiología, suficientemente importante y difícil, consistiría entonces en determinar exactamente el contenido de las normas en las que la vida consiguió estabilizarse.”

“El concepto de norma es un concepto original que no se deja reducir –en fisiología más que en cualquier otra parte– a un concepto objetivamente determinable por métodos científicos. Por lo tanto, hablando con rigor, no hay una ciencia biológica de lo normal. Hay una ciencia de las situaciones y condiciones biológicas llamadas ‘normales’. Esta ciencia es la fisiología.”

“En resumen: pensamos que es necesario considerar los conceptos de norma y promedio como dos conceptos diferentes cuya reducción a la unidad por anulación de la originalidad del primero es inútil intentar.” (7)

No se puede definir la normalidad de los órganos en soledad, porque “El ser vivo y el medio ambiente no son normales tomados por separado, sino que su relación es la que los hace tales, tanto al uno como al otro.”

“No existe un hecho normal o patológico en sí. La anomalía y la mutación no son de por sí patológicas. Expresan otras posibles normas de vida.” (7)

Las mutaciones dependiendo del medio pueden ser patológicas o beneficiosas. Para ilustrarlo tomemos el déficit en glucosa-6-fosfato-deshidrogenasa que produce anemia, diagnosticada mayoritariamente en las poblaciones de negros en los Estados Unidos. Esta alteración enzimática es una afección genética de la población originaria de África, donde se mantuvieron mejor por cuanto los “enfermos” afectados por esa al-

teración son particularmente resistentes al paludismo. Sus antepasados de África negra eran gente “normal” con respecto a los otros que no tenían el déficit, porque resistían al paludismo mientras que los otros morían por su causa.

“Si esas normas son inferiores, en cuanto a la estabilidad, fecundidad, variabilidad de la vida, con respecto a las normas específicas anteriores, se las denominará “patológicas”. Si esas normas se revelan, eventualmente, en el mismo medio como equivalentes o en otro medio ambiente como superiores, se las denominará “normales”. Su normalidad provendrá de su normatividad. Lo patológico no es la ausencia de norma biológica, sino una norma diferente pero que ha sido comparativamente rechazada por la vida.” (7)

Es más fácil hablar de normalidad fisiológica en el seguimiento de la persona; según relata la historia, Napoleón Bonaparte tenía 40 latidos de pulso y no necesitó que le colocaran un marcapasos para conquistar Europa.

Los cardiólogos cuando interrogamos por un dolor coronario le damos mucha importancia, aunque el dolor no sea del todo típico, si el paciente refiere que tenía las mismas características que cuando sufrió un infarto; porque coincidimos con Canguilhem en que “La frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente, pero es perfectamente precisa para un solo e idéntico individuo considerado sucesivamente... El individuo es el juez de esta transformación porque es él quien la padece, en el preciso momento en que se siente inferior a las tareas que la nueva situación le propone.” (7)

La PHN, por otro lado, no se refiere *solamente* a la expectativa de vida, sino también al *bienestar*. De acuerdo con estas teorías, una persona puede tener mala salud, no solo porque la probabilidad de vida se ha acortado, sino también porque no se siente bien o se encuentra incapacitado para algunos otros propósitos vitales. De acuerdo con el clásico análisis de Galeno (siglo II d. C.), la salud es “un estado en el cual no sufrimos dolor ni estamos impedidos en funciones de la vida diaria”. Más recientemente, Fulford (20) dice que “la gente que tiene mala salud es incapaz de hacer las cosas que la gente en forma ordinaria tiene y hace; mover sus brazos y piernas, recordar cosas, encontrar el camino a sus lugares (familiares) y así otras”. O como dice Canguilhem: “El hombre solo se siente en buen estado de salud –y tal es la salud– cuanto más que normal –es decir adaptado al medio ambiente y sus exigencias– se siente normativo, apto para seguir nuevas normas de vida.” (7)

La PHN dice escuetamente que una persona está en completa salud si tiene la habilidad, dadas las circunstancias estándares, de alcanzar todos sus propósitos (objetivos) vitales. (21)

Debe notarse que la expresión “circunstancias estándares” es algo completamente diferente de “circunstancias estadísticamente normales”, ya que están relacionadas con las “normas sociales”.

En esta perspectiva, la PHN, la enfermedad aparece si al menos un órgano está implicado en un estado o proceso tal que *tiende* a reducir la salud. Se utilizó la frase “tiende a reducir la salud” porque no cualquier enfermedad compromete realmente la salud en el sentido holístico de ser capaz de llevar a cabo objetivos vitales. Algunas dolencias no afectan a la persona como un todo, porque desaparecen antes ya que o son latentes, o son triviales o abortan en su desarrollo.

## LAS DOS PERSPECTIVAS EN EL ENCUENTRO MÉDICO

### 1. Una persona se acerca al servicio de salud con un problema

Pedro consulta a un cardiólogo, derivado por su médico de familia, y le cuenta que se siente *mal* desde hace algún tiempo. Dice que le falta el aire cuando camina desde hace un par de meses, que esa molestia se acentuó la última semana y que ayer y hoy no pudo ir a trabajar. Él no puede explicar su *mala* salud por algo que haya hecho, no desaparece sola y por el contrario se acentúa hasta impedirle ir a su trabajo. Pedro afirma que se siente *mal* y asume que una enfermedad es responsable de su problema.

### 2. El médico diagnostica el problema y trata al paciente

El médico realiza un examen físico y evalúa por los signos que su problema es un síndrome de insuficiencia cardíaca y le pide estudios para reconocer la causa. Pero busca la causa del problema del paciente fundamentalmente en términos de lenguaje de enfermedad que aprendió en los textos y en las clasificaciones médicas; una vez que cree conocer la causa del problema la trata de acuerdo con las recomendaciones contemporáneas del arte de la medicina.

### 3. El paciente está sano nuevamente cuando se desembaraza del problema

La consulta fue exitosa y Pedro se considera otra vez sano, cuando ya no siente la falta de aire y puede volver a trabajar. Aun cuando tenga que tomar remedios y la causa de la enfermedad persista.

Esta simple viñeta ilustra que el concepto de salud utilizado en la consulta es una variante del concepto holístico-normativo de salud. El propio Pedro determina que tiene un estado de *mala* salud, la falta de aire que lo incapacita para ir al trabajo, dadas las *circunstancias estándares*.

También es claro que la salud es asumida tanto por el paciente como por el personal médico más allá y por encima de la ausencia de enfermedad. El *malestar* ha sido curado pero la *enfermedad* no ha sido eliminada y para poder retornar al trabajo debe recobrase o rehabilitarse de su *dolencia*.

En este relato, el descubrimiento de la *enfermedad* presupone la ocurrencia previa de un *malestar*; muchos podrían decir que en la medicina actual se diagnos-

tican muchas enfermedades sin malestar previo del individuo. Para evitar malentendidos, podemos decir que el *malestar* no necesita que haya ocurrido en ese caso individual, pero el tipo de *enfermedad* no podría haber sido descubierto y etiquetado como enfermedad si en primer lugar no hubiera alguien que previamente haya experimentado el correspondiente *malestar*. Como elegantemente escribe Canguilhem: “La enfermedad, que nunca existió en la conciencia del hombre, empieza a existir en la ciencia del médico. Ahora bien, nosotros pensamos que no hay nada en la ciencia que no haya aparecido antes en la conciencia y que, particularmente en este caso que nos ocupa, el punto de vista del enfermo es en el fondo el verdadero... Ha habido siempre un momento en el cual, al fin de cuentas, la atención de los prácticos fue atraída hacia determinados síntomas, incluso únicamente objetivos, por hombres que se quejaban de que no estaban normales, es decir, idénticos a su pasado, o de que sufrían. Si en la actualidad el conocimiento de la enfermedad por parte del médico puede prevenir la experiencia de la enfermedad por parte del enfermo, esto se explica porque antaño la segunda suscitó, llamó a la primera. Por lo tanto, ciertamente siempre de derecho –si no actualmente de hecho– existe una medicina porque hay hombres que se sienten enfermos, y no porque hay médicos los hombres se enteran por ellos de sus enfermedades.” (7)

### UNA COMPARACIÓN ENTRE LAS DOS PERSPECTIVAS

Las diferencias se pueden resumir de la siguiente manera:

1. En la PBO la salud es idéntica, por definición, a la ausencia de enfermedad. En la PHN la salud es compatible con la presencia de enfermedad; sin embargo, esta se encuentra lógicamente relacionada con el concepto de *malestar* (o *mala salud*) y una *dolencia* es definida como un estado o proceso que tiende a reducir la salud del portador.
2. En la PBO la salud es exclusivamente una función de los órganos o procesos internos del cuerpo o la mente humana. En la PHN la salud es una función de la habilidad de una persona como un todo para realizar acciones intencionales y lograr sus objetivos o propósitos.
3. En la PBO la salud es un concepto definido solamente en términos biológicos y estadísticos. En la PHN el concepto de salud presupone conceptos extrabiológicos, tales como valores normativos en un medio social estándar que permite lograr los propósitos vitales.
4. Otra diferenciación importante es el criterio concerniente al objetivo del organismo y de la persona. En la PBO el único objetivo relevante es la supervivencia del individuo y de la especie. De acuerdo con la PHN, existen además otros objetivos vitales, aunque la supervivencia es una condición necesaria para lograr todos los recursos adecuados a los otros propósitos vitales.

### MALESTAR, ENFERMEDAD Y DOLENCIA: PRUEBAS EMPÍRICAS PARA LAS DIFERENTES MANERAS DE AUSENCIA DE SALUD

Ya habíamos caracterizado la *mala* salud o ausencia de la salud en una trilogía diferente: *malestar* (*illness*), lo percibido y comunicado por el propio paciente como una queja sobre el logro de sus propósitos de vida, la *enfermedad* (*disease*) como la condición que es diagnosticada por el médico u otro experto de la salud, la *dolencia* (*sickness*) como el papel que le adjudica la sociedad.

Estas definiciones se pusieron a prueba en un estudio de cohorte, obtenido por medio de encuestas anuales con entrevista estructurada amplia y un registro de licencia por enfermedad en 13.887 empleados y trabajadores por cuenta propia suecos. (3)

Personas que comunicaban cualquier clase de síntomas fueron consideradas portadoras de un *malestar* (*illness*). Se utilizó un grupo de preguntas concernientes a diferentes clases de síntomas, tales como dolor en el cuello, hombros, espalda, caderas, manos, codos, pies, piernas, como también preguntas acerca de asma y alergia, complementadas en algunos casos con trastornos del sueño, fatiga y ansiedad. Casi el 70% comunicaba alguna clase de *malestar* (*illness*), como dolor en diferentes partes del cuerpo, trastornos del sueño, ansiedad o fatiga (72% de las mujeres y 62% de los hombres).

Para que se considerara que una persona tenía una enfermedad, se debía categorizar con un código diagnóstico de acuerdo con el ICD-9 en la entrevista estructurada. Cerca del 40% tenía una enfermedad (*disease*) prolongada y el 15% comunicó más de una.

Aproximadamente 1 de cada 7 personas (14% del total, 18% de las mujeres y 11% de los hombres) que trabajaban tenía al menos una licencia por enfermedad de 2 semanas o más durante el año.

Cerca de 1 de cada 4 (25%) no tenía *malestar* (*illness*), enfermedad (*disease*) o dolencia (*sickness*), de acuerdo con las definiciones utilizadas en esta encuesta.

Este estudio demuestra que la mayoría de la gente tiene alguna queja o *malestar*, menos tienen registrada alguna clase de *enfermedad* y menos aún han tenido *dolencia* con licencia por enfermedad. Las mujeres tenían mayor morbilidad para los tres conceptos, con una diferencia más grande en las licencias por enfermedad.

Lo interesante es que el grado de superposición, aun cuando tenía un coeficiente de correlación significativo, era sorprendentemente bajo. Esta gran discrepancia entre los tres conceptos implica que representan diferentes realidades y que debemos ser muy cuidadosos cuando nos referimos a la morbilidad de nuestros pacientes o a los datos de salud pública. Por lo tanto, *malestar* (*illness*), enfermedad (*disease*) y dolencia (*sickness*) representan diferentes aspectos de la morbilidad y deben ser percibidos como fenómenos diferentes.

Otro hallazgo interesante es que más del 80% de estos mismos pacientes, contestando el cuestionario de salud, comunicaron que percibían su salud como muy buena o buena.

Este resultado demuestra incuestionablemente que para las personas la salud no es lo opuesto de la enfermedad, o sea que cuanto más malestar o enfermedad tiene, menos salud tiene o viceversa. Es obvio que el concepto de salud para las personas pertenece a una dimensión completamente diferente del malestar o enfermedad, de tal manera que no está definido por su opuesto.

Los autores concluyen: “El hecho de que malestar (*illness*), enfermedad (*disease*) y dolencia (*sickness*) se han encontrado tan diferentes en términos de magnitud y desarrollo en el tiempo (en 13 años hay un incremento proporcional de las quejas y malestar, de menor grado de enfermedades prolongadas, y las licencias por enfermedad están estables hasta antes de los últimos años) muestra la necesidad de una utilización muy cuidadosa de los diferentes conceptos e indicadores. El bajo grado comparativamente de superposición entre ellos muestra aún más que representan diferentes realidades. Existe una necesidad de desarrollar más conocimiento empírico acerca de cómo diferentes aspectos de la morbilidad están interrelacionados y cómo las diferencias pueden ser interpretadas en términos de causas y efectos.” (3)

## CONCLUSIONES

Hemos tratado de discurrir sobre conceptos que son objetivos fundamentales de la medicina que practicamos y somos protagonistas, sin los cuales nuestra actividad sería incomprensible.

Hemos tratado de demostrar que la morbilidad que sufren nuestros pacientes se expresa por lo menos de tres diferentes maneras: malestar (*illness*), enfermedad (*disease*) y dolencia (*sickness*), que no son superponibles y expresan realidades diferentes.

Permítanme terminar citando la prosa expresiva de Georges Canguilhem, este filósofo-médico que produjo un salto en nuestra interpretación, cuando define que: “La salud es un margen de tolerancia con respecto a las infidelidades del medio ambiente.” (7)

El medio ambiente está lleno de “sucesos” que se dividen en sucesos *repetibles* y por lo tanto *predecibles* que se explican como leyes de la naturaleza (las cosas *deben* suceder) y sucesos *contingentes* en un mundo lleno de caos y también de aleatoriedad (las cosas *pueden* suceder). La explicación de los eventos *contingentes* requiere un conocimiento de la secuencia histórica particular que originó el resultado, por lo que son necesariamente *narrativas*, como la historia clínica de los pacientes, en vez de *deductivas*. Como somos seres humanos, somos entidades *contingentes* y no inevitabilidades *predecibles*.

“Por cierto, ese medio ambiente que la ciencia define está constituido por leyes, pero tales leyes son abstracciones teóricas. El ser vivo no vive entre leyes, sino entre seres y acontecimientos que diversifican esas leyes. Lo que sostiene al pájaro es la rama y no las leyes de la elasticidad. Si reducimos la rama a las leyes de la elasticidad, tampoco debemos seguir hablando de

pájaro sino de soluciones coloidales. En semejante nivel de abstracción analítica, ya no se trata de medio ambiente para un ser vivo, ni de salud, ni de enfermedad. Igualmente, lo que el zorro come es un huevo de gallina y no la química de los albuminoides o las leyes de la embriología. El ser vivo calificado vive entre una multitud de objetos calificados y, por eso mismo, vive entre una multitud de posibles accidentes. Nada existe por azar, pero todo sucede en forma de acontecimientos. He aquí el aspecto por el cual el medio ambiente es infiel. Su infidelidad es en rigor su devenir, su historia.” (7)

**Dr. Hernán C. Doval**<sup>MTSAC</sup>

Director de la Revista Argentina de Cardiología

## BIBLIOGRAFÍA

- Jaspers K. Psicopatología general. 1933. Citado por Canguilhem G. Escritos sobre la medicina. Amorrortu; 2004.
- Merleau-Ponty M. Resumen de Cursos. Colegio de Francia, 1952-1960. Citado por Canguilhem G. Escritos sobre la medicina. Amorrortu; 2004.
- Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:450-4. doi: 10.1136/jech.2004.025346.
- Canguilhem G. Escritos sobre la medicina. Amorrortu; 2004.
- Horton R. Georges Canguilhem: philosopher of disease. *J R Soc Med* 1995;88:316-9.
- Descartes R. Cartas filosóficas. Terramar; 2008.
- Canguilhem G. Lo Normal y lo Patológico. Siglo XXI; 1978.
- Caponi S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde* 1997;IV (2):287-307.
- Canguilhem G. Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida. Amorrortu; 2005.
- Canguilhem G. Estudios de historia y de filosofía de las ciencias. Amorrortu; 2009.
- Descartes R. Discurso del método y meditaciones metafísicas. Tecnos; 2005.
- Foucault M. El poder, una bestia magnífica. Siglo Veintiuno 2012. p. 270.
- Eriksson I, Undén A-L, Elofsson S. Self-rated health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *Int J Epidemiol* 2001;30:326-33.
- Halford C, Wallman T, Welin L, et al. Effects of self-rated health on sick leave, disability pension, hospital admissions and mortality. *BMC Public Health* 2012;12:1103. doi:10.1186/1471-2458-12-1103.
- Hirve S, Juvekar S, Sambhudas S, et al. Does self-rated health predict death in adults aged 50 years and above in India? *Int J Epidemiol* 2012 nov 21.
- Ng N, Hakimi M, Santosa A, et al. Is self-rated health an independent index of mortality among older people in Indonesia? *PloS One* 2012;7:e35308. doi:10.1371/journal.pone.0035308.
- Nordenfelt L. Health and disease: two philosophical perspectives. *J Epidemiol Community Health* 1986;41:281-4.
- Boorse C. Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science* 1977;44:542-73.
- Boorse C. A rebuttal of health. En: *What is disease?* Humana Press 1997:1-134.
- Fulford KWM. Moral theory and medical practice. Cambridge University Press; 1989.
- Nordenfelt L. The concepts of health and illness revisited. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2007;10:5-10. doi 10.1007/s11019-006-9017-3