

## EL CONCEPTO DE SALUD Y DE ENFERMEDAD<sup>1</sup>

---

Giancarlo Cesana<sup>2</sup>

---

Definir el concepto de «salud» es menos simple de lo que se puede pensar. Es justa, de hecho, la pregunta de Gadamer, filósofo de la ciencia:<sup>3</sup> «¿En qué consiste el bienestar sino justamente de no constituir el centro de la atención, permitiéndonos de estar libremente abiertos y dispuestos a todo?». La salud, si está, no se siente y, generalmente, tampoco se ve. Se siente y se percibe como falta y, por lo tanto, como necesidad se reconoce en los demás, cuando uno está física o psicológicamente afectado, incapaz a causa de la propia invalidez de hacer lo que a uno le gusta o a lo que está acostumbrado. Para la mayoría de las

---

<sup>1</sup> Segundo capítulo de *Il ministero della salute* (Florencia: Studio Editoriale Fiorentino, 2000). Traducción no revisada por el autor. Recientemente será publicada la versión en castellano del libro por la Editorial Encuentro de Madrid (España).

<sup>2</sup> Médico y psicólogo. Docente de la Facultad de Medicina del Trabajo de la Università degli Studi di Milano-Bicocca.

<sup>3</sup> En la discusión sobre el concepto de salud, me pareció sugerente el aporte de Carlos Colombom, médico de Milán, con larga experiencia en dirección de hospitales. Esta cita, junto con la de Foucault, y del *Corriere Della Sera, diario italiano*, más otras consideraciones relacionadas, pertenecen a una conferencia suya, en el primer curso de *Introducción a la medicina* (1997-1998) y a su artículo «sistema sanitario y prevención» (*Sapere*, febrero 1998).

personas, los pensamientos y los discursos acerca de la salud empiezan con la primera hospitalización o la primera enfermedad seria, se intensifican con la edad que con certeza es el factor, más que todos los demás, asociado a la insurgencia de enfermedades.

De hecho, la salud es percibida, sobre todo, como lo contrario de lo que se vive como *handicap* o enfermedad, como exigencia de volver a una plenitud de fuerzas, ciertamente no absoluta, sino relativa a aquel nivel de prestaciones a las que la experiencia nos había hasta aquel momento acostumbrado. Si cuando uno era sano corría menos velozmente que otros, estará bien feliz de volver a su propia velocidad de carrera, y no pensará alcanzar una superior. Justamente, se considera que correr menos velozmente no sea un indicador de enfermedad, sino solo un signo de una distinta distribución de las dotes personales.

La salud, por quien está enfermo, es vivida como un bien personal, una dotación, en el sentido propio del don, que de improviso se disolvió o lentamente se consumió, y que ahora se les pide a los médicos que lo reconstituyan y lo protejan, igualmente que a las organizaciones sanitarias y a la sociedad. La experiencia directa e indirecta de las enfermedades ha persuadido desde la antigüedad a los hombres, a combatirlos no solo con atentos diagnósticos y eficaces curas, sino buscando mejores condiciones de vida. Entonces, ¿qué definición de salud podrá ser mejor de la que dio en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS):<sup>4</sup> «La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, sino es estado de completo bienestar físico, mental y social»?

<sup>4</sup> Véase WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The preparatory committee of the international health conference*, ECOSOC, F/H/P/C/WZ, 21 de marzo de 1946. Para los demás documentos OMS, cada vez citados, puesto que se trata de textos conocidos y de fácil ubicación en bibliotecas médicas, valen las referencias que se encuentran en el texto.

## LA SALUD DE LA OMS

La definición de «salud» dada por la OMS se cita muy frecuentemente en las escuelas de medicina. Raramente se pone en cuestión, por lo contrario, constituye un criterio fundamental para la evaluación de las acciones sanitarias dirigidas a los individuos y a las colectividades. Desde su pronunciamiento ha suscitado notables entusiasmos, injertando a los médicos y a la disciplina practicada por ellos en un proyecto universal de reforma social. Es de 1977 la definición, siempre de parte de la OMS, durante su 30.<sup>a</sup> Asamblea Mundial del objetivo «Health for all 2000»: «objetivo principal de los gobiernos y de la OMS debe ser conseguir por parte de todos los ciudadanos del mundo dentro del año 2000, un nivel de salud que haga posible una vida social y económicamente productiva».

El año siguiente (1978) se promulgó la «Declaración de Alma Ata» centrada sobre la necesidad del desarrollo de la asistencia sanitaria de base, con la finalidad de contribuir en escala mundial a conseguir que la salud sea el derecho fundamental del ser humano. Pero es con la Carta de Ottawa de 1986 que el esfuerzo de la OMS se traduce en una estrategia de intervención, coordinada entre distintas disciplinas no solo sanitarias, denominada «promoción de la salud» o bien *health promotion*, como es frecuentemente citado también en documentos en lengua distinta del inglés.

Con tal denominación se quiso describir «el proceso tenso a volver a las personas —justamente en el sentido colectivo de gente, *people*— cada vez más en la posibilidad de controlar y mejorar sus condiciones de salud». La promoción de la salud, de hecho, está dirigida a los grupos de población más que a los individuos singulares con riesgo de enfermedades específicas. Considerando la totalidad de los factores que determinan el contexto de la vida cotidiana, la *health promotion* se propone influenciarlos, ciertamente,

también con la finalidad de eliminar, en lo posible, las causas de enfermedad (prevención), pero sobre todo para favorecer el sostén y mantenimiento de la salud. Quicios de esta acción son la protección de la salud y la educación sanitaria: «con protección de la salud se entiende una serie de controles legales y administrativos, de reglas y de procedimientos, de códigos de autoreglamentación, todos dirigidos a influenciar positivamente, directa e indirectamente, en la salud del individuo y de la comunidad» (Pagano y Fara s. f.).

Estas intervenciones, a veces impropriamente clasificadas como actividades de prevención, pueden ser impositivas o funcionales a la promoción, como por ejemplo, la obligación del cinturón de seguridad, la fluorización del agua, los avisos amenazantes en las cajetillas de cigarrillos, el aumento del costo de las mismas, y así siguiendo. La educación sanitaria ha sido definida por Smith, en 1979, como

una actividad de comunicación orientada a incrementar la salud, a eliminar los factores de riesgo y a prevenir las enfermedades, dirigida a sujetos individuales o a comunidades enteras y realizada influenciando positivamente los conocimientos, las actitudes y los comportamientos del individuo, de las comunidades, de los detectores del poder. Los conocimientos comprenden: las nociones relativas al cuerpo y a sus curas; las informaciones relativas a la disponibilidad y al uso de los servicios sanitarios; la comprensión de los mecanismos ambientales, ocupacionales y de comportamientos a riesgo, además de las políticas nacionales en acto para la tutela de la salud y para la lucha contra las enfermedades.

Dadas las características y la extensión de las intervenciones de promoción de la salud, su método es interdisciplinario y se remite, además

que a la medicina y a la sanidad pública, a la economía, al derecho, a la psicología, a las ciencias de la educación, de la comunicación y del desarrollo de las comunidades en general.

Su fin es el de producir una efectiva y concreta participación de la colectividad. Se ha, justamente, notado que el fracaso de muchos programas sanitarios, sobre todo en los países en vía de desarrollo, se debe al hecho que estos prescinden de una directa y preliminar implicación de las comunidades interesadas. Si se quiere efectivamente mejorar las condiciones de salud de una determinada población no basta con proporcionar un «servicio médico», incluso bien organizado. Se debe poner en movimiento una acción «socio-sanitaria» en la que converjan decisiones políticas y múltiples figuras profesionales distintas de las tradicionalmente incluidas en el ámbito sanitario.

Durante largo tiempo, los problemas de la salud relacionados con el «estilo de vida» han sido relacionados con una banda reducida de comportamientos definidos «a riesgo», como, por ejemplo, excesos dietéticos, la falta de actividad física o el hábito de fumar cigarrillo. Si esto es verdad, también es cierto que es necesaria una perspectiva más amplia, que reconozca cómo los comportamientos a riesgo son, en gran medida, influenciados por las condiciones de vida y de trabajo. Las autoridades sanitarias internacionales sugieren que es responsabilidad de todos los sectores de la sociedad volver «las elecciones más salubres, las elecciones más fáciles» (cf. Kaplun y Wenzel 1989). Pero, en la actualidad, un gran número de personas no tiene alguna posibilidad de elección con respecto a la propia salud, sea por ignorancia, como por imposibilidad material. Combatir esta «injusticia», favoreciendo el acceso a la salud, ante todo con la realización de un ambiente favorable a ella y con programas capaces de perseguirla, es considerada uno de los desafíos más importantes de nuestro tiempo, sea en el plan del progreso civil como en el mejoramiento de la situación sanitaria de las poblaciones.

Con la Carta de Ottawa, la OMS ha definidos los criterios y las posibles acciones para el desarrollo de intervenciones de promoción de la salud en las distintas situaciones ambientales —casa, trabajo, escuela y sociales— sobre todo en las más desproveídas y en los países en vías de desarrollo. Reconfirmando, además, una concepción de salud, entendida como experiencia positiva de bienestar y no solo como ausencia de sufrimiento físico o psíquico, ha intentado también fijar algunos puntos esenciales para su realización. Dentro de tal esfuerzo, la OMS, aun considerando la salud no como el fin de la vida, sino como condición para su desarrollo digno, hizo de ella una especie de principio normativo y regulador de la existencia personal y comunitaria. De hecho, ha definido como condiciones fundamentales de ella la paz, la casa, la instrucción, el alimento, un ingreso digno, un ecosistema estable, la continuidad de los recursos, la justicia y la equidad social. Atribuyendo a la salud la prerrogativa de bien irrenunciable para el desarrollo social, económico e individual, planteó así una serie de compromisos que van mucho más allá de las comunes iniciativas sanitarias.

Si, entonces, «la salud es creada y vivida por todos en la esfera de la cotidianidad, adquiriendo la capacidad de tomar decisiones y de asumir el control de las circunstancias de la vida», es preciso

- Garantizar el acceso libre y constante a todas las informaciones, oportunidades de conocimiento en tema de salud, además de un adecuado soporte financiero.
- Hacer posible que todos puedan seguir aprendiendo a lo largo de toda la vida, preparándose a afrontar las diversas fases y la eventualidad de enfermedades o invalideces crónicas. Este aprendizaje tendrá que ser favorecido en la escuela, en el ambiente de trabajo y en las

comunidades, gracias a los organismos escolásticos, profesionales y comerciales, los del voluntariado, además de los mismos institucionales.

- Desarrollar, en medida cada vez mayor, el rol de la sanidad en la perspectiva de la promoción de la salud, más allá del mero ofrecimiento de servicios clínicos y rehabilitantes. El mandato de los servicios sanitarios deberá ser más amplio y comprender la atención y el respeto de las necesidades culturales. (Carta de Ottawa)

#### UNA DEFINICIÓN NADA ORIGINAL Y ALGO MÍTICA

Los documentos de la OMS sobre la salud, su defensa y su promoción positiva introducen una nueva «medicina global», comprometida no solo con el enfermo, sino también con la persona sana. Las consecuencias de esta concepción influyen profundamente en el currículo de los estudios médicos, en las modalidades de ejercicio de la profesión y, sobre todo, en la mentalidad y las expectativas de la gente común con respecto a la medicina y al rol que esta puede jugar en la definición y en la solución de los problemas (no solo médicos) que llenan la existencia de cada hombre. Una definición de la salud como «completo estado de bienestar físico, mental y social» no puede sino ser un factor de crecimiento desmesurado de los enfermos. Son poquísimos y tal vez un poco inconscientes los hombres que pueden considerarse en salud, según la OMS. Son miles de millones, en cambio, los que pueden considerarse enfermos y, con justa razón, en gran mayoría incluso muy enfermos. Es evidente además que el objetivo «salud para todos dentro del año 2000» fue, para decir lo menos, incoherente y extraño, como si expertos de clara fama y las muy autorizadas organizaciones internacionales que los juntan hubiesen caído en una especie de delirio de omnipotencia. Es evidente, finalmente, que

la OMS con sus documentos acerca de la promoción de la salud, por un lado, extiende al infinito las responsabilidades de la sanidad y de la medicina en general; por otro lado, pone en evidencia todas sus deficiencias, porque para realizar sus finalidades la medicina necesita de otra clase de intervenciones de orden político y económico.

Para comprender adecuadamente el concepto de salud que emerge de los documentos de la OMS, que resulta hoy bien aceptado en los ambientes médicos y por la mentalidad común, hay que tomar en cuenta la cultura en la que se ha desarrollado. Por cultura, los sociólogos entienden el conjunto de criterios, implícitos y explícitos con los que la persona ve la realidad, la experimenta emotivamente, se relaciona con los demás y eventualmente con Dios, entendido como descubrimiento de un significado de sí y de las cosas.<sup>5</sup> Tales criterios recientes parten ciertamente de la experiencia e historia personal, pero, sobre todo, son heredados y adquiridos, más o menos concientemente de la tradición y de la sociedad en la que se vive. Todos juntos constituyen una especie de «lente interna» con la que se mira el mundo que nos rodea. De manera que el ánimo humano, aun sin ser alterado en su estructura fundamental común a todos, percibe hechos y conceptos con una intensidad que varía con el cambiar de las personas, de los pueblos y de los periodos históricos. Los sociólogos definen «inculturación» como la adquisición de parte del individuo de la «lente» de una sociedad dada, y «aculturación» como la asimilación de los atributos culturales del contexto humano y ambiental en el cual se vive. Se forman de esta manera las actitudes que ligan junto a las sensaciones, convicciones y valores de

---

<sup>5</sup> Para una mayor comprensión del término «cultura». Véase HERMAN C. G. 1994. El autor, en este volumen, relaciona el contenido de sus investigaciones no a la sociología, sino a la antropología médica, con la intención de conectar la práctica de la medicina con la cultura prevaleciente de nuestra sociedad.

las personas, y que unidos a los conocimientos variamente interiorizados, tienen como consecuencia los comportamientos.

Actitudes y comportamientos son difícilmente modificables, aun si, como hemos aludido, las culturas no son homogéneas y estables, sino que se desarrollan en un complejo mutable de elementos históricos, económicos, sociales, políticos y geográficos. Tales procedimientos tienen influencias muy importantes sobre numerosos aspectos decisivos y concretos de la vida: creencias, comportamientos, percepciones, emociones, lenguaje, religión, rituales, familia, dieta, vestidos, concepto de espacio y tiempo, actitud con respecto a la enfermedad, al dolor y a las desgracias. Por lo que se refiere en particular a las influencias sobre la actitud con respecto a la salud, hay dos consecuencias relevantes que hay que destacar.

Ante todo la cultura occidental influencia la imagen corpórea, o sea el modo como la persona aprendió a integrar, apreciar y organizar el propio cuerpo. Son aceptadas y frecuentemente buscadas automutilaciones y alteraciones, tipo aros, prótesis, implantaciones (por ejemplo de cabellos), cirugía plástica, *body building*, cosmética, como formas de embellecimiento, que, sin embargo, pueden dar lugar a infecciones, desórdenes del esqueleto y alergias. Gran parte de la concepción popular del cuerpo es de tipo ingenierístico y tecnológico, como si se tratara de un conjunto de tuberías, de un motor o de una máquina eléctrica. De aquí deriva la idea de agotamiento, de una posible sustitución de las partes, sostenida por los progresos de la cirugía de las prótesis y de los trasplantes. Se han hecho disponibles y aprovechables en términos sustitutivos numerosas partes del cuerpo artificiales —hechas de metal, plástica, nailon, goma u otros materiales más sofisticados que incluyen también rodillas, arterias, laringe, artos, dientes, válvulas cardíacas y esófago—. Se pueden trasplantar el corazón, el riñón, la córnea, la médula, el cartílago, el hueso, los cabellos, el hígado, el pulmón,

el páncreas, las paratiroides y muy recientemente la mano. Muchos millares de personas hoy viven con partes del cuerpo artificiales o provenientes de otros cuerpos de personas, la mayoría fallecida y algunas vivas (como en el caso del trasplante del riñón). Finalmente son posibles los *cyborg*, o sea las fusiones avanzadas de seres humanos con las máquinas, como sucede con los pacientes que deben recurrir a diálisis, a la máquina corazón pulmón, al pulmón de acero, a las incubadoras, al corazón artificial, a aparatos auditivos o al *pace-maker*.

Otro concepto profundamente influenciado por la cultura de la sociedad en la que vivimos es el de normalidad, frecuentemente sobrepuesto al de salud. El concepto de normalidad se basa sobre las creencias compartidas o dominantes en un grupo social, con respecto a lo que constituye el ideal de bienestar. Esto ciertamente tiene un fundamento objetivo que emerge de la experiencia, pero, a veces, y lamentablemente a menudo, corresponde a lo que puede ser controlado por la sociedad, siendo considerado anormal todo lo que queda fuera de este control. El ejemplo más explicativo es el de las enfermedades psiquiátricas y de los desórdenes psicológicos en general. Según el enfoque positivista, todavía muy difuso, que considera «las enfermedades psiquiátricas enfermedades del cerebro», las categorías diagnósticas occidentales son universalmente aplicables porque se fundamentan sobre alteraciones biológicas, aun si difícilmente identificables. Según el enfoque sociológico, justificado por los fracasos terapéuticos del precedente, las enfermedades mentales son esencialmente un mito, que tiene bases sociales más que biológicas: ellas no existen hasta cuando no lleguen a ser etiquetadas y se vuelvan por ende culturalmente reconocibles. Finalmente, según el enfoque intermedio que es más compartido, mientras se reconocen como muy importantes los factores determinantes sociales de las enfermedades mentales, también se reconoce que en sus formas extremas tienen características universales y se encuentran en

todo el mundo. El debate acerca de la naturaleza de las enfermedades mentales es de gran importancia porque definir a una persona loca, en cambio que mala, tiene de todas maneras consecuencias punitivas, pero sin el beneficio del juicio legal. De hecho los pacientes, afectados por psicosis, o sea por la imposibilidad más o menos completa de tener relación con la realidad, piensan, generalmente, que son sanos y que no necesitan terapia alguna, por lo cual hay que recurrir a internarlos a la fuerza y a la interdicción de la capacidad de entender y querer. Como en la Unión Soviética, los disidentes eran frecuentemente diagnosticados como enfermos mentales, afectados por «esquizofrenia (que es una psicosis) rastrera» (cf. Merskey y Shafran 1986). También comportamientos, como el consumo de droga y la homosexualidad son juzgados desviantes por algunas sociedades y no por otras.

Con respecto a la homosexualidad, se ha pronunciado la misma OMS que la consideró enfermedad cuando «ego-distónica», o sea no satisfactoria para el yo, y no enfermedad cuando «ego-sintónica», esto es, vivida con plena satisfacción. De aquí la ambivalencia y la incertidumbre de las actitudes de los terapeutas, los cuales pueden decidir tratar la homosexualidad sea corrigiéndola, sea ayudando a aceptarla y vivirla positivamente.

El mecanicismo y relativismo, casi siempre interesado, con el que expertos e inexpertos consideran o soportan el concepto de salud, son perfectamente complementarios al abstracto seguimiento del completo estado de «bienestar psico-físico-social» para todos, cuya realización es fijada para una fecha que cada vez puntualmente se aplaza.

#### LA MEDICALIZACIÓN DE LA SOCIEDAD

La ampliación del rol de la medicina y de la sanidad como factor que ordena la convivencia humana hace que, con la declinación de las religiones

organizadas, las preocupaciones morales de la sociedad occidental se expresen ya no en términos religiosos, sino en términos médicos. Así al concepto de «pecado» o de «inmoralidad» lo sustituye el de «enfermedad», mientras que al concepto de «bien», el de «salud». Al mismo tiempo, crece la industria de los seguros, propuestos y cada vez más percibidos como garantes en términos racionales y secularizados de la posibilidad de afrontar el infortunio o reducir sus efectos. Algunos sociólogos, entre los cuales el más famoso es Iván Illich (1997), han hablado de «medicalización», entendiendo con esto una extensión de la jurisdicción de la medicina a una serie de problemas, que en pasado no eran considerados como entidades médicas aisladas (menstruación, embarazo, parto y menopausia, vejez, infelicidad, soledad, aislamiento social). El investigador en medicina social Giovanni Berlinguer (1994: 46) señala que si se tomaran como verdaderas las alertas de las distintas asociaciones médicas especialistas se debería considerar a cada italiano afectado por dos enfermedades y media. La *Mental Health Foundation* de Londres publicó un informe según el cual un niño inglés de cuatro años estaría enfermo de mente o desadaptado. Pero la medicalización no es solo la invasión —a veces un poco burda, a veces ideológicamente grave—, de la medicina en ámbitos que no son suyos, es sobre todo un proceso que se inició hace tiempo y estableció a la medicina como único modo de proteger la salud, delegando parte de la propia vida al poder extraño del médico (cf. Canguilhem 1966).

Michel Foucault en el *Nacimiento de la clínica*, observa que al inicio del siglo XIX al empezar a establecerse los métodos de investigación anatómico-clínicos el médico pasa de una actitud prevalentemente pasiva, que le hace observar el síntoma como un indicador natural de la enfermedad, a la provocación activa de signos que revelen lesiones escondidas: «el signo ya no habla el lenguaje natural de la enfermedad; no asume forma y valor sino

al interior de las cuestiones puestas por la investigación médica (anatómico-patológico en el caso). Nada impide, por lo tanto, que sea solicitado y casi fabricado por ella».

La posibilidad de identificar en el examen autóptico la lesión causa de la enfermedad ha tendido a reducirla a la medida objetiva de la lesión misma, considerando la experiencia subjetiva del sufrimiento un hecho accesorio y escasamente relevante desde un punto de vista diagnóstico y terapéutico.

Tal disposición de la actitud médica ha sido después notablemente amplificada por la evolución de los conocimientos acerca de la capacidad de indagar lesiones cada vez más finas, a nivel celular, bioquímico y genético. Se ha constituido de esta forma una ideología médica de tipo biológico y organístico, que tiende a excluir de la propia atención cualquier molestia subjetiva que no se pueda referir a alteraciones mensurables. Por otro lado, los clamorosos éxitos de la medicina especializada, que proporciona prestaciones cada vez más eficaces y en tiempos cada vez más breves, están convenciendo a todos que la verdadera medicina es esta: rápida, fuertemente instrumentada y aséptica. Debido a su alto valor, los médicos deben no solo ejercerla, sino también contenerla, volviéndose *guardapuestas (gatekeeper)* que cuidan el acceso a ella, reducen los tiempos muertos y las intervenciones inútiles. Esto no es por sí mismo equivocado, pero se ha justamente observado que esta práctica, junto con la ideología que la informa, tiende a inducir una completa separación entre el ciclo de la prestación, cada vez más breve también en el hospital, y el ciclo de la necesidad, típicamente extenso, subjetivo y demasiado fácilmente descuidado.

Se cumple de esta forma, juntamente a la consideración de la enfermedad como hecho eminentemente personal, una verdadera y propia expropiación de la salud. También las intervenciones de análisis precoz,

lógica y deseada evolución de una medicina positiva, que busca el desorden escondido antes que se manifieste con consecuencias graves, pueden no constituir un método que favorece el bienestar. En casos de patología crónica y lenta evolución pueden, de hecho, transformar a un sujeto sustancialmente sano en un enfermo dependiente de la organización médica. Ha sido demostrado que el descubrimiento de alteraciones a lo mejor leves, y la excesiva atención a ellas pueden provocar preocupaciones y pérdida de autonomía superiores a las que se verifican espontáneamente como consecuencia de la misma alteración biológica. Y a propósito de expropiación hay que destacar la campaña publicitaria de un centro diagnóstico (aparecida en el *Corriere della Sera* del 26 de marzo de 1977): «¿Cómo estás? Bien. Y ¿quién lo dice? El *chek up* del». Es fácil intuir que subrayar y aceptar un excesivo recurrir a intervenciones médicas puede producir artificialmente la enfermedad, esconder las verdaderas causas de la incomodidad personal y social, realizar formas de control tanto impropias cuanto opresivas.

#### UN PUNTO DE VISTA MÁS REALISTA

Al frente de este enfoque del problema de la salud, a partir de los años 70, se ha manifestado una reacción tendiente a afirmar la imposibilidad de definir la salud y la enfermedad a no ser en términos subjetivos, en cuanto que relacionadas con situaciones ambientales variables. El ejemplo más citado es el de la paridad entre ciego y vidente en un ambiente oscuro.

De esta forma la enfermedad es concebida, más que como éxito absoluto e inevitable de una alteración biológica, como la reducción del margen de tolerancia con respecto a las variaciones ambientales. La invalidez de hecho es determinada por la relación entre constitución y contexto donde la persona actúa, no solo en el enfermo, sino también en el sano. Un hombre

muy pequeño, aun sanísimo, difícilmente puede llegar a ser un campeón de baloncesto. Pero, según la misma lógica, un cojo puede expresarse perfectamente en un trabajo sedentario. Así salud y enfermedad no tienen como punto de referencia exclusivo la evaluación médico biológica, sino la persona, las finalidades perseguidas por ella y las posibilidades que a ella se le ofrecen para realizar plenamente las potencialidades de la existencia.

Ante cualquier enfermedad, pero sobre todo ante las enfermedades crónicas que pueden alterar en términos incorregibles y progresivos el equilibrio psicofísico, el médico es obligado a una especial prudencia en el respeto de las relaciones que el paciente, a pesar de la alteración biológica, sigue teniendo con la naturaleza, el trabajo y la sociedad. La ciencia médica «pura» no es por sí misma competente para afrontar «toda» la situación de la enfermedad y tampoco para decidir independientemente la aplicación de sus propios conocimientos: debe tener en cuenta al paciente, los valores en los que cree, las costumbres, las preferencias e incluso los intereses personales. Como se dice en la introducción de una de las numerosas ediciones (1980) de los *Principios de medicina interna* de Harrison, que es el texto de medicina con certeza más estudiado y consultado en el mundo:

La tarea del médico es la de guiar al paciente a través de la enfermedad [...] la medicina es un arte también en el sentido que los médicos no pueden nunca ser satisfechos por solo perseguir el fin de aclarar las leyes de la naturaleza; no pueden proceder en su trabajo con el frío desapego del científico cuyo fin es la victoria de lo verdadero y, haciendo esto, conduce un experimento controlado [...] su objetivo primario y tradicional es utilitarista: la prevención y la cura de las enfermedades, aliviar el sufrimiento, sea del alma como del cuerpo. (Isselbacher 1980: 1-7)

Si la medicina es un arte, y no un simple oficio, lo es justamente porque es llamada, más que a solucionar, a ordenar creativamente equilibrios precarios como afirma el dicho francés del siglo XV: «curar alguna vez, aliviar a menudo, confortar siempre».

#### EL PROBLEMA ÉTICO

La discusión sobre los aspectos subjetivos y objetivos de la salud, además sobre las modalidades de ejercicio del rol médico, introduce inevitablemente a problemas de naturaleza ética, en particular por lo que se refiere a los estudios sobre el hombre. La importancia de estos, también del punto de vista de la difusión, está en el hecho de que ellos no son solo el resultado de proyectos preparados intencionalmente, sino que a menudo se introducen, casi insensiblemente, durante las normales actividades de asistencia de los hospitales, sobre todo universitarios.

Un código ético sobre la experimentación humana ha sido asumido por la Asociación Médica Mundial (*World Medical Association* o WMA), durante la 18.<sup>a</sup> Asamblea General, realizada en Helsinki, en junio de 1964, con la aprobación de un documento conocido como la «Declaración de Helsinki»,<sup>6</sup> sucesivamente y periódicamente puesto al día hasta los años más recientes (1996, 48.<sup>a</sup> Asamblea General realizada en Somerset West en Sudáfrica). En esa declaración se afirma que es misión del médico la salvaguarda de la salud de las personas. Se reitera que su conocimiento y conciencia están dedicados al cumplimiento de esta tarea, según cuanto

---

<sup>6</sup> Para este documento, como para el Código de Nuremberg, citado más adelante, valen las mismas observaciones puestas en la nota 4, acerca de los documentos de la OMS. Su notoriedad e interactividad son tales por lo cual valen las referencias ubicadas en el texto.

reconocido en documentos anteriores, como la «Declaración de Ginebra» de la misma Asociación Médica Mundial —«la salud de mi paciente será la primera consideración mía»— y el «Código Internacional de Ética Médica» —«todo acto o consejo que podría debilitar la resistencia física y mental de un ser humano puede ser usado solo para utilidad suya»—.

Estos principios se vuelven evidentemente importantes en la investigación así dicha clínica, o sea realizada en hombres sanos o, más a menudo, enfermos. Este tipo de investigación puede ser diferenciada según dos objetivos fundamentales: el terapéutico y el puramente científico. La «Declaración de Helsinki» establece las condiciones de tutela del paciente, que desde un punto de vista médico legal pueden ser resumidas en los siguientes puntos:

- Si es posible y correspondiente a la psicología del paciente, el médico deberá obtener el consentimiento de parte de él, dado libremente después de una adecuada explicación. En caso de incapacidad legal (por ejemplo un niño) o física (por ejemplo un sujeto en coma) el consentimiento deberá ser obtenido de parte del tutor o su remplazante (padre, madre, mujer, marido o pariente más o menos cercano).
- En el caso de la investigación no terapéutica, el consentimiento debe ser normalmente escrito y el paciente debe estar en un estado mental, físico y legal que lo haga capaz de ejercer plenamente su derecho de elección.
- El investigador debe respetar el derecho de cada individuo de salvaguardar su integridad personal, especialmente en el caso que el paciente esté en una relación de dependencia con respecto al mismo investigador.

- Es requerido un comité independiente que evalúe el protocolo de la experimentación según la consideración que la investigación biomédica en sujetos humanos no puede ser legítimamente desarrollado si la importancia del objetivo no es proporcionado al riesgo al que se somete al paciente. La preocupación por los intereses del paciente tiene que prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

La «Declaración de Helsinki» fue formulada al término de un amplio debate entre médicos e investigadores, que tuvo como puntos de referencia, además de los dos documentos citados, el «Código de Norimberga». Este fue enunciado en agosto de 1947, durante el famoso proceso, por los jueces americanos de 23 médicos y científicos, acusados de homicidio y tortura por haber realizado experimentos en los campos de concentración nazi. Este ha sido, justamente, considerado el intento más autorizado de fusionar los principios hipocráticos («no suministraré sustancia dañina, aun requerida») con la protección de los derechos humanos a salvaguarda de los sujetos implicados en experimentos científicos. En efecto, el «Código de Norimberga» establece en 10 artículos que, además de la predisposición benévola del médico hipocrático, son esenciales para efectuar la investigación médica, el consentimiento voluntario del paciente y una serie de condiciones que vuelvan el experimento seguro, útil y de lo contrario interrumpible en cada momento.

La novedad de la introducción del consentimiento voluntario se comprende bien si se piensa en el hecho de que tal requisito no era considerado indispensable por los mismos médicos con función de expertos de quien acusaba en el proceso de Norimberga. Según ellos era suficiente la adhesión del médico al juramento de Hipócrates y eso limitadamente

a las intervenciones terapéuticas, en cuanto que tal juramento no preveía, obviamente, la moderna experimentación científica.<sup>7</sup> Pudo por eso acontecer que los médicos y el gobierno americano, después de haber condenado los crímenes nazi, aceptaran tranquilamente, justificándose con intereses éticos superiores de defensa del estado durante la guerra fría, la experimentación de los efectos de las radiaciones ionizantes en niños, enfermos mentales, inválidos, mujeres embarazadas, trabajadores, soldados y otros pacientes, que nada sabían de esto y pensaban ser curados como enfermos.

El mismo consentimiento voluntario no puede por sí solo ser considerado suficiente para justificar las experimentaciones científicas. Justamente, recién se han revelado abusos en las investigaciones auspiciadas por países desarrollados y realizados en países del Tercer Mundo.<sup>8</sup> Se ha tratado de experimentaciones dirigidas a evaluar la eficacia de nuevos remedios capaces de prevenir la transmisión al feto del virus del SIDA del que eran portadoras mujeres embarazadas de África, Tailandia y de República Dominicana. Financiaban el proyecto el *National Institute of Health* y el *Center for Disease Control y Prevention*. Estas investigaciones han sido fuertemente criticadas por su designio que preveía un grupo de control intencionalmente no tratado con ninguna terapia, y que no aseguraba la recaída de eventuales resultados positivos sobre las poblaciones y países sede de la investigación. Visto que el SIDA es una enfermedad potencialmente mortal y ya existen remedios que son capaces de reducir sus consecuencias, el uso en las experimentaciones de un grupo de control parece muy contrario

<sup>7</sup> Véase, al respecto, la discusión que R. Shuster establece en el artículo «The Nuremberg Code: Hippocratic Ethics and Human Rights» (1998).

<sup>8</sup> El problema ha sido planteado en un estricto debate mediante algunos números de la más importante revista de medicina del mundo: *New England Journal of Medicine*. Véase VARMUS H. 1997, SPERLING R. S. et ál. 1996, LURIE P. y S. M. WOLFE 1997, ANGELL M. 1997a y 1997b.

al espíritu del «Código de Norimberga» de la «Declaración de Helsinki». Además, aun admitiendo que las mujeres involucradas hayan entendido el planteamiento de la investigación y hayan dado su libre consentimiento, es muy difícil imaginar que este habría sido dado si hubiese quedado claro que las comunidades a las que pertenecían nunca se habrían beneficiado de los resultados del experimento.

#### NO BASTA EL CONSENTIMIENTO DE LOS PACIENTES

Como aparece evidente en las desviaciones descritas, obtener el consenso de los voluntarios y de los comités éticos es tan importante, cuanto insuficiente para evitar los abusos. Además, la práctica del consenso, o sea de la búsqueda de un parecer convergente de parte de los sujetos involucrados e independientes, se volvió muy popular en medicina. Se realizan en todas partes *consensus conferences*, que con la participación de expertos, pero a veces también de público no especializado, tienen la finalidad de establecer lo que está a favor de la vida o de la muerte, desde sacar los órganos, a los comportamientos, a los hábitos de vida, hasta los milímetros de mercurio de presión arterial y a los miligramos de colesterol en la sangre. Los intereses académicos y económicos que se mueven por detrás de estas conferencias rigurosamente «científicas» son tan bien escondidos, como enormes y a menudo poderosos. No se explican de otra forma las profundas influencias ya no de la ética sobre la medicina, sino de la medicina sobre la ética, especialmente con referencia a los conceptos fundamentales que ella ocupa, como libertad, normalidad, naturaleza humana. Por ejemplo, allí donde ovulación, fecundación y embarazo «tenían» que darse en el cuerpo de una misma mujer, ahora es posible que uno o más de estos eventos acontezcan afuera del cuerpo o

en el cuerpo de otras mujeres. La gestación, el nacimiento y el desarrollo de un niño pueden ahora involucrar a tres mujeres distintas: la madre genética, la madre embarazada, la madre nutriz.

Se ha observado que junto a la exaltación de la autonomía con respecto al uso del propio cuerpo, es impulsada por parte de la medicina, la ocupación y la reducción del cuerpo mismo a mercancía. Aun puedan tener alguna justificación los temores que las acusaciones de deshumanización dirigidas a la medicina favorecen el revivir de actitudes oscurantistas, es indudable que los problemas han aumentado mucho. Sin detenerse, porque todos públicamente se declaran contrarios, sobre el fenómeno gravísimo y creciente de compraventa más o menos legal de muchas partes del cuerpo humano, basta pensar a la extensión de la práctica del parto cesáreo. En este caso, el parto no acontece por vía natural, sino a través de una pequeña incisión en el abdomen, que fácilmente se vuelve invisible. La intervención es aparentemente con poco riesgo, rápida, indolora (porque es realizada con anestesia) y cuesta más. Se ha observado —como lo hace Berlinguer (cf. 1994: 42-43)— que en los hospitales del estado de Washington, en contra de la previsión de parte de la OMS de un 10% de cesáreas, la frecuencia es del 17% en los hospitales religiosos, sube al 22% en los *no profit* y al 36% en los privados (los datos son del 1993). En Brasil, las mujeres piden frecuentemente la cesárea porque la consideran más segura, mejor asistido y puede ser fácilmente asociado al pedido de la ligación de las trompas (eliminado así el problema de futuros embarazos), del tipo pagas uno y tomas dos.

Como se sabe, el tema de la fecundidad femenina es objeto de debates y choques furiosos entre partes políticas, gobiernos y organizaciones religiosas que intentan también influenciar los pronunciamientos de los periódicos encuentros de los organismos supranacionales como la ONU y la OMS. La discusión se refiere fundamentalmente a la licitud del aborto,

como mal menor o incluso como derecho de las mujeres, y sobre los modos más oportunos de controlar el crecimiento explosivo de las poblaciones, sobre todo del Tercer Mundo. El factor que, tal vez más que cualquier otro, es indicado como impedimento para alcanzar el solicitado «consenso», es la Iglesia Católica. Esta, por su obstinada oposición a la contracepción («píldora» y «preservativo»), es acusada de hacer crecer exponencialmente la población mundial, con indiferencia y crueldad con respecto a millones de seres humanos que nacen y viven en condiciones de extrema pobreza, y aumentado además la miseria de otros. Es acusada además, por la misma razón, de estar en el origen de las prácticas de esterilización femenina en los países así dichos católicos.

Las acusaciones son simplemente ridículas: en primer lugar, porque las poblaciones en fuerte crecimiento no son en absoluto católicas —basta con pensar en la India, en China o en los países islámicos—; en segundo lugar, porque en la sociedad secularizada, la influencia de la Iglesia no puede ser considerada tan influyente ni siquiera en los países católicos. El motivo por el cual la postura de la Iglesia Católica encuentra respaldo y hostilidad está en el rechazo de las decisiones derivadas de procesos de «consenso», no considerados válidos para juzgar el valor de la vida humana. Los pueblos pobres y sus gobiernos son conscientes, aunque confusa y a lo mejor instrumentalmente, de que la afirmación del valor absoluto de la vida humana es un arma de defensa contra los intentos de dominio y de control de gobiernos e intereses más poderosos. La misma afirmación es percibida por muchos, creyentes o no, como principio de libertad y dignidad que no queda condicionada por aquella *slippery slope* ('pendiente resbalosa') —vida no digna de ser vivida, vida inútil, vida sin sentido, vida que mejor termine— que puede llevar a arbitrios terribles en la política de los gobiernos y en la organización de los sistemas sanitarios.

## LA ÉTICA NACE DE LA ONTOLOGÍA

La utilización de procesos de consenso para fijar los criterios éticos en la práctica médica implica que los hombres conozcan cómo están hechos. No hay posibilidad de ética prescindiendo de la ontología (cf. L. Giussani, *El hombre y su destino*), es decir, de la búsqueda de los factores constitutivos, no solo biológicos, de la vida humana. Un comportamiento médico de hecho puede ser considerado justo solo cuando respeta el sujeto sobre el cual actúa, y promueve su bien, incluso cuando la persona no es consciente de ello, porque, por ejemplo, en estado de inconsciencia. Como dicen los anglosajones tarea de la medicina es *to cure* y *to care*, no solo curar, sino asistir al enfermo tratando de comprenderlo en toda su completa, integral y única realidad de persona. El médico con respecto al enfermo no es ante todo ni una figura paternalista, incontrolablemente superior, ni un «iatrotécnico» o instrumento técnico dirigido por la voluntad del paciente. Es un hombre puesto en condición de socorrer a la necesidad de otro hombre, con el cual es inevitablemente llamado a compartir, de un modo más o menos explícito, la búsqueda del sentido de la existencia. Es la afirmación positiva de tal sentido el factor constitutivo de la relación médico-paciente. En esto es difícil no compartir la milenaria sabiduría de la Iglesia Católica que pide un respeto absoluto de la vida humana. De otra forma, es imposible mantener en un conjunto ordenado y positivamente constructivo de fines, medios, circunstancias y consecuencias del actuar médico (cf. Agazzi 1996).

La reivindicación de autonomía en el conocimiento científico, que encontraría por lo tanto en criterios puramente internos su propia justificación, fácilmente provoca desastres determinados por prevaricaciones que se dan más frecuentemente de lo que se piense o prevea. La presunción de un fin a priori, bueno de los procesos técnico-científicos, fácilmente

induce a utilizar cualquier medio para perseguirlo, sobre todo cuando este medio es aprobado por un comité ético, que puede ser falsamente independiente. Por la misma presunción pueden ser descuidadas las circunstancias en las que estos procesos acontecen y las consecuencias que producen. Pueden ser, por ejemplo, elegidos y realizados proyectos «de avanzadilla», o más a menudo «de moda», sustrayendo recursos a investigaciones e intervenciones más necesarias aún si menos evolucionadas y promocionadas en las revistas científicas. Se puede, finalmente, ser indiferentes a los sufrimientos y las desilusiones provocados en muchos enfermos que se confían con entusiasmo a «descubrimientos» de poco alcance, más problemáticos que resolutivos.

Estas consideraciones, junto con las preocupaciones acerca de las manipulaciones genéticas, la reproducción artificial y los costos sociales de las tecnologías diagnósticas y terapéuticas, son verosímilmente la causa del pasaje de una confianza y optimismo inquebrantable en la ciencia médica a actitudes de desconfianza, miedo, denigración, e incluso rechazo. Se explica también así la creciente popularidad de las medicinas así dichas naturales y alternativas, cuya eficacia no es ciertamente superior a la de la medicina oficial, mientras que sí en cambio lo es la atención al paciente, favorecida además por el régimen privado en el que se desarrollan.

Cientificismo y anticiencia son extremos irrazonables: el primero está en contra de cualquier reglamentación sentida como oscurantista, la segunda niega a la ciencia la libertad de la investigación. Por otro lado, la ciencia, la médica en particular, no es un puro procedimiento de abstracción, sino el resultado de actos humanos complejos que deben ser sometidos a juicio moral. Pues no todo se puede hacer, existe la necesidad de reglamentar la medicina, en cuanto que a los extremos de lo que es permitido está lo que es obligatorio y lo que es prohibido.

Pero ¿cuál es la fuente normativa de la medicina y de la ciencia en general? Aquí normalmente el discurso se esfuma en reclamos imprecisos a la libertad, a la responsabilidad, a la participación, a las diferentes competencias. Predomina una actitud genéricamente exhortativa: los científicos deben estar abiertos a la consideración de valores humanos más universales, mientras que los políticos, los teólogos y los moralistas más atentos a los problemas de la ciencia (curioso es el papel de los teólogos, a quienes nadie excluye, pero de los cuales pocos comparten los principios). Alguien sostiene que los comités éticos tienen que ser rigurosamente públicos, promovidos por los gobiernos o las administraciones regionales o estatales pero, como se ha visto, enormes desastres han sido provocados justamente por una investigación médica realizada en nombre de los intereses superiores del Estado. En ausencia de la propuesta de valores absolutos es muy difícil evitar una concepción relativista y una moral fundamentalmente cuantitativa. La única vía que le queda a la medicina y a la ciencia es aquella humilde y dramática de la razón, cuya suprema expresión está, como ya se ha dicho, en la «categoría de la posibilidad».<sup>9</sup> En una sociedad orgullosa de expresar un pluralismo de valores en su interior, ningún valor puede ser perseguido en daño de otros. Más bien, la fuerza de un valor está en su capacidad de apertura y comprensión de los demás, en la manifestación de un criterio de juicio que afronta la realidad

<sup>9</sup> Son citas literales extraídas *El sentido religioso* (Giussani 1997): «El hombre es el nivel de la naturaleza en el que ésta comienza a adquirir conciencia de sí. Es decir, comienza a convertirse en razón» (p. 45); «¿Cuál es el sentido último de la vida? ¿En el fondo, de qué está hecha la realidad? ¿Por qué vale la pena verdaderamente que yo exista, que exista la realidad?, son preguntas que agotan la energía, toda la energía para investigar que tiene la razón, agotando todas las «categorías de lo posible» (pp. 73-78). «La auténtica religiosidad consiste en la defensa a ultranza del valor de la razón, la utilización por la razón de la categoría de lo posible» (p.106).

teniendo en cuenta la totalidad de los factores. Por lo que se refiere al tema tratado aquí, un uso adecuado de la razón obliga a tener en cuenta que:

- La medicina y las consideraciones sanitarias se refieren a un aspecto de la realidad y no a toda la realidad. Por consiguiente conducen a un conocimiento parcial de la vida humana y, específicamente, de sus elementos cuantitativos y mensurables.
- El sentido de la vida humana y, por tanto, el fin de la salud individual y colectiva no es ni cuantificable ni mensurable; es, con respecto al conocimiento científico, «infinito». Por otro lado, en la intensidad de la relación consigo mismo y las cosas, por el hecho mismo de vivir, implícita o explícitamente, cada hombre se confía a este «infinito» con la misma razón con la que cuantifica y mide. La razón es una sea cuando afirma su grandeza, sea cuando reconoce su límite. La salud no es la esencia de la vida, sino que el don más o menos grande que a la persona se le ha dado para existir «constituyendo aquel nivel de la naturaleza, en el que la naturaleza se vuelve consciente de sí misma». La medicina no crea esta conciencia, sino que simplemente colabora a ella con respeto y conocimiento de un confín también estrictamente biológico, que nunca podrá ser superado;
- Cada resultado o descubrimiento de la investigación médica no constituye otra cosa que una aproximación corregible a tal confín, más allá del cual la razón del hombre lanza con curiosidad insaciable y llena de esperanza la mirada.

## BIBLIOGRAFÍA

AGAZZI, Evando

- 1996 *El bien, el mal y la ciencia: las dimensiones éticas de la empresa científico-tecnológica*. Madrid: Tecnos.

ANGELL, M.

- 1997a «The Ethics of Clinical Research in the Third World». *New England Journal of Medicine*, n.º 337, 1997, pp. 847-849
- 1997b «Il dibattito é uscito anche sul piú famoso quotidiano americano», «H.W. French, AIDS research in Africa: juggling risks and hopes». *New York Times*, 9 October 1997, A-1.

BERLINGUER, Giovanni

- 1994 *Ética de la salud*. Milán: Il Saggiatore.

GIUSSANI, Luigi

- 1999 *El hombre y su destino*. Génova: Marietti.
- 1997 *El sentido religioso*. Milán: Rizzoli.

HERMAN, C. G.

- 1994 *Culture, Health and Illness*. Butterworth: Heinemann.

ILICH, Iván

- 1997 *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Milán: Mondadori.

LURIE P. y S. M. WOLFE

- 1997 «Unethical Trials of Interventions to Reduce Perinatal Transmission of the Human Immunodeficiency Virus in Developing Countries». *New England Journal of Medicine*, n.º 337, pp. 853-856.

SHUSTER, R.

1998 «The Nuremberg Code: Hippocratic Ethics and Human Rights». *Lancet*, n.º 351, pp. 974-977

SPERLING, R. S. et ál.

1996 «Maternal Viral Load, Zidovudine Treatment, and the Risk of Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 from Mother to Infant. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076 Study Group». *New England Journal of Medicine*, n.º 335, pp. 1621-1629

VARMUS, H. y D. SATCHER

1997 «Ethical Complexities of Conducting Research in Developing Countries». *New England Journal of Medicine*, n.º 337, 1997, pp. 1003-1005.