

Notas finales

Al terminar ciertos detalles llamaron mi atención.

Al ir a lo etimológico mismo : “*Lo normal*” se muestra como una noción polisémica, ambigua y arbitraria, de variadas ampliaciones semánticas y reducida en muchas oportunidades al promedio matemático, o al censo estadístico. En Canguilhem se ve referida a la distinta etimología de dos palabras muy semejantes en lenguas románicas: por un lado “*norma*” y su adjetivo “*normal*” y por otro “*anomalía*” y su adjetivo correspondiente “*anómalo*”, el que incluso ya se ha perdido en el francés actual, por ejemplo. El error habitual es reconducir el segundo sustantivo al término griego νόμος (*Nomos*), cuando en realidad procede del adjetivo ἀνώμαλος, del latín “*anomalus*” que quiere decir “*liso*” o “*llano*”. Lo a-nómalo sería entonces lo que no es liso, lo que sobresale, podríamos decir. De este modo, algo anómalo es algo que se sale de lo habitual, una apreciación cotidiana es decir que “*un modo anómalo de gestionar las diferentes experiencias vitales es sufrimiento, sean estas dolorosas o no. Hay gente que sufre como consecuencia de un dolor físico o moral, y también hay gente que sufre por nada*”. Lo cual no implicaría necesariamente que vaya contra la norma, sino que es norma diferente. La “*norma*”, en cambio, es la “*norma*” latina; literalmente la norma era la escuadra, la figura que carpinteros y arquitectos utilizaban para asegurar ángulos rectos. Así, lo normal, en este sentido, sería lo que se adecúa al modelo, y lo ex-, sub- o a-normal lo que se sale –por encima o por debajo– de lo prescrito. A partir de estas breves consideraciones etimológicas, en el campo de la medicina y de la fisiología parece distinguirse entre lo normal, y lo patológico (que propiamente se opone a normal). El texto que citamos a continuación, extraído de la obra principal de Canguilhem, *Lo normal y lo patológico*, escrita en 1943, da cuenta de las diferencias señaladas:

La anomalía o la mutación no son de por sí patológicas. Expresan otras posibles normas de vida. 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 ambiente 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.

G. CANGUILHEM, *Lo normal y lo patológico*, Siglo veintiuno argentina editores, Buenos Aires 1971, p.108.

En su tesis doctoral, el filósofo francés se enfrenta a la tradición positivista que, al hilo de Broussais, Comte, Littré, Robin o Claude Bernard, había concebido lo patológico como una modificación cuantitativa de los estados normales asentando de este modo la homogeneidad o esencial continuidad entre normalidad y anormalidad. Canguilhem pone de manifiesto –por una parte– las inevitables imprecisiones en las que el positivismo ha de incurrir al hacer depender de un modo tan radical las patologías de los llamados estados normales:

“*Si afirmo la homogeneidad de dos objetos estoy obligado a definir por lo menos la naturaleza de uno de los dos, o bien alguna naturaleza común a ambos. Pero si afirmo una continuidad, puedo sólo intercalar entre los extremos –sin reducirlos uno al otro– todos los intermediarios que tengo a mi disposición, por dicotomía de intervalos progresivamente reducidos*” en *Lo normal y lo patológico*, p. 50.

Por otra parte, más allá de las dificultades terminológicas, Canguilhem subraya un límite más radical que acompaña inevitablemente al pensar positivista: las estadísticas, los recuentos y las medias que cosifican la realidad biológica siempre en movimiento e ignoran

la experiencia del enfermo o del paciente para el que la aparición de una patología o de una enfermedad no suponen en absoluto un escalón más del proceso vital, sino, al contrario, un cambio que le limita esencialmente en aspectos decisivos o cotidianos de su realidad personal y social.

Pensamos que la medicina existe como arte de la vida porque el mismo ser vivo humano califica como patológicos –por lo tanto, como debiendo ser evitados o corregidos– a ciertos estados o comportamientos aprehendidos, con respecto a la polaridad dinámica de la vida, en forma de valor negativo. Pensamos que en eso el ser vivo humano prolonga, de manera más o menos lúcida, un esfuerzo espontáneo, propio de la vida, por luchar contra aquello que presenta un obstáculo a su persistencia y a su desarrollo considerados como normas. CANGUILHEM, Lo normal y lo patológico, op. cit., p. 92.

Así pues, a ojos del filósofo francés, el positivismo está lastrado por una abstracción, por un intento arbitrario de homogeneizar lo diferente, de absorber lo patológico dentro de lo normal obviando aquellas experiencias personales sin las cuales, por otra parte, la fisiología nunca habría podido alcanzar una claridad y sistematicidad acerca del sentido de lo normal:

“la vida misma y no el juicio médico, convierte a lo normal biológico en un concepto de valor y no en un concepto estadístico de realidad” Lo normal y lo patológico, p 96.

Ciertamente, esta prioridad de la experiencia no anula la metodología científica. Lo que sí hace, sin embargo, es aportar una claridad sin la cual el uso de microscopios y otras técnicas se vería extremadamente limitado y sin referencias nítidas para abrirse paso de un modo definitivo.

La bandera que Canguilhem enarbola contra la abstracción positivista le lleva incluso a expresiones cómicas cargadas de realismo:

“no querer admitir desde un punto de vista biológico que la vida hace diferencia entre sus estados, significa condenarse a no poder incluso distinguir entre un alimento y un excremento” dicho en Lo normal y lo patológico, p.169.

Más allá de lo cómico, a la dirección a la que apunta Canguilhem si se quiere llegar a una comprensión adecuada del fenómeno de la normalidad y de su estudio por parte de la fisiología es a comprender: ¿cómo podría haber nacido y avanzado la fisiología sin contar de ninguna manera con la experiencia de dolor o de insatisfacción del enfermo?. A la necesidad de considerar, por lo tanto, las diferencias que se abren paso a través de las experiencias de los hombres de carne y hueso, los que sufrimos y gozamos, no sólo alumbraba la orientación inicial de la fisiología, sino que además nos proporciona la diferencia radical entre una mera anomalía (un cambio respecto de lo habitual) y una patología (un trastorno de la norma, un obstáculo para determinados fines). Por esta razón, Canguilhem ve inviable el intento de distinguir lo normal y lo patológico sirviéndose de meras estadísticas, las cuales determinan tipos ideales en condiciones experimentales determinadas (que no son por supuesto las de la vida en movimiento)

“En efecto, el establecimiento de estadísticas supone en el punto de partida una definición de los criterios de clasificación elegidos; es, pues, un círculo vicioso que trata de definir lo normal con ayuda de criterios cuantitativos, mientras que esos mismos criterios son relativos a una clasificación cualitativa”

(A. SERVANTIE, Lo normal y lo patológico, ed. Fundamentos, Madrid 1972, p. 131). Así, *“el fisiólogo introduce con su elección la norma en el experimento de fisiología, y no la extrae de él”* Lo normal y lo patológico, p. 114.

El problema es que si se mantienen las estadísticas y se apresura a identificar una

situación como normal, se corre el riesgo de eliminar las diferencias ya que las mismas circunstancias biológicas, por ejemplo, pueden significar en algunos casos el desarrollo explícito de una patología y en otros una situación absolutamente normal, dependiendo de multitud de circunstancias, las cuales tienen que ver con distintas situaciones ambientales, distintos modos de adaptación, y un largo "etc." que no puede ser asimilado tan fácilmente a los números o a la predominancia de unas circunstancias sobre otras:

"Dada la insuficiencia de los datos numéricos de biometría y frente a la incertidumbre en que nos encontramos acerca de la validez de los principios que deben ser utilizados para establecer el corte entre lo normal y lo anormal, la definición científica de la normalidad aparece actualmente inaccesible" Lo normal y lo patológico, p 116.

De este modo, según Canguilhem no hay una ciencia de lo normal, sino *"una ciencia de las situaciones y condiciones biológicas llamadas "normales". Esta ciencia es la fisiología"*.p 176

Son innumerables los intentos surgidos en el seno de la medicina y de la propia filosofía de esclarecer o discutir el concepto de salud. Afirma el autor. Escritos sobre la medicina, Amorrortu, Buenos Aires 2004, cap. "La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica", pp. 49-67. En una larga tradición que va desde Leibniz, pasando por Didérot y llegando a Valéry, se ha insistido en la relación entre el *"Silencio de los Órganos"* y la salud. Ésta última vivida sin que la mayoría de las veces recaiga sobre ella una atención especial. Élla se oye en presencia del dolor o de algunos límites corporales, los cuales nos recuerdan lo *"placentero"* (dentro de su normalidad y en ausencia explícita del placer) de nuestra situación anterior. A la cabeza de estos pensadores, Canguilhem sitúa a Descartes, quien subrayó la relación entre verdad del cuerpo y salud, relación que Nietzsche recrea de muy distintos modos y a veces en contradicción con sus propios planteamientos:

"En La voluntad de poder [...] unas veces Nietzsche cree –según Claude Bernard– en la homogeneidad de la salud y la enfermedad, y otras celebra la "gran salud", el poder de absorber y vencer las tendencias mórbidas" p.54. Incluso en *Así habló Zaratustra* afirma que *"hay más razón en tu cuerpo que en tu mejor sabiduría"*.

El propio Descartes distingue en la VI Meditación la diferencia entre un mecanismo que no funciona y un hombre hidrópico. La organicidad del cuerpo y su salud –su verdad– es inasimilable a una estructura mecánica. Para Canguilhem, sólo lo primero, sólo la experiencia orgánica del cuerpo, puede guiar a la medicina como ciencia:

"Mi médico es aquel que acepta de mí ver en él a un exégeta, antes que aceptarlo como reparador" en Escritos sobre la medicina, p.63.

Desde luego, como dijo en muchas ocasiones, el problema en las reflexiones sobre la salud es poder conciliar tanto la experiencia subjetiva del cuerpo y su verdad inmediata, como la verdad de la ciencia sobre él.

Así pues, teniendo en cuenta lo dicho y trayendo a colación otros aspectos de su pensamiento, la propuesta de Canguilhem en torno al problema de la normalidad creo podría resumirse en dos cuestiones que cruzan su preocupación filosófica y biológica. La primera consiste en preguntarse sobre si el estado patológico corresponde a una modificación cuantitativa del estado normal. Y una segunda es preguntarse si hay ciencia de lo normal y lo patológico. En el primer caso, Canguilhem confronta su reflexión con dos de los paradigmas que se perfilaban en su época como válidos. Por un lado, el propuesto de Augusto Comte, quien se interesaba en lo patológico con miras a determinar

especulativamente las leyes de lo normal, medible en grados o en niveles de menos a más. y por otro con Claude Bernard en lo normal con el propósito de actuar de un modo razonable sobre lo patológico. Canguilhem sostiene que la enfermedad compromete al organismo en su totalidad y no solamente a uno o algunos órganos. la Medicina es la ciencia de las enfermedades y la Fisiología sería la ciencia de la vida propiamente tal. Estar enfermo, prosigue el autor, es verdaderamente para el sujeto otra "expresión" de la vida, *el allure (el apartarse)*. La enfermedad obliga al organismo a remodelar su modo de ser. El estado de salud tiene al sujeto en la inconsciencia de su cuerpo, el cuerpo emerge a la conciencia cuando el sujeto experimenta (vive) limitaciones, amenazas y obstáculos para su salud. La idea de un cuerpo emergente no impide a Canguilhem privilegiar el estado de la conciencia de la enfermedad, como aquello que la constituye, no a la enfermedad en sí, sino a la enfermedad para el enfermo.

Este resumen lo concretaría en dos elementos una exigencia de totalidad y la centralidad del medio en la normatividad biológica.

1. Una exigencia de totalidad: *"Proponemos, al contrario de todas las costumbres médicas actuales, que es médicamente incorrecto hablar de órganos enfermos, de tejidos enfermos, de células enfermas"* en Lo normal y lo patológico, p. 171.

Canguilhem subraya que las enfermedades lo son de todos los seres orgánicos y concretos, del caballo o de la abeja. Una aparente anomalía sólo se revela como una enfermedad en el tiempo y en relación con el todo orgánico, en la interacción entre las distintas partes que están involucradas en la acción de los seres sensibles.

"La clínica ha de iluminar el microscopio" en Lo normal y lo patológico p. 173. y no a la inversa. Si lo segundo sucede es sólo gracias a una consideración unitaria previa del organismo y de la experiencia continua que de él hacen los hombres y los animales.

2. El medio en la normatividad biológica: *"El medio ambiente es normal por el hecho de que el ser vivo despliega en él mejor su vida, mantiene en él mejor su propia norma. Un medio ambiente puede ser normal por referencia a la especie de ser vivo que lo utiliza para su ventaja. Sólo es normal porque se refiere a una norma morfológica y funcional"*.

en lo normal y lo patológico p. 106 .

No podemos definir a priori qué es normal y qué no lo es. Sólo en la interacción con el medio, sólo en movimiento, podremos considerar en qué sentido nuestros órganos y nuestro organismo en general es viable y capaz de afrontar las circunstancias cotidianas de la vida, desde las aparentemente inofensivas hasta aquellas que requieran esfuerzos y cambios más radicales. Este punto es especialmente importante para el autor ya que, por un lado, se ha de respetar la relación particularísima entre un organismo y su situación actual y, por otro, no hemos de considerar dicha relación en un sentido tan restringido que tengamos que hablar de normalidad o viabilidad de un modo abstracto. Dicho de otro modo, la relación entre organismo y medio ha de ser tenida en cuenta de un modo amplio, de tal manera que podamos denominar "*normal*" no sólo a los organismos viables, sino a aquellos que disponen de una capacidad de adaptarse y de afrontar nuevas circunstancias.

Evidentemente, tampoco esta relación puede ser reinterpretada estadísticamente. Los distintos patrones y modelos de lo normal vienen dados en consideraciones muy particulares: pensamos que es normal que un hombre occidental sufra y padezca ante condiciones climáticas extremas (elevada altitud, frío por debajo de los -20° C) pero no que lo haga ante la exposición de luz solar o de otras fuentes de energía, como ocurre con las

personas fotofóbicas. Los estados normales, por lo tanto, además de suponer condiciones favorables, instituyen y despliegan nuevas capacidades:

“Lo propio de la salud es superar la norma que define lo momentáneamente normal, la posibilidad de tolerar infracciones a la norma habitual e instituir nuevas en situaciones nuevas” en Lo normal y lo patológico, p. 150.

La normatividad biológica, de este modo, es la posibilidad misma del organismo de fundar un medio ambiente propio adecuado a él y dinámico. Tal posibilidad es la línea que separa los estados patológicos de los sanos: *“El hombre es sano en la medida en que es normativo con respecto a las fluctuaciones de su medio ambiente”*. en Lo normal y lo patológico, p. 176.

la dinamicidad propia del organismo se pone especialmente de manifiesto en la capacidad del mismo para superar adversidades o enfermedades. Si el organismo es capaz de reestructurar su normatividad, el punto de llegada no será en ningún caso idéntico al punto de salida, ya que *“curarse significa darse nuevas normas de vida, a veces superiores a las antiguas”* en Lo normal y lo patológico, p. 176 aunque en distintas ocasiones Canguilhem fue tildado de evolucionista, él mismo da un paso hacia atrás intentando no definir lo normal y lo patológico por su mera relación con el fenómeno de la adaptación, a pesar de que, como hemos visto, incida insistentemente en la capacidad propia de los organismos sanos a adaptarse y a darse nuevas normas.

“La normalidad de los seres vivos es aquella cualidad de la relación con el medio que permite a estos seres permitir a su vez, a través de las variaciones individuales de sus descendientes, nuevas formas de relación con un medio nuevo, y así sucesivamente. La normalidad del ser vivo no reside en él, pasa por él, expresa, en un lugar y un momento dados, la relación de la vida universal con la muerte”

CANGUILHEM, Ideología y racionalidad en la historia de las ciencias de la vida, Amorrortu, Buenos Aires 2005, p. 167.

Desde luego, la capacidad de adaptación pone de manifiesto un orden, una relación armónica entre los organismos y el medio, en el que el afán de supervivencia encuentra los mecanismos adecuados para dicha tarea. Desde luego, independientemente de lo que entendamos por evolución, podemos comprender que una vez que estemos establecidos en un determinado medio, en él se pone en juego sin cesar una suerte de lucha: capacidades propias, adversidades ambientales, exigencias naturales o sociales, pugnan entre sí. La normalidad, a la luz de los textos de Canguilhem, no es un criterio externo a la propia experiencia. Parece, más bien, que emerge, en tensión continua con las anomalías y las patologías, como una dimensión de las propias experiencias por la que se impone por encima del resto de circunstancias un orden capaz de satisfacer, responder y desplegar las propias capacidades y tendencias.

(<https://eprints.ucm.es/22427/1/T34685.pdf>)

Sostiene Canguilhem "La vida humana, puede tener un sentido biológico, un sentido social, un sentido existencial. Todos estos sentidos pueden ser indiferentemente retenidos en la apreciación de las modificaciones que la enfermedad infringe al viviente humano". *El conocimiento de la vida (1971). Anagrama. 1996, p. 183.*

El autor indica que la cuestión de fondo cuando analizamos lo viviente, la vida, es saber, y decidir si estamos tratando a esta como un "sistema de leyes o como una organización de propiedades, si debemos hablar de leyes de la vida o de orden de la vida". La confrontación que hace Canguilhem fue hecha en respuesta a las primeras investigaciones que hiciera al inicio de la ciencia médica moderna Claude Bernard. Canguilhem critica a Bernard, que, a pesar de no identificar necesariamente lo cualitativo con lo cuantitativo, al momento de distinguir lo normal de lo patológico, cree en "una legalidad fundamental de la vida análoga a la materia". La idea de la organización permite al autor avanzar hasta lo que hoy podríamos denominar perspectiva estructural-fenomenológica, cuando insiste que lo patológico no se reduce a lo biológico. La vida es una polaridad dinámica (N y P pag 172).

La vida entera es una experiencia y tentativa de sentido, en todas las direcciones. La intencionalidad, la conciencia, como diría Merleau-Ponty, emerge de un cuerpo que no es más un objeto, sino un sujeto. Ante esto Francisco Varela introduce la noción de Neurofenomenología, noción de bases neurológicas desde una percepción de la conciencia intencional. en su obra *El Fenómeno de la Vida*. Domen. Santiago de Chile. 2000. Es imposible establecer los límites entre "afuera" y "adentro" de la conciencia que siempre es vivida y sentida globalmente, como lo percibio desde Ponty con su fenomenología de la percepcion, que motivo a varela.

Dos cuestiones cruzan la preocupación filosófica, biológica de Canguilhem. La primera consiste en preguntarse sobre si el estado patológico corresponde a una modificación cuantitativa del estado normal. La segunda es preguntarse si hay ciencia de lo normal y lo patológico. En el primer caso, Canguilhem debe confrontar su reflexión con dos de los paradigmas que se perfilaban en su época como válidos. Por un lado, A. Comte, quien se interesaba en lo patológico en vista de determinar especulativamente las leyes de lo normal. Claude Bernard se interesaba, al contrario, en lo normal con el propósito de actuar de un modo razonable sobre lo patológico (ver Plourde Simone. *La santé....*

Contra A. Comte, Canguilhem rechaza el postulado que pretende que la patología es tan solo una forma de lo normal medible en grados o en niveles de menos a más. Para Claude Bernard, la Medicina es la ciencia de las enfermedades, y la Fisiología sería la ciencia de la vida propiamente tal. *Canguilhem* sostiene, contra Bernard, que la enfermedad compromete al organismo en su totalidad y no solamente a uno o algunos órganos. *Estar enfermo, prosigue el autor, es verdaderamente para el sujeto otra "expresión" (allure) de la vida.* La enfermedad obliga al organismo a remodelar su modo de ser. El estado de salud tiene al sujeto en la inconsciencia de su cuerpo, el cuerpo emerge a la conciencia cuando el sujeto experimenta (vive) limitaciones, amenazas y obstáculos para su salud.

La idea de un cuerpo emergente no impide a Canguilhem privilegiar el estado de la conciencia de la enfermedad, como aquello que la constituye, no a la enfermedad en sí, sino a la enfermedad para el enfermo (malherbe).

A proposito de II parte despues de veinte años pag 181-203

Notas

Lo primero que aquí se anota es que Canguilhem piensa necesario trascender el cogito cartesiano y optar más bien por Kant. Al afirmar que Kant invita es a pensar, que la salud es un objeto ajeno al campo objetivo del saber. Incluso Canguilhem hace más drástico dicho enunciado, 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." En este sentido, la obra Canguilhemiana puede ser vista como "crítica de la razón médica en la que se intenta reflexionar sobre los límites de los instrumentos cognitivos de las ciencias de la vida; en tanto construcciones teóricas que suponen inteligible su objeto de estudio y racionales sus métodos y presupuestos teóricos. 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 que está sano de otro modo que diciendo que está *aparentemente* bien."Para Canguilhem no hay ciencia de la salud. La salud, es un concepto vulgar y al alcance de todos. Cuando hablamos de salud, no podemos evitar las referencias al dolor o al placer, introduciendo así, el concepto de cuerpo subjetivo, entonces no podemos dejar de hablar en primera persona, allí donde el médico se obstina en hablar en tercera persona.

Este concepto vulgar, escapa a todo cálculo. La salud será entendida entonces, en 1943 por referencia a la posibilidad de enfrentar posibilidades nuevas, por el margen de tolerancia (o de seguridad) que cada uno posee para enfrentar y superar las infidelidades del medio.

LUNES 2 abril

la norma para Canguilhem no era otra cosa que el resultado que confiere «un valor a algún Objeto, Acontecimiento o Acto en su relación con algún fin implícito o explícito»

<https://callejonfilosofia.com/2016/05/14/filosofia-desarrolla-tu-legitima-rareza-georges-canguilhem-y-la-anomalia-como-signo-de-salud/>

«Desarrolla tu legítima rareza» era un lema de René Char que a Michel Foucault le encantaba repetir. Era un imperativo moral para él, una obligación, a tal grado que su escritura, su vida entera, quiso ser en todo momento una expresión de *anomalía*. ¿Hasta qué punto eres tú -estimado lector- un ser anómalo?

En una entrada anterior reflexionábamos en las tesis de Georges Canguilhem sobre la «[normatividad vital](#)» pues el propio Foucault reconocía en él a su precursor, a su maestro. Veámoslo que la norma para Canguilhem no era otra cosa que el resultado que confiere «un valor a algún Objeto, Acontecimiento o Acto en su relación con algún fin implícito o explícito». Veámoslo:

Cuando estoy hambriento, cuando el fin que busco es satisfacer mi hambre, mi modo de estar en el mundo cambia inmediatamente. Mi juicio se dirige hacia las cosas de un modo específico, buscando otorgarle *valor* a aquello que saciaría mi apetito y descartando como *no valiosas* a todas aquellas que no me servirían para tal fin. Mi mirada recorre, pues, el espacio con esa «actitud valorativa» hasta que se topa con algún objeto al que mi inteligencia juzga *valioso* en relación al fin que persigo. Estoy ahora frente a una manzana. Es este objeto lo que, en este momento, *vale*. En el hambre no vale la radio (no deseo estar informado), no vale el agua (no estoy sediento), no vale tal vez ni siquiera el amor de mi pareja: -simplemente tengo hambre. Todo se juega entre un “preferir” y un “excluir”. El ser humano, la vida misma, vive continuamente en esa «insuficiencia de un tener actual», en esa brecha entre un «carecer» y un «estoy ya satisfecho». Y por ello la vida es esencialmente «deseo». Pues bien, yo deseo y mi mirada juzga atendiendo siempre a la meta o fin que hay que alcanzar. El juicio que elaboro, repito, es un *juicio de valor*. El *resultado* de ese juicio de valor es lo que Canguilhem llama *la norma*. Normar es valorar, afirma Canguilhem. Y si

nos suena extraña la equiparación del normar y del valorar, piénsese solamente en la infinidad de normas que a diario seguimos en sociedad (normas laborales, higiénicas, de cortesía, deportivas, de tránsito, de comercio, etc.) y véase si no *cada una de esas normas supone o tiene una pequeña valoración en su centro*. El valor es el núcleo de las normas, por ello todo normar es un valorar.

Ahora bien, para Canguilhem la vida en general –y por supuesto la vida humana en particular- es esencialmente normativa. «El hombre normal es el hombre normativo –afirma Canguilhem-, [es un] ser capaz de instituir normas nuevas, incluso orgánicas». Puesto que el hombre valora, el hombre es esencialmente normativo. Pero además *normando el hombre se crea a sí mismo*. Esto es fundamental. Canguilhem usa la palabra “normatividad” para designar la creación de lo viviente por sí mismo, la creación de sí por sí mismo. Y lo interesante de esto es que tal creación procede siempre por anomalías, por desviaciones, por experimentos. En palabras de Guillaume Le Blanc, comentarista de Canguilhem:

“Canguilhem recupera aquí la figura nietzscheana del tipo activo: aquello que tiende al poder y deviene creador. La reacción designa, por el contrario, la mengua de actividad [...] El organismo acrecienta su poder creando valores propios [...] El hombre normativo es el hombre creador de sus propios valores, sean estos vitales o sociales. Desde este punto de vista, el hombre normal [...] es el hombre normativo «para quien es normal romper las normas establecidas e instituir otras nuevas» [...] Instaurar normas nuevas es forjar desviaciones individualizantes. El hombre normativo se convierte en el hombre del desvío. Estas desviaciones remiten a posibilidades vitales, a fuerzas inexploradas de vida [...] El devenir de la vida es un advenir creador”

¿Se entiende ahora por qué a Foucault le encantaba el lema de Char? «¡Desarrolla tu legítima rareza!» es gritar «¡Experimenta, explora, créate a ti mismo y atrévete a ser diferente!»; «¡No valores lo que todos los demás valoran! ¡Crea tus propias valoraciones!»; «¡Invéntate!».

Para Canguilhem, pues, el hombre normal es el hombre normativo, y en este sentido el hombre normal es el hombre del desvío, aquel que puede ser anómalo, que puede romper esquemas o puede desviarse de la norma porque instaura la propia – este es en suma el hombre que es sano y activo.

¿Y qué es para Canguilhem el hombre “anormal”?

Pues precisamente lo contrario: es el hombre reactivo; aquel que padece y tiene mermada su capacidad para normar, para inventar. Es por ello que ni toda anomalía es anormal ni toda anomalía es patológica. Según Canguilhem, «Lo anómalo no es lo patológico.

'Patológico' implica *pathos*, sentimiento directo y concreto de dolor y de impotencia, de vida contrariada. Pero lo patológico es indiscutiblemente anormal». Se trata, pues, de ser anómalo, pero no 'anormal' (aunque hay que decir que no toda anomalía es forzosamente buena).

Le Blanc comenta:

“Lo patológico es la expresión de una normatividad restringida mientras que la salud es la expresión de una normatividad acrecentada. Lo patológico sólo es anormal para el enfermo que lo experimenta como un déficit de normas. La enfermedad no es tanto la desaparición de la normalidad sino, más bien, la reducción de la normatividad. «El ser viviente enfermo -afirma Canguilhem- ha perdido la capacidad normativa»”

Georges Canguilhem

Podemos pensar en un primer momento que esta enfermedad de la que habla Canguilhem sería la de un enfermo de hospital (imaginémoslo postrado en una camilla y recibiendo suero vía intravenosa) para el que la capacidad de normar se ha vuelto casi nula. En efecto, un enfermo así no puede arriesgar su elección. A diferencia de una persona sana -que podría en cualquier momento beberse una copa de vino, comerse una enorme rebanada de pastel, echarse a correr por el parque, tomar el sol, recibir el viento frío sobre su torso desnudo, etc.-, a diferencia de ésta, una persona enferma está incapacitada para valorar todos estos alimentos o actividades *en ese determinado momento*. No es tanto que no valore todo lo que la persona puede hacer, sino que en esa situación particular en la que se encuentra -la enfermedad- lo único que *vale* realmente para él son los medicamentos, el descanso y la dieta especial que el médico le haya prescrito. Es en este sentido que Canguilhem afirma que el enfermo ha perdido su capacidad normativa. Pero, ¿la mengua en la capacidad normativa es sólo concebible en un enfermo como el de nuestro ejemplo? La respuesta es no. Puesto que para Canguilhem «El ser viviente enfermo ha perdido la capacidad normativa», un individuo que está perfectamente sano (biológicamente hablando), pero que en lo existencial, en lo social, en lo psicológico, no arriesga en lo absoluto, es un individuo enfermo. *El individuo que permanece en lo normal porque no instituye nuevas normas es un individuo enfermo*. «Lo característico de la salud es la posibilidad de superar la norma que define lo normal en un determinado momento», -afirma Canguilhem. Por lo tanto la incapacidad para superar la norma que define lo normal es la patología misma.

“Se apela así -comenta Le Blanc- a la profundidad de la vida como virtualidad de formas nuevas. Lo inédito de la vida coincide

con la salud arriesgada que instituye desviaciones mediante las cuales lo viviente se desembaraza de las normas del ambiente para encarar los cambios del medio [...] La salud debe entenderse como el riesgo creador de lo viviente mismo. Tener buena salud implica, entonces, la posibilidad de correr riesgos, de permitir que lo imprevisto emerja [...] [La salud] autoriza la experiencia de lo inédito, transforma la vida ordinaria en máquina de novedades”.

Así pues, «¡Desarrolla tu legítima rareza!», estimado lector. Immanuel Kant no decía algo muy diferente con su *Sapere aude*: «Ten el valor de usar tu propia razón». Canguilhem, y después Foucault (y por supuesto también Gilles Deleuze y una creciente constelación de filósofos contemporáneos), nos conminan así a reinventarnos, a inventar nuevas maneras de pensar y de vivir. A cuestionar todas esas normas, esas valoraciones, que estaban aquí ya antes de que nacíáramos y que, bien miradas, no tienen mucho sentido. Recupera tu salud, recupera tu inventiva, atrévete a ser diferente. «¡Desarrolla tu legítima rareza!»

En la entrada pasada dijimos algo acerca del concepto de “norma” en Foucault, pero en realidad dijimos muy poco. La tesis que se planteaba era la siguiente: [la norma es productiva](#); produce al sujeto desde el cual actúa. ¿Qué hace que la norma sea productiva? ¿Qué es, para empezar, una norma?

En las páginas de *Vigilar y castigar* en donde Foucault habla de la norma hay una nota a pie en donde el filósofo nos remite a las páginas esenciales de *Le normal et le pathologique* de Georges Canguilhem, médico y filósofo francés que fue una de las mayores fuentes de inspiración para Foucault. En verdad sus tesis son fascinantes y de ellas me propongo hablar ahora.

DEFINICIÓN

Para Canguilhem la norma no es otra cosa que el resultado que confiere «un valor a algún Objeto, Acontecimiento o Acto en su relación con algún fin implícito o explícito». En este sentido, la norma es la posición de un juicio de valor en el cual se manifiesta «la insuficiencia de un tener actual» con respecto a una exigencia, razón por la cual la norma supone la «escisión entre la meta y lo dado».

Pongamos algunos ejemplos: si la norma es el resultado que confiere un valor a algún Objeto, Acontecimiento o Acto en su relación con algún fin implícito o explícito, digamos, pues, que valoramos el objeto-manzana en relación a un fin que sería la salud; valoramos el acontecimiento-Revolución en relación a un fin que sería el buen gobierno y el cese de la injusticia social; valoramos el acto-puntualidad-en-el-trabajo en relación a un fin que sería la productividad. Véase bien que el acto, el acontecimiento y el objeto son previos a la norma. La norma no es el objeto, el acontecimiento o el acto que se valoran con relación a un fin, sino que es el juicio de valor, o, más precisamente, el *resultado* de ese juicio de valor que, valga la redundancia, les *da valor*. Así pues,

normar es valorar, y todas las normas que seguimos nosotros en sociedad (normas laborales, higiénicas, sociales o de cortesía, deportivas, de tránsito, de comercio, etc.) suponen o llevan en su núcleo alguna valoración. Todo se juega entre un “preferir” y un “excluir” (por ello excluimos al “anormal”, al que no respeta la norma).

En suma, la norma es un “haz esto”. ¿Por qué? Porque es la norma, porque *vale*; porque vale en relación a un fin y vale más que otras alternativas (menos valiosas). Seguir normas es casi todo lo que hacemos diariamente. Seguir normas es lo normal.

Todos estamos *normalizados* en gran medida por el proceso de socialización que se lleva a cabo en nosotros desde que somos pequeños, pero de lo que yo quisiera hablar aquí es de la *normatividad vital* y del carácter de *creación* que ella implica. La posición central que defiende Canguilhem es la siguiente: *la vida es por sí misma creación a través de la normatividad vital*. Porque todos valoramos (normamos) de modo diferente, la normatividad da cuenta de la relación entre vida e individualidad. Oigamos a Guillaume Le Blanc, comentarista de Canguilhem:

“La normatividad es el instrumento mediante el cual el ser viviente, humano o animal, se individualiza. De ahí en adelante, ya no se concibe al ser viviente como un mecanismo; se lo piensa como una potencia. Los organismos desarrollan su potencia a través de comportamientos específicos que no son respuestas automáticas a un estímulo externo sino maneras singulares de relacionarse con el mundo externo. Entonces, cada ser viviente manifiesta una actividad que le es propia, y que tiene dos caras. Por una parte, es una actividad reproductora: procura conservar para el organismo su potencia intrínseca. Por otra parte, es productora, creadora [...] Los vocablos ‘obra’ y ‘elección’ precisan la índole de la actividad biológica: con el término normatividad designamos aquello mediante lo cual el ser viviente se vincula con el medio y deviene sujeto de ese medio gracias a la elección de valores que le permiten transformarlo en su obra”

Georges Canguilhem

Así pues, la “actitud normativa” le pertenece de suyo a la vida. Con la normatividad la vida instaure normas que valorizan los hechos de cara a resolver los obstáculos y problemas que impiden su mantenimiento y desarrollo. Con ello la vida se individualiza (no todos norman de igual manera) y por ello la norma es productiva (que era nuestra principal tesis). La normatividad es entonces una actividad fundamental de la vida que lucha con aquello que la daña. «La vida –afirma

Canguilhem- no es indiferente a las condiciones en las cuales ella es posible, [...] la vida es polaridad y, por eso mismo, posición inconsciente de valor [...] La vida es de hecho una actividad normativa». Sin duda Canguilhem defiende con este punto de vista una posición nietzscheana que se endereza a instituir la creación de valores como voluntad de afirmación de la vida. Pues la vida misma es para el filósofo alemán creación de valor. «Vivir es apreciar. Toda voluntad implica evaluación, y la voluntad está presente en la vida orgánica», decía Nietzsche. Y Canguilhem:

“Si existen normas biológicas, es porque la vida, que no es mero sometimiento al medio ambiente sino institución de su medio ambiente propio, establece por eso mismo valores, no sólo en el medio sino también en el propio organismo”.

“...en el organismo propio”. No sé a ustedes pero a mí me parece interesantísima esta postura filosófica que ve la vida a través de la lente de los valores. Y no sólo me refiero a la vida humana, sino a toda la vida en la Tierra. Así lo veían los filósofos que aquí estudiamos. Más adelante seguiremos reflexionando sobre las normas, sobre su relación con la vida humana individual y con la vida social, y lo relacionaremos también con el concepto de *patología* tal y como lo entiende Canguilhem. ¡Quedan muchas preguntas en el aire! Por lo pronto, hagamos comunidad y pensemos en conjunto: ¡Dejen sus valiosos comentarios!

Durante el siglo xix, se consideraba que la medicina era la ciencia de las enfermedades y la fisiología, la ciencia de la vida. Pero esta dicotomía se ve alterada por una pregunta: ¿La enfermedad no forma parte de la vida? O, en otras palabras, ¿Se puede construir plenamente una fisiología sin hacer referencia a la enfermedad? Para los griegos clásicos, normal equivalía a armonía y equilibrio, mientras que enfermedad equivalía a desequilibrio, "disarmonía" o "anormalidad". Los prefijos "dis-" y "a-" implican una discontinuidad entre lo normal y lo patológico. En gran parte gracias al trabajo de **Claude Bernard** en fisiología experimental, la medicina del siglo xix desarrolló una concepción cuantitativa (muy relacionada con los niveles de excitación) de la diferencia entre lo normal (salud) y lo patológico (enfermedad). La enfermedad pasó a ser un estado hiper- o hiponormal. Dicho de otra forma, para Bernard, existía una relación de continuidad entre la buena salud y la enfermedad. Conocer la fisiología del cuerpo normal era entrar también en contacto con la base del cuerpo enfermo. En resumen, mediante el paradigma cuantitativo, la buena salud (lo normal) era una vía al conocimiento de lo patológico.

En el siglo xx, el trabajo de **René Leriche** altera la perspectiva cuantitativa del enfoque positivista. Para Leriche, la salud es equivalente al "silencio del cuerpo en sus órganos". La salud (lo normal) se convierte ahora en lo que se da totalmente por descontado; el bienestar es el cuerpo que no se experimenta o se conoce como tal; se cree que el conocimiento del cuerpo es posible sólo partiendo de la perspectiva de lo patológico, de la medicina, y no de la fisiología.

La evolución de estas corrientes se halla representada en Francia en el enfrentamiento conceptual entre Claude Bernard y Auguste Comte. La primera búsqueda se concreta en **Bernard** en su interés en [corregir lo patológico partiendo de su estudio fisiológico de lo normal](#). La segunda posición se concreta en **Comte**, en su interés en [el estudio de las leyes de lo normal partiendo de las evidencias patológicas](#). En resumen, "la necesidad de [restablecer la continuidad](#), para conocer mejor con el fin de actuar mejor, es tal que en última instancia el

concepto de enfermedad desaparecería. La convicción de poder restaurar científicamente lo normal es tal que termina por anular lo patológico" (Canguilhem, 2005, p.20).

Comte toma de **Broussais** la idea de la identidad de los fenómenos fisiológicos y patológicos, idea que para Canguilhem (2005, p.25) habría que atribuir a Bichat. En este sentido, **Broussais** afirma que las enfermedades son sólo una respuesta fisiológica exacerbada o deficiente en comparación con la obtenida en el estado normal. La **teoría de Broussais** posee como concepto central el de excitación, "el hombre sólo existe en virtud de la excitación que ejercen sobre sus órganos los medio ambientes en los cuales está obligado a vivir" (Canguilhem, 2005, p.31). Para **Broussais**, entonces, la patología debe estudiar de qué manera "esta excitación puede desviarse del estado normal y constituir un estado anormal o enfermizo" (tomado de Canguilhem, 2005, p.31). En este caso, lo que se obtiene es la irritación, que no es más que "la excitación normal, transformada por su exceso" (tomado de Canguilhem, 2005, p.31). En consecuencia, el estado patológico difiere del estado normal sólo en su cantidad. La contribución de Comte al respecto es elevar esta observación a un principio de alcance universal, el "principio de Broussais", que permita extender este fundamento a la ciencia biológica general, y de ahí a la ciencia política.

En la misma línea, Bernard insiste numerosas veces en la unión continua entre los fenómenos fisiológicos y patológicos. De esta manera, Bernard afirma: "El buen sentido señala que si se conoce completamente un fenómeno fisiológico, se tiene que estar en condiciones de explicar todas las perturbaciones que se puede experimentar en el estado patológico" (tomado de Canguilhem, 2005, p.43). Pero mientras que Bernard afirma taxativamente la identidad entre la salud y la enfermedad, no hace lo mismo respecto a la relación entre la vida y la muerte. En este último caso, Bernard marca una diferencia radical entre ambos estados y reconoce la originalidad de lo viviente: "Aunque las manifestaciones vitales sigan estando directamente sometidas a la influencia de las condiciones físico-químicas, estas condiciones no podrían agrupar ni armonizar los fenómenos en el orden y la sucesión que adoptan especialmente en los seres vivos" (tomado de Canguilhem, 2005, p.48). La patología sólo puede cumplir su objetivo "cuando 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" (Canguilhem, 2005, p.61)

Dominique Lecourt, Georges Canguilhem

Lizbeth Sagols*

Presses Universitaires de France, París, 2008, 125 pp. (Col. *Que sais-je*).

*Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional Autónoma de México.
lsagols@hotmail.com

Georges Canguilhem (1904–1995) es conocido como filósofo e historiador de la ciencia. Ciertamente, elaboró una filosofía de la biología y la medicina y se ocupó del estatus y los objetivos que ha de tener la ciencia. No obstante, la empresa de Dominique Lecourt en su último libro, *Georges Canguilhem*, es mostrar que este filósofo remodela (junto con Bachelard y Foucault) la filosofía de la ciencia positivista al grado de hacerla inseparable de la teoría de la vida y del sujeto. A la vez, a Lecourt le interesa exponer el carácter ético-político de la vida y la obra de Canguilhem; carácter heredado en gran medida de su maestro Alain y que resulta decisivo para entender la influencia de Canguilhem en el ámbito francés y más allá de él.

Así, Dominique Lecourt nos ofrece, a través de cinco capítulos ("I. La juventud rebelde de un filósofo intransigente"; "II. Una filosofía de la medicina"; "III. ¿Una epistemología histórica?"; IV "Filosofía"; y V "Enseñar la filosofía") una verdadera "biografía de las ideas", en la que se entrelazan los hechos históricos y biográficos con la genealogía de las ideas capitales. Las ideas y la publicación de las obras se despliegan en una ambientación que hace inteligible su génesis y desarrollo, y los datos son enriquecidos e iluminados por el devenir intelectual del filósofo. Se trata, en fin, de un libro expositivo, pero que tiene la gran virtud de resaltar tanto el valor teórico de Canguilhem como su valor para la ética y la docencia de la filosofía.

En "La juventud rebelde de un filósofo intransigente", Lecourt destaca cómo las

propuestas éticas y políticas de Alain hicieron de Canguilhem un pacifista que, desde 1930, se opuso a los nacionalismos. Pensaba que, a pesar de que siempre habrá conflictos y guerras, era necesario tratar de evitar la Segunda Guerra Mundial y que para ello era indispensable denunciar toda tentación de imponer desde fuera, a un hombre o a un grupo, la renuncia a su derecho de humanidad: a su deber de hacer existir la humanidad contra los obstáculos de la naturaleza, los accidentes de la necesidad, el abatimiento y la brutalidad (p. 22). Desde luego, con esta manera de pensar, Canguilhem no pudo más que aliarse, en 1940, a la resistencia. Pese a ver cómo morían muchos de sus colegas y amigos, se mantuvo firme hasta el final. Ello ha hecho que, en numerosos relatos sobre la resistencia, este filósofo sea conocido como "héroe".

Después, Lecourt expone cómo, siendo ya profesor de filosofía, Canguilhem realiza sus estudios de medicina por razones filosóficas y no médicas. Buscaba abandonar la mera abstracción y tener contacto con lo concreto, pero de una manera muy singular: en primer lugar, no pretendía conocer las enfermedades mentales, sino los problemas que atañen a la realidad biológica del hombre, ese ser viviente en el que aparece la enfermedad y la amenaza de muerte, y en segundo, tampoco tenía la idea de que al estudiar medicina conocería una profesión científica. Paradójicamente, nos dice Lecourt, Canguilhem no tenía, en un principio, afanes epistemológicos respecto a la medicina; quería adquirir claridad sobre la técnica, o más bien el arte médico, el cual no se deja reducir al puro y simple conocimiento, sino que desafía los cánones epistemológicos, ya que no subordina su práctica a la simplificación teórica de las diversas ciencias que intervienen en ella. Para Canguilhem, lo decisivo en la medicina es que, aunque se apoya en conocimientos científicos, los traspasa en la toma de decisiones, y en ésta intervienen la subjetividad y el criterio prudente del médico en relación con el estado de desamparo del enfermo (p. 33). La consideración hacia el sujeto enfermo cambia el panorama del médico a la hora de aplicar los conocimientos.

De esta forma, Canguilhem se convierte en un filósofo de la medicina cuya profundidad de análisis lo lleva —nos dice Lecourt— a elaborar una filosofía de la vida.

El punto de partida es la visión crítica de *Lo normal y lo patológico* (tesis con la que el filósofo francés obtiene el grado de médico y que llegó a ser quizá su libro más importante). **La filosofía de la medicina contenida en este texto se centra en una defensa de la idea de individuo frente a las pretensiones homogeneizantes de la fisiología y la patología de Pasteur.** Mientras estas últimas piensan que la enfermedad viene de afuera y altera el equilibrio interno del cuerpo, equilibrio que se caracteriza por ciertas cantidades de elementos químicos y moleculares medibles a través de pruebas de laboratorio, **Canguilhem (igual que Hipócrates) considera que la enfermedad viene del interior del organismo, pues consiste en el estado en que el individuo ya no puede establecer sus propias normas en la relación con el medio ambiente.**

El estado de salud no es algo que quepa en la "curva de la campana" estadística, no es igual en todos los individuos; por el contrario, es un valor, algo construido desde la conciencia del individuo en interacción con el medio y esa construcción no consiste en apegarse a lo normal en tanto promedio, sino en poder generar sus propias normas en interacción indisoluble con el medio ambiente. Hay, entonces, tantas modalidades de lo normal como individuos, y lo anormal o **patológico** no es simplemente un exceso o defecto en las cantidades de elementos químicos del cuerpo, sino **el estado en que el individuo ya no funciona de acuerdo con sus normas y valores.** En particular, **el enfermo pierde el valor supremo de la salud que, para Canguilhem, consiste en la aprobación consciente de una capacidad de sobrepasar las capacidades iniciales** (p. 44); y si se pierde esto, viene un desarreglo en todos los otros valores sobre el yo y sobre el mundo.

En consonancia con lo anterior, **Canguilhem establece un nuevo paradigma de la**

atención médica según el cual el médico no ha de estar subyugado por criterios epistemológicos, sino que tendrá que **partir de la conciencia del enfermo sobre su enfermedad, conciencia que se manifiesta en la llamada al médico.** Deben primar la conciencia sobre la ciencia (p. 49) y el encuentro médico-enfermo sobre las pruebas de laboratorio. *Por tanto, **la curación no es un retorno o una recuperación de lo natural, es un evento entre el enfermo y el médico en el que la naturaleza desempeña un papel ambiguo: impone algo, pero a la vez está comandada por la conciencia del paciente.*** Lo decisivo es que en las nuevas condiciones se pueda aceptar una vida que tenga ante sus propios ojos suficiente calidad para ser vivida. Y es que **si el individuo y la subjetividad están en el centro, la curación no puede ser algo objetivo ni total; estriba más bien en la apreciación subjetiva del sujeto.**

Con respecto a la epistemología histórica de Canguilhem, Lecourt resalta cómo ésta *no se funda ya en la identificación (propuesta por Comte) de la filosofía de la ciencia con la historia de la ciencia, sino en un estudio del desarrollo histórico del espíritu humano. No es pues sólo la ciencia lo que importa; es preciso considerar el todo de la cultura,* en especial, las lecciones psicológicas y pedagógicas del conocimiento objetivo: de la teoría física de la relatividad y la mecánica ondulatoria. Tal psicoanálisis demuestra, como también lo dice Bachelard, que hay un primado del error sobre la verdad, que no debe concederse verdad absoluta a las intuiciones especulativas y que *comprendemos lo real en la medida en que lo organizamos.* Resulta imposible, entonces, ver la ciencia como algo verdadero y que se sostiene por sí mismo, más bien hay que verla en su íntima relación con lo social. En *La formación del concepto de reflejo en los siglos XX y XVIII* Canguilhem demuestra que la famosa teoría cartesiana del reflejo mecánico como rector de los movimientos del cuerpo es de hecho una ideología social que se traslada a la ciencia y, desde ésta, vuelve a reforzar las tendencias sociales. En su opinión, ello se muestra con claridad en la civilización contemporánea, la cual confiere a la rapidez y el automatismo de las reacciones motrices el doble valor de utilidad y de rendimiento en el trabajo de los obreros. *La teoría del reflejo sigue viva porque con ella se trata de sostener un tipo de vida automatizada, una vida que niega el sentido y que es sufrida por los obreros como tiránica.*

Para salir del círculo establecido en la teoría del reflejo, **la epistemología de Canguilhem propone la primacía de lo vital y los valores sobre lo mecánico.** El mecanicismo proviene, para él, de la intención de dominar la naturaleza y al propio hombre, pero más allá de él está la vida misma. *La ciencia no debe considerarse desde la perspectiva del poder, sino —como decía Nietzsche— tiene que ser vista con la óptica de la vida y del arte* (p. 71). En vez de partir de la teoría del reflejo, será necesario partir de un análisis del trabajador como individuo social, partir también de la producción real y de los avances y problemas de la tecnología para, desde ahí, hacer teoría. La ciencia tiene que responder a la práctica concreta.

Lo anterior se relaciona, desde luego, con una concepción general de la filosofía. *Para Canguilhem, en una construcción filosófica lo importante no es —como en la ciencia— la verdad o la falsedad, sino los valores que sostiene, pues el punto de partida de todo filosofar es la acción y ésta se orienta siempre por valores específicos a partir de los cuales se construye una totalidad en la que se confrontan distintas valoraciones.* Por otro lado, en la acción encontramos la vida concreta: el individuo y la experiencia, de tal suerte que las construcciones culturales y conceptuales quedan en un papel secundario. La filosofía debe confrontar los códigos de los lenguajes especializados con lo que permanece profundamente *naïf* en la experiencia vivida (p. 75).

Y el principal objeto de estudio de la filosofía, en tanto todo viene del individuo y la acción, es la relación interactiva entre el individuo y el medio en el que (y gracias al cual) se actúa. *La filosofía pues* (tal como queda plasmado en *El conocimiento de lo vivo*) *no*

se ocupa de hechos, sino de las interacciones entre los seres vivos y su medio; en especial, se ocupa de la interacción del hombre con su medio, ya que si bien todo organismo se guía por valores (al menos: vivir o morir), sólo el hombre piensa y tiene conciencia de éstos y de su construcción del mundo (p. 95). Pero este máximo grado del pensar supone el error, ya que el hombre no sólo vive o muere, no sólo tiene hambre, sueño y apetito sexual; está guiado por el deseo y, en consecuencia, por la imaginación de lo posible. El ser humano ha de enfrentar siempre el riesgo de equivocarse, lo cual no ocurre ni en los animales, ni en las "máquinas pensantes". Gracias a tal riesgo, el hombre inventa, perturba sus propios hábitos de pensar, remueve los estados estacionarios del saber y crea nuevas formas de relación social. *El objeto de la filosofía es, entonces, lo vivo en general y la sociedad humana entendida desde el movimiento mismo de lo vivo. El filosofar deja atrás, en efecto, a los hechos.*

Por último, si la filosofía es todo lo que hemos dicho, ¿cómo iniciar su enseñanza en la etapa temprana del bachillerato —nivel en el que Canguilhem fue maestro por muchos años y cuya actividad lo llevó a escribir el *Tratado de lógica y moral*—. En el capítulo final del libro, así como en el Epílogo, Lecourt expone mucho más que la pedagogía de este filósofo; presenta el centro mismo de su vida y su pensamiento, lo que podríamos llamar su *ethos*: expone la fe en los valores propiamente humanos. Para Canguilhem, la enseñanza de la filosofía no puede consistir en la transmisión de doctrinas, sino en la reflexión profunda sobre lo cotidiano y el sujeto. En nuestras acciones de todos los días están presentes Sócrates, Descartes, Adam Smith, y muchos otros. A la vez, el punto de partida y de llegada del filosofar es el sujeto que interactúa con el entorno y desde ahí valora; por tanto, el filosofar parte y está destinado a reforzar la conquista siempre precaria y amenazada de un cierto impulso de libertad, verdad y justicia en la vida individual y colectiva (pp. 98 y ss). La filosofía es una enseñanza ética, algo que enseña a vivir, que educa, esto es (como decía Alain en general de la educación): algo que propicia el "esfuerzo por tener un libre juicio que nos permita pronunciarnos con seguridad sobre lo que sabemos verdadero y justo" (p. 106). **El maestro de filosofía** no será, entonces, un profesor, ha de ser un practicante, **alguien que se entrega al pensar de acuerdo con valores y que ha de saber despertar el gusto por la unidad del espíritu: unidad entre elecciones sobre lo posible y la coherencia de los juicios** (p. 102).

Lecourt concluye su exposición de la vida y obra de **Canguilhem** diciéndonos que, en definitiva, este filósofo enseñaba a "**pensar de pie**", es decir, con la valentía necesaria para construir la propia vida y no caer en la tentación del nihilismo. Una cita de Jules Lagneau expone de manera magistral, a juicio de Lecourt (y de cualquier lector), lo que tal valentía implica:

En el fondo de la cobardía no hay más que el mal del egoísmo. La cobardía tiene dos caras: búsqueda de placer y huida del esfuerzo. Actuar es luchar. Toda otra acción es ilusoria y se destruye. Si estuviéramos solos en el mundo, si no hubiera nadie que pudiera darnos algo, de todas formas la ley seguiría siendo la misma: **"vivir realmente será siempre tomarse la pena de vivir"**. Decir que uno no debe vivir realmente su vida es hacer ininteligible el mundo y la propia existencia, es decretar el caos y establecerlo como principio. Pero el caos no es nada. Ser o no ser, sí mismo o todas las cosas, hay que escoger. (p. 124)

Suprema tarea la que Canguilhem le asigna a la enseñanza de la filosofía.

Lunes 12 la exposición estará a cargo de Manuel Dávila. El tema será la evaluación del capítulo 2, Auguste Comte y el principio de Broussais" (pp, 25-39).

10 «*La identidad real de los fenómenos vitales normales y patológicos*, aparentemente tan distintos y representando valores tan opuestos, se convirtió, a la largo del siglo XIX, en una especie

de **dogma**, científicamente demostrado, cuya extensión [...] parecía garantizada por la autoridad que los biólogos y los médicos le reconocían. En Francia, *ese dogma fue expuesto con intenciones bien diferentes por Auguste Comte y Claude Bernard*», (Canguilhem, 1966:14)

Los trabajos de G. Canguilhem han sentado las bases sobre esta cuestión **10**. *Ecrits de jeunesse, Cours de philosophie positive, Système de politique positive*, la cuestión de las relaciones entre lo normal y lo patológico se encuentra en cada una de las tres etapas que marcan el desarrollo del pensamiento de Comte y el «principio de Broussais», que formula la solución escogida, ocupa una posición eminente en la **epistemología positiva** al mismo tiempo que, a través del **concepto de orden modificable**, *da la clave de la relación entre la teoría y la práctica*. Bajo una forma general, **el principio afirma la identidad de lo normal y de lo patológico y define sus diferencias en términos cuantitativos**:

«Toda
modificación artificial o natural, del orden real, concierne solamente a **la intensidad** de los fenómenos correspondientes [...] **pese a las variaciones de grado, los fenómenos conservan siempre el mismo acuerdo**, todo cambio de naturaleza propiamente dicho, es decir de clase, es reconocido por tanto como contradictorio» (**Comte**, 1929, III: 71).

El principio fue atribuido al médico francés Broussais, que fue el primero en establecerlo para los fenómenos biológicos: «El estado patológico había sido hasta entonces relacionado con leyes totalmente distintas a las que rigen el estado normal, de tal modo que el análisis de uno no podía aportar nada al conocimiento del otro. **Broussais estableció que los fenómenos de la enfermedad coinciden esencialmente con los de la salud, y que sólo se diferencian por su intensidad**» (**Comte**, 1929, I: 651).

a Augusto Comte sólo le quedará generalizar este descubrimiento, aplicándolo a todas las «variaciones excepcionales, calificadas de perturbaciones en la existencia inorgánica, de enfermedades en los seres vivos y de revoluciones en la vida colectiva» (Comte, 1929, II: 432).

A través de la extensión sistemática de este principio, el autor del *Système* venía prácticamente a reivindicar la paternidad intelectual de este principio. Por otra parte, la proximidad existente entre las dos ciencias de los seres organizados que son la biología y la sociología hacía que la extensión del principio a los fenómenos sociales fuese casi inmediata. Así, para designar el estado de anarquía en el que, en su opinión, habían caído nuestras sociedades, *Comte hablará de «enfermedad occidental»*. *Si Durkheim no le sigue en esta cuestión, lo cierto es que tampoco pone en duda la existencia de una patología*

social.

El orden modificable. El principio de Broussais sirve de fundamento para un concepto que permite igualmente pensar la relación entre la teoría y la práctica o, en otros términos, la acción del hombre sobre la naturaleza: nos referimos al concepto de orden modificable. En este caso, el punto de partida lo proporciona la clasificación de las ciencias. Desde las matemáticas hasta la sociología, *se procede, como es de sobra conocido, desde lo más simple hasta lo más complejo, de lo más general a lo más particular.* En cambio, lo que generalmente olvidamos señalar es que **la complejidad va emparejada con la «modificabilidad» (modificabilité) o, si se prefiere, con la inestabilidad. Cuanto más complejo es un fenómeno, más depende su curso normal de una multiplicidad de factores cuya presencia simultánea no es en absoluto evidente, de tal manera que dicho fenómeno se verá perturbado si una de esas condiciones no es satisfecha.** Esto vale para los fenómenos químicos en la medida en que se diferencian de los físicos (así por ejemplo una reacción química no se producirá más que a una determinada temperatura). Esto también vale para los fenómenos biológicos y así por ejemplo la vida no es posible más que en determinadas condiciones bien definidas, que cambian según cada especie. Las consecuencias de esta cuestión sobre la buena marcha de los experimentos son perfectamente conocidas. Sin embargo, para que tenga sentido continuar hablando de «orden» es necesario que dichas variaciones no sean ilimitadas. En definitiva, **la idea de «modificabilidad» es inseparable de la de «límites de variación» que es necesario por tanto determinar.** Por encima o por debajo de una cierta temperatura, de una determinada presión, un ser vivo muere. ***Es evidente que la existencia de lo patológico tiene que ser pensada en este marco: se trata de una modificación del estado normal*** y sabemos que a Comte le gustaba, como a muchos otros, ver en ello *el equivalente natural de la experimentación.* Ya desde 1822, Comte había concebido el proyecto de un tratado sobre la industria, entonces llamado tratado sistemático de la acción del hombre sobre la naturaleza y esto sin duda explica su **interés por la idea de «modificabilidad», que es la condición de posibilidad y de inteligibilidad de esta acción.** La teoría del orden modificable y sus corolarios que son las ideas de límites de variación y de acción, no está

exenta ni de originalidad ni de fuerza 11 «la identidad fundamental de la salud y de la enfermedad» es presentada como constituyente «del sentido fundamental del principio de modificabilidad» (p. 457)

La posteridad sociológica de Auguste Comte: Lo normal y lo patológico en Durkheim MICHEL BOURDEAU 2008

François Joseph Victor Broussais (1772-1838). Para Broussais no existe una tajante separación entre el estado de salud y el de enfermedad, por el contrario, **persiste entre ellos un principio de identidad**. Los fenómenos patológicos sólo *difieren* de los normales *por cierta intensidad*:

Broussais explica que: “*todas las enfermedades consisten fundamentalmente en el exceso o defecto de la excitación de los diversos tejidos por encima y por debajo del grado que constituye el estado normal*” [...] [por lo tanto] *las enfermedades sólo son los efectos de los meros cambios de intensidad en la acción de los estimulantes indispensables para el mantenimiento de la salud* (Canguilhem, 2005a: 25).

Gracias al principio de Broussais y a la idea bernardiana de “**medio interno**” la enfermedad ya no es exclusivamente vista como algo externo al individuo, sino como **un ajuste del propio organismo con base en sus propias constantes**. Tanto Broussais como Bernard defienden una concepción de la enfermedad como **mera variación cuantitativa de lo normal**.

En el caso de Bernard:

La salud y la enfermedad **no son dos modos que difieren esencialmente**, como pudieron creerlo los médicos antiguos [...] *No hay que considerarlas como principios distintos, entidades que se disputan al organismo vivo y lo convierten en el teatro de sus luchas* [...] *En la realidad, sólo existen diferencias de grado entre estas dos maneras de ser: la exageración, la desproporción, la desarmonía de los fenómenos normales constituyen el estado enfermizo* (Canguilhem 2005a: 46).

Si bien es cierto que tanto para Broussais como para **Bernard** lo patológico es la continuidad de lo normal, es necesario aclarar que los resultados a los que llegó Bernard fueron apoyados de manera experimental, es decir, **dejade lado lo “cualitativo” y, apoyado en condiciones controlables y experimentales, establece dicha continuidad como algo “cuantitativo”**

Sin duda la tesis “continuista” de Bernard y Broussais, oriunda del siglo XIX y que hizo de lo patológico una mera variación de grado de lo normal, fue concordante con la manera como vendría a entenderse la enfermedad a lo largo del siglo XX; ello no excluye ni las posiciones críticas ni las visiones alternativas que intentaron resarcir la alteridad y complejidad de los fenómenos mórbidos. Respecto a estas posturas disidentes, la obra de Georges Canguilhem se muestra paradigmática.

Es en 1943 que Canguilhem publica una de sus obras más conocidas: Ensayos sobre algunos problemas concernientes a lo normal y lo patológico — en la que se planteaba *la necesidad de una reflexión epistemológica de estos dos conceptos*, que de manera definitiva estaban en el centro de toda práctica médica. En este texto Canguilhem apostará por la originalidad de la enfermedad, es decir, que **lo patológico no es simple déficit o exceso de los parámetros normales, sino literalmente “otro ritmo vital”**. Debido a su doble formación, como filósofo y como médico, Canguilhem dedicó la mayor parte de su trabajo al ámbito epistemológico, a la reflexión histórica y a la filosofía de la medicina. Mostró a lo largo de su obra que la historia de las ciencias, tal como ha llegado a nuestros días, se ha distinguido por ser sólo una

sucesión cronológica de grandes personajes y descubrimientos; un recuento jerárquico donde la teoría más reciente se instaure como la más “completa” o, mejor dicho, la que de alguna manera ha superado a sus antecesoras. Sin embargo, puesto que la ciencia se manifiesta como una constante búsqueda, por una parte, de conocimientos verdaderos y, por otra, de criterios que demarquen su actividad como legítima, para Canguilhem la historia de las ciencias debe ante todo reflexionar sobre las “condiciones de posibilidad” de las teorías científicas y, sobre todo, de los conceptos científicos, que a la vez que son productos históricos están cruzados por un afán axiológico: la búsqueda de la verdad. Se trata, entonces, no de reconstruir “el pasado de una ciencia, sino la ciencia en su pasado”, es decir, reparar en las condiciones que hicieron posible hablar de ciertas cosas y construir ciertas teorías. Estas condiciones se materializan de manera concreta en los “conceptos científicos”, que son los que permiten conocer los objetos, formular problemas y dar pauta para la creación de nuevas teorías

.Los conceptos son fundamentales en la actividad científica, en tanto permiten demarcar las épocas y los discursos científicos. Su importancia se muestra con mayor claridad en las llamadas ciencias de la vida, pues en ese humano afán de aprehender lo que ésta es, el concepto liga ambos polos: pensamiento y vida. Aun así el papel que concede **Canguilhem** al concepto dentro de su obra va más allá, pues para él concepto y vida se comportan de la misma manera. Si se observa a los vivientes con relación a su entorno es evidente que nunca permanecen estáticos a las influencias externas, que reaccionan de diversas formas y que en múltiples ocasiones se ven obligados a evolucionar de manera abrupta; **la vida entonces se presenta como movilidad, plasticidad, posibilidad**. De igual manera, el concepto, debido a su carácter histórico, se muestra cambiante, evoluciona, aparece y desaparece, se forma y deforma. Por tanto, **la historia de la ciencia debe ser una historia de los conceptos y las filiaciones que existen entre éstos, de su surgir y resurgir dentro de su propio espacio científico**. En ello reside la importancia del análisis de los conceptos de lo normal y lo patológico. Desde el punto de vista canguilhemiano, ambos conceptos están profundamente ligados con la vida, pues es el viviente el único capaz de establecer una diferencia entre ambos. El problema estriba entonces en lo que se entiende por cada uno de ellos, principalmente en *lo que se entiende por normal, ya que al hablar de “normal” frecuentemente se mezclan dos perspectivas que pueden resultar incluso contradictorias*: una que concibe **lo normal desde un punto de vista estadístico-cuantitativo** y otra que lo concibe como **estado ideal, como prototipo cualitativo** (Canguilhem, 2005b). Lo normal se instaure así como “regla” que se delimita, ya sea por su carácter ideal visto como perfección, o por su carácter de media estadística basada en la repetición de los casos, es decir, como cuestión de medida, de cantidad. Frente a esto, Canguilhem, al apelar al viviente como punto de partida desde el cual puede pensarse lo normal, da otro cariz a la cuestión de la normalidad y de lo patológico. **A los ojos de Canguilhem, la perspectiva “cuantitativa”, a través de la cual se suele concebir la enfermedad —y que predomina en la medicina moderna— debe ser confrontada con una perspectiva de índole “cualitativa”**. Si se entiende al individuo como un organismo cuyas partes están interconectadas, *el intento reduccionista de identificar la enfermedad con una media estadística que debe ser restablecida*, deja de lado la experiencia vivida por el sujeto. Podría decirse que **el estado normal o de salud es un momento de armonía que por su carácter no puede siquiera ser definido**: sabemos qué es estar saludables porque al enfermarnos podemos entablar una diferencia cualitativa, es decir, sólo porque enfermamos podemos darnos cuenta qué es estar sanos; enfermarnos nos permite hacer una distinción entre un antes y un después. Atendiendo a las palabras de René **Leriche**: **si “la salud es la vida en el silencio de los órganos”**, sólo el ruido de la enfermedad nos llama la atención sobre nuestra propia salud y sobre la vida misma. Por lo tanto, *lo que distingue a lo normal de lo patológico no es un promedio, sino un valor biológico, un valor de carácter*

negativo para el ser vivo que se expresa de manera original.

Es el viviente el que se siente enfermo y es él quien ante esta situación crea nuevas normas de vida, es decir, no deja de desplegar su carácter normativo. Si *lo patológico* fuese simplemente una variación de grado, el regreso a la medida establecida como “normal” implicaría, en consecuencia, el retorno al estado de salud; sin embargo, tras una enfermedad el individuo ya no se experimenta a sí mismo como igual: *no hay regreso a la inocencia biológica*. En la práctica médica actual es común la localización de las enfermedades en órganos, tejidos, células e incluso genes; contrariamente a esto, **Canguilhem** muestra en su análisis que tal concepción tiene serias limitaciones, pues **la enfermedad no es algo que sólo afecte a las partes: su relación se da con el todo orgánico**. *Es en la polaridad de la vida, es decir, en la serie de debates enfrentados por el individuo con su medio, donde se establece lo que es o no normal.*

Es en la vida misma, en la conducta y desempeño de cada individuo, en sus posibilidades, limitaciones y la manera como los vivencia, donde cobran pleno sentido las categorías de lo normal y lo patológico: así, los procesos científicos quedan desfasados por la subjetividad. Desde esta perspectiva, nos encontramos ante dos puntos de vista que si bien convergen en la importancia que dan a la enfermedad y el papel que juega dentro de la vida del individuo, difieren de modo sustancial en su modo de abordaje: por una parte, la perspectiva cuantitativo-estadística que establece lo normal como lo más frecuente, calificando de anormal todo aquello que sale de tales parámetros; por otro, una visión que rechaza la concepción estadística de lo normal y la define como la capacidad del individuo para crear normas, es decir, crear parámetros individuales de relación con el medio **Canguilhem y Foucault: de la normatividad a la normalización** Mara Bacarlett.

GENEALOGÍAS DE LO BIOPOLÍTICO NORMALIDAD Y PATOLOGÍA EN EL «MOMENTO FOUCAULTIANO»-----EL PROBLEMA DEL CONTINUO ENTRE NORMALIDAD Y PATOLOGÍA EN LA CONCEPCIÓN POSITIVISTA (ESSAI SUR QUELQUES PROBLÈMES CONCERNANT LE NORMAL ET LE PATHOLOGIQUE, 1943) -----II. 3. 2. 2. LA ENFERMEDAD COMO INCREMENTO CUANTITATIVO DE LA NORMALIDAD FISIOLÓGICA: LA INTERPRETACIÓN COMTIANA DEL «PRINCIPIO DE BROUSSAIS» **Canguilhem** elige a Auguste Comte y a Claude Bernard como exposiciones paradigmáticas de la identidad de lo normal y lo patológico en el ámbito biológico, médico y psiquiátrico de la Francia decimonónica. **Comte** considera lo patológico para aprehender las leyes de lo normal, mientras que **Bernard** trata de identificar lo normal para deducir el modo de intervenir racionalmente en aras de restaurar la salud de un cuerpo enfermo. Desde esta variante, **el dogma de la identidad y de lo patológico se articula en dos principios** que Canguilhem someterá a discusión. Por un lado

PRIMERO la prioridad de la fisiología sobre la patología, que entiende los fenómenos patológicos como meras variaciones del comportamiento fisiológico normal. La fisiología determina los principios de los que se deriva toda terapéutica.

LA PATOLOGIA

VARIEDAD DE LO FISIOLÓGICO

SEGUNDO En segundo lugar, este paradigma positivista, en lugar de enfrentar la enfermedad como una experiencia o vivencia, se la representa como un experimento en el que la dinámica fisiológica, imperceptible en su curso normal (recordemos la sentencia de Leriche «la salud es la vida en el silencio de los órganos»), se torna manifiesta.

LA PATOLOGIA

COMO DINAMICA FISIOLÓGICA MANIFIESTA

En términos de Ernest Renan citados por Canguilhem, los fenómenos que, en este estado [el estado regular], se encuentran como borrados por su tenuidad, aparecen en las crisis extraordinarias de una manera más sensible por su exageración.

+ El físico no estudia el galvanismo en las pequeñas cantidades que presenta la naturaleza, sino que lo multiplica mediante la experimentación para estudiarlo con mayor facilidad, plenamente seguro, por otra parte, de que las leyes estudiadas en este estado exagerado son idénticas al estado natural [cursiva mía] 455 +

De este modo, la enfermedad es una experimentación instituida por medios naturales de los que el ser humano no dispone. Tal como expone Canguilhem en el primer capítulo del *Essai*, para Comte

« las enfermedades tienen que poder desempeñar, para el científico, el papel de experimentaciones espontáneas que permiten una comparación entre los diversos estados anormales del organismo y su estado normal» 456.

Esta tesis deriva de lo que el propio Comte denomina «**principio de Broussais**», en referencia François-Joseph Victor Broussais (1772-1838), a quien en filósofo positivista consideraba «como el fundador de **la patología positiva**, es decir, de la ciencia que relaciona las perturbaciones de los fenómenos vitales con la lesión de los órganos o de los tejidos» 457. El que, según Comte, fue **el logro de Broussais, consiste en subordinar la patología a la fisiología**, de modo que las enfermedades consistirían en realidad en el exceso o defecto de la excitación de los diversos tejidos por encima y por debajo del grado que constituye el estado normal 458 .

Es preciso recordar que *la metodología de Canguilhem* consiste en señalar las transformaciones conceptuales que hubieron de acontecer y los obstáculos que hizo falta superar para que un cierto enunciado científico fuera posible. (*medicina crítica, como es posible*) En este caso, Canguilhem señala que **la condición de posibilidad de tal continuidad** entre el estado patológico y el estado normal es la fisiología de Xavier Bichat, basada en la noción de «tejido» 459

. [...] la patología continuaba presentando la mayoría de las enfermedades más considerables como independientes de toda alteración en el estado normal de los órganos. Tales investigaciones no podían tener una gran influencia sobre la ciencia antes de que hubiese sido establecida la distinción fundamental entre los órganos y los tejidos, debida al genio de Bichat, puesto que es sobre todo mediante los tejidos, y no mediante los órganos, como las decisiones deben ser estudiadas. **El**

señor Broussais, partiendo de la anatomía general fundada por Bichat, ha creado la patología sobre sus verdaderas bases, haciéndola consistir en **el examen de las alteraciones de que son susceptibles los distintos tejidos**, y de los fenómenos que de ella resultan.

En el artículo sobre La teoría celular, Canguilhem constata la noción de «tejido» —frente a la de célula, que connota individualidad y aislamiento—, remite a una imagen de continuidad 461, [...] La célula, provista de su forma exagonal canónica, es la imagen de un todo encerrado en sí mismo. Pero el tejido es la imagen de una continuidad donde toda interrupción es arbitraria, donde el producto procede de una actividad siempre abierta sobre la continuación», G. Canguilhem. «La teoría celular», op. cit., pp. 71-2. motivo por el cual su implementación fue clave para esta concepción del continuo entre la normalidad fisiológica y el estado patológico.

Esta transformación interna al discurso patológico, permitió un cambio de paradigma respecto a «la patología que continuaba presentando la mayoría de las enfermedades más considerables como independientes de toda alteración en el estado normal de los órganos». Comte reconoce que la representación de la patología como una variación cuantitativa y, por lo tanto, continua de lo normal, «es debida al genio de Bichat, puesto que es sobre todo mediante tejidos

y no mediante los órganos, como las lesiones deben ser estudiadas»462.

Al fundar la patología en el examen de las alteraciones de las que son susceptibles los tejidos, las enfermedades anteriormente catalogadas se revelaron como meros síntomas 463.

Siendo así, **el «principio de Broussais»** propiamente dicho sostendría que «toda modificación del orden real, sea ésta artificial o natural, **se refiere solamente a la intensidad de los respectivos fenómenos** [...]. A pesar de las variaciones de grado, los fenómenos conservan siempre la misma disposición y todo cambio de naturaleza propiamente dicho, es decir, de clase, debe ser reconocido como contradictorio» 464

. En suma, si antes de Broussais las leyes del estado patológico eran diferentes a las que gobiernan el estado normal, a partir de su aportación «los fenómenos de la enfermedad coinciden esencialmente con los de la salud, de los que difieren solamente por el grado de intensidad»465.

En razón de ello, si se conviene en admitir que lo esencial en la experimentación no es la intervención artificial del investigador en el curso del fenómeno, sino más bien la comparación entre un fenómeno testigo y un fenómeno alterado, las enfermedades pueden desempeñar el papel de experimentos espontáneos que permiten una comprensión del estado normal del organismo a partir de la manifestación de su estado anormal. «Por consiguiente, toda concepción de la patología tiene que apoyarse sobre un conocimiento previo del estado normal respectivo; pero, a la inversa, el estudio científico de los casos patológicos se convierte en un momento indispensable de toda investigación de las leyes del estado normal»466.

Dada la identidad cualitativa entre el estado normal y el patológico, el interés en el estudio de las enfermedades que Comte muestra en la 40ª Lección del Cours de philosophie positive, se debe a que las considera el vehículo para una comprensión de una normalidad que, de otro modo, se sustrae a la experiencia

Medicina basada en la evidencia: una aproximación

epistemológica Daniel Eduardo Henao¹, Fabián Alberto Jaimes² Grupo Reproducción, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Grupo Académico de Epidemiología Clínica (GRAEPIC), Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Recibido:16/06/08; aceptado:13/11/08

La propuesta de la medicina basada en la evidencia conjuga la experiencia del clínico con el análisis juicioso de los resultados de investigaciones clínicas de excelente calidad metodológica para la toma de decisiones médicas. Esta propuesta ha sido ampliamente divulgada por los líderes de opinión médica. Sin embargo, contrario al gran número de publicaciones que promueven esta práctica, no se evidencia en la literatura médica un espacio de discusión acerca de las implicaciones epistemológicas que ha tenido la implementación de esta práctica en el acontecer cotidiano del acto médico. La propuesta novedosa de la medicina basada en la evidencia consiste en priorizar las decisiones médicas de acuerdo con la disponibilidad del conocimiento como resultado de los estudios científicos.

Presentamos en **este ensayo algunas reflexiones sobre la inconveniencia de la importación “ciega” del método científico de las ciencias exactas a la ciencia clínica**, que es la principal fuente de evidencia para el médico, **además de lo inadecuado de definir los estados de salud y enfermedad como continuos numéricos homogenizados por una escala de medición**. Finalmente, proponemos que el reconocimiento del ser humano enfermo como sistema complejo, único e irrepetible, definido a su vez por su devenir y su

contexto, nos obliga a reconocer que la propuesta de *la medicina basada en la evidencia no es universal ni absoluta*. Sólo en la medida en que dichas particularidades se tengan en cuenta, estaremos en capacidad de brindar una atención más idónea a nuestros pacientes.

El acto médico se encuentra en la encrucijada de varias disciplinas científicas. La medicina se ha nutrido tradicionalmente del conocimiento producto de ciencias como la biología, la química y la física, para apoyar las decisiones clínicas respecto al cuidado de los enfermos. *Aunque es clara la relación que existe entre la medicina y las ciencias denominadas "exactas" por su carácter cuantitativo, es también innegable cada acto médico se desarrolla en un contexto sociocultural*. Lo anterior dota a esta actividad humana de un profundo contenido sociológico y le da validez a aquella expresión que afirma que *la medicina es arte y ciencia*.

El modelo médico tradicional resulta del análisis juicioso de la enfermedad de cada paciente que, en el primer momento, utiliza el conocimiento de la ciencia biomédica para determinar el diagnóstico del enfermo y las causas fisiopatológicas que subyacen al mismo, y posteriormente, procede a tomar una decisión terapéutica que sea consecuente con el diagnóstico realizado. Si bien la medicina y el quehacer de un médico están soportados en un cuerpo de conocimientos provenientes de las ciencias básicas biomédicas, *desde hace algún tiempo se ha introducido un debate sobre la necesidad de una ciencia médica "propia"* (1); esto es, de una disciplina científica que tenga que ver necesariamente con los problemas a los que un médico se ve enfrentado en su práctica cotidiana, ya que frecuentemente dichos problemas escapan al alcance del conocimiento básico producto de esas otras ciencias. *Respecto a este debate, ha surgido la medicina basada en la evidencia como una respuesta a las necesidades de los médicos de contar con conocimientos derivados de una disciplina científica directamente relacionada con su quehacer diario* (1).

En un apasionado artículo publicado en 1992 en el *Journal of the American Medical Association* (1) por el denominado *Evidence-Based Medicine Working Group* de *McMaster University* en Canadá, se esbozaron los planteamientos de lo que los autores pronosticaron sería un nuevo paradigma en la práctica clínica.

En palabras de uno de sus impulsores más importantes

"La medicina basada en la evidencia es el uso juicioso, explícito y consciente de la mejor evidencia disponible para el cuidado del paciente individual. Su práctica integra la experiencia clínica personal con la mejor evidencia clínica proveniente de estudios clínicos de la mejor calidad metodológica" (2).

Estas nociones resultan en una interesante propuesta para los clínicos en su ejercicio diario. Sin embargo, la introducción de una nueva forma de llevar a cabo el ejercicio médico resulta en un punto de inflexión respecto a lo tradicionalmente planteado (3), lo cual genera serias resistencias por parte de aquéllos que encuentran en la manera tradicional la forma idónea de cuidar a los enfermos.

Debe anotarse que el surgimiento de la medicina basada en la evidencia no es fortuito ni responde a la inspiración genial de un grupo de sujetos. Su aparición está soportada por un contexto social que permitió e influyó sus

planteamientos principales. La última década del siglo pasado fue testigo de numerosos avances científicos, entre los que se cuentan los de las denominadas ciencias duras. Así, no es de extrañar que la práctica médica se dejara contagiar por el agitado impulso de la formulación de leyes matemáticas para explicar los fenómenos naturales. Claramente, este “contagio” se observa cuando se propone que un componente principal y una diferencia fundamental entre el modelo médico tradicional y la medicina basada en la evidencia es que esta última provee al médico herramientas matemáticas que le permiten explicar situaciones clínicas cotidianas de manera más precisa (4). Por ejemplo, hoy se puede afirmar con cifras la probabilidad de eventos convulsivos futuros en un paciente de 40 años previamente sano quien presenta un episodio de convulsiones tónico-clónicas generalizadas por primera vez. Esta capacidad, que ofrece la medicina basada en la evidencia, proviene del análisis juicioso de varios estudios clínicos. Por el contrario, con el modelo médico clásico, no hubiera sido posible afirmar esto numéricamente ya que la decisión acerca del pronóstico del paciente hubiera estado sustentada en la experiencia del médico tratante y en la eventual opinión de un reconocido experto en el tema.

Uno de los pilares fundamentales en los que está cimentada la medicina basada en la evidencia es la evidencia clínica externa. Es decir, los estudios clínicos experimentales se convierten en una invaluable fuente de información para la práctica clínica. Sin embargo, surge la inquietud acerca de qué hacer cuando no se pueden llevar a cabo experimentos clínicos, sea por cuestiones éticas o limitaciones puramente técnicas, para solucionar preguntas clínicas relevantes. El uso de la “mejor evidencia disponible” referida única y exclusivamente a los ensayos clínicos con asignación aleatoria, es una de las principales limitaciones planteadas a la medicina basada en la evidencia; se argumenta, entre otras razones, que la evidencia revelada en estos estudios se hace con base en grupos de pacientes y no especifica o no permite precisar con exactitud la aplicación de los resultados a los pacientes individuales (5).

Por otra parte, los ensayos clínicos con asignación aleatoria generalmente responden a preguntas de tratamiento y, por lo tanto, se ofrece evidencia mucho más limitada para otras preguntas clínicas relevantes como las de diagnóstico, pronóstico y causalidad (6). La propuesta de usar el método científico para sustentar las decisiones terapéuticas de un paciente ha sido una premisa irrefutable para la medicina occidental, por lo que los planteamientos de la medicina basada en la evidencia han sido bien recibidos por la comunidad médica en general. No obstante, las principales críticas de este modelo se han enfocado en la descalificación por parte de sus seguidores del modelo médico tradicional (7) o en la dudosa intención científica de algunos investigadores que llevan a cabo ensayos clínicos con asignación aleatoria con fines puramente lucrativos (8). Ocasionalmente, las críticas se refieren a las limitaciones metodológicas inherentes a la propuesta (9) pero, a pesar de la extensa correspondencia (10-18), no se ha planteado formalmente una discusión acerca de los alcances epistemológicos de la medicina basada en la evidencia. Lejos de radicalizar el discurso acerca de si es buena o mala, ni mucho menos tratar de sentar posiciones irreconciliables acerca de la misma, debe hacerse un debate juicioso sobre las bondades y limitaciones que ofrece esta nueva propuesta y, por supuesto, debe reconocerse su papel en el contexto de los avances hechos por el modelo médico tradicional. Probablemente, de la armoniosa convivencia de ambos modelos emergerán herramientas valiosas para el cuidado de los enfermos.

Una pregunta fundamental después del advenimiento de la medicina basada en la evidencia es acerca de la implementación y aceptación de este modelo en la práctica clínica cotidiana. A este respecto, se han llevado a cabo estudios descriptivos (19,20) en los cuales se ha demostrado que más del 80% de los tratamientos suministrados a los pacientes admitidos a unidades médicas universitarias y suburbanas están basados en evidencias provenientes de ensayos clínicos con asignación aleatoria o, en su defecto, de otro tipo de estudios clínicos de naturaleza no experimental.

Aunque los resultados de estos estudios suscitaron controversias respecto a su diseño metodológico (21,22), nunca se planteó por parte de los autores ni de los lectores el verdadero impacto clínico que tuvieron los tratamientos basados en la evidencia; es decir, **nunca se cuestionó si en la vida real de la práctica cotidiana el desenlace clínico de los pacientes que recibieron tratamiento basado en evidencia científica, al igual que en los pacientes de los ensayos clínicos con asignación aleatoria, era mejor que el de aquéllos cuyo tratamiento no estaba sustentado en resultados derivados de la evidencia experimental.**

La medicina basada en la evidencia nos pone de manifiesto una oportunidad valiosa para dilucidar problemas médicos cotidianos mediante el método científico; sin embargo, cuando no se reconocen las limitaciones inherentes a la complejidad biológica-social de los pacientes y las limitaciones de la supuesta validez universal del método científico, se puede caer en el desafortunado evento de considerar y ejercer esta práctica como un absurdo dogma.

En este ensayo se hace una reflexión crítica sobre el quehacer del investigador y sus métodos, y de este modo se pretende reconocer las limitaciones propias del método de la medicina basada en la evidencia. Se discuten las siguientes consideraciones:

la influencia de los métodos utilizados en la física y la química sobre la investigación biomédica básica y aplicada, y las profundas implicaciones que esto ha tenido en el desarrollo y la producción de conocimiento;
las implicaciones de los conceptos de lo normal y lo patológico o de la salud y la enfermedad utilizados frecuentemente en el quehacer del investigador clínico, y las consecuencias que éstos tienen sobre la terapéutica practicada por el médico cotidianamente.

Y, finalmente, algunas conclusiones de las posibles repercusiones que puedan tener los dos puntos anteriormente planteados sobre la medicina basada en la evidencia propiamente dicha y sobre el acontecer terapéutico ordinario de un médico tratante.

Importación del modelo empírico-analítico tradicional a la práctica médica

¿Pueden los fenómenos biológicos tratarse matemáticamente? ¿Existen leyes que expresen matemáticamente los fenómenos biológicos y clínicos relacionados con los pacientes?

Según Bichat (23), **la inestabilidad e irregularidad son características de los fenómenos vitales**; por lo tanto, **hacerlos entrar por la fuerza dentro del marco rígido de las relaciones métricas significa desnaturalizarlos**. Reconocer la complejidad inherente al objeto de estudio de la biología y de la medicina basada en la evidencia en particular, es un punto de partida para un uso más idóneo de la misma en la práctica clínica.

Sin duda alguna, el cuerpo de conocimientos derivado del método empírico-analítico ha sido excepcional en la última mitad del siglo XX, y podríamos afirmar que **la física y la química lograron dar un paso adelante** respecto al conocimiento del comportamiento de la materia inerte. Del mismo modo, **la biología molecular ha tenido avances considerables en relación con el entendimiento** de los seres vivos. Así, **la formulación matemática de las leyes que dieron cuenta de los fenómenos observados experimentalmente se constituyó como el gran logro del método científico** durante el siglo XX.

Sin embargo, otro logro significativo del método científico durante el pasado siglo fue **el reconocimiento de la incertidumbre y la no linealidad del comportamiento de la materia viva respecto al contexto donde se desenvuelve**. La introducción y el reconocimiento del contexto es fundamental, ya que supedita las leyes que determinan el comportamiento de la vida al medio donde ella se organiza, lo que obliga a **reconocer que las múltiples formas de relación de la materia viva con el contexto donde se desenvuelve le permiten desplegar variados patrones de comportamiento durante su devenir y, por lo tanto, la reproducibilidad planteada por la ciencia clásica no es posible en todos los casos**. De lo anterior se desprende que **la incertidumbre es inherente al objeto de estudio y no es un problema que deba ser resuelto por el método mismo**.

La optimización de las formas de medición no garantiza el comportamiento lineal y predecible del fenómeno estudiado. Los planteamientos de la mecánica cuántica son el reflejo de la preocupación de los físicos sobre estas consideraciones, que tiene implicaciones importantes para la biología y la ciencia clínica. **La multiplicidad de las relaciones, de sus componentes, los múltiples patrones de evolución y la sensibilidad a las condiciones iniciales, son características comunes a los sistemas complejos** (24), entre los cuales se inscribe la materia viva. Por lo tanto, el estudio sistemático de lo humano, aun del ser humano enfermo, debe tener en cuenta esto. **El humano, como sistema complejo, opera como una totalidad incluyente que responde congruentemente a los cambios del contexto que éste le propone y está lejos de enmarcarse dentro de un escrutable cuerpo de leyes universales, rígidas e inmodificables**.

Por el contrario, la armoniosa relación del ser vivo con su entorno depende de las variadas y novedosas formas de respuesta que éste posee. Así, pues, **la no universalidad de las leyes físicas y la complejidad inherente a la materia viva** y, en consecuencia, al ser humano, están lejos de ser meras críticas eruditas y deben ser elementos indispensables que se deben tener en cuenta cuando se realiza investigación biomédica y, más aún, investigación clínica. Por lo tanto, **la formulación matemática de fenómenos biológicos y clínicos debe estar supeditada al contexto donde se originaron y así deben ser interpretados**.

El conocimiento derivado de las investigaciones es muy útil para la práctica; sin embargo, los términos cuantitativos y estadísticos producto de los estudios clínicos no determinan completamente el contexto clínico del paciente; y la condición de enfermedad y la necesidad terapéutica no dependen exclusivamente de las mediciones métricas, aunque valiosas y necesarias, sino del análisis juicioso que no excluya los factores biológicos, psicológicos y sociales del paciente que no siempre pueden cuantificarse. **Resulta tan equivocado afirmar que la experimentación clínica es innecesaria como que el cuidado de los pacientes depende únicamente de un conjunto de leyes invariables y fuera de contexto**. En este caso, es necesario reconocer que el alcance de la medicina basada en la evidencia posee ciertas limitaciones.

Para **Comte** (25), una experimentación cualquiera está destinada siempre a descubrir de acuerdo con qué leyes cada una de las influencias determinantes o modificadoras de un fenómeno participan en su realización; y en general, **un experimento consiste en introducir en cada condición identificada un cambio bien definido, con el objeto de apreciar directamente la respectiva variación del fenómeno mismo.**

Imaginemos, de esta forma, un experimento clínico en el cual se trata de comparar un grupo de pacientes en tratamiento con un medicamento antihipertensivo contra un grupo control tratado con placebo, respecto al desarrollo de complicaciones de la hipertensión arterial cuantificadas por el número de ingresos hospitalarios con este diagnóstico en cada grupo. Así tenemos, **según Comte**, **un experimento que tratará de descubrir las leyes que determinan cómo la introducción de un medicamento puede modificar la historia natural o el curso clínico de una enfermedad.** Un paso inicial para llevar a cabo dicha investigación es la elección de los pacientes, es decir, a quién considerar hipertenso y a quién no; y en este punto se determinan los criterios de inclusión que definirán la muestra para el experimento. Aquí está el primer escollo que debe resolver el investigador, ya que debe conocer o tener a la mano una herramienta que le permita **discernir sobre la naturaleza de cada uno de los pacientes, que le permita conocer quién está enfermo y quién no.** Por lo tanto, **la pregunta por resolver es ¿qué es la hipertensión arterial?, ¿quiénes padecen de esta enfermedad?** Para resolverla, actualmente se cuenta con la definición del *Joint National Committee 7* (26) que dice que **hipertenso es aquél que tenga una presión arterial mayor o igual a 140/90 mm Hg. Sin embargo, ¿todo aquel que tenga cifras de presión arterial por encima de este límite está necesariamente enfermo?, ¿la mera desviación de la norma expresada en términos numéricos explica la hipertensión arterial?**

El aumento de la resistencia vascular periférica que se refleja clínicamente en cifras tensionales aumentadas, es necesario para que exista hipertensión arterial; sin embargo, un aumento de esta resistencia no es suficiente para explicar la hipertensión arterial como enfermedad. Este aumento en la resistencia vascular, y las consecuentes cifras de presión arterial elevadas, operan como factores desencadenantes de un proceso de organización sistémico que eventualmente resulta en lo que denominamos hipertensión arterial esencial. Por lo tanto, **el aumento en las cifras de presión arterial es una causa necesaria pero no suficiente para el desarrollo de la enfermedad.** Es fundamental tener en cuenta otros factores que confluyen para el desarrollo de la enfermedad y el cómo ésta se manifiesta clínicamente, así como conocer y reconocer los nuevos eventos biológicos que subyacen en el enfermo. La afirmación de que nuevos eventos ocurren en el enfermo nos centra en uno de los pilares fundamentales de esta discusión: **el reconocimiento de la enfermedad como un comportamiento novedoso durante el devenir de un ser humano admite una diferencia cualitativa respecto al comportamiento normal y, por lo tanto, niega que estos eventos sean hechos continuos que se pueden representar simplemente como una homogeneidad numérica.** Para ampliar esta discusión es necesario reflexionar sobre las nociones de salud y enfermedad o, de otra forma, acerca de lo normal y lo patológico.

Acerca de lo normal y lo patológico: implicaciones en la medicina basada en la evidencia

¿Es la enfermedad una alteración cuantitativa de la salud?

Esta preocupación no es reciente y es el argumento principal de la tesis doctoral del filósofo francés Georges Canguilhem titulada “Lo normal y lo patológico” (27). Las reflexiones generadas sobre este tema nos remontan a los principios planteados por Comte, quien tomando como referencia **el modelo de irritación propuesto por Broussais**, afirma:

“De acuerdo con el principio eminentemente filosófico que de ahora en adelante constituye la base general y directa de **la patología positiva** –y cuyo establecimiento definitivo debemos al genio audaz y perseverante de nuestro ilustre conciudadano, el señor Broussais–, **el estado patológico no difiere en absoluto radicalmente del estado fisiológico**, con respecto al cual **sólo podría constituir, en cualquier aspecto, una mera prolongación más o menos extensa de los límites de variación** ya sea inferiores ya superiores, propios de cada fenómeno del organismo normal **sin producir nunca fenómenos verdaderamente nuevos** que, en determinado grado, ya no tuvieran en absoluto análogos meramente fisiológicos” (23).

La homogeneidad que expresa en términos numéricos el continuo entre la salud y la enfermedad es el corolario del argumento planteado por Comte. No obstante, resulta llamativo cómo este filósofo nunca ilustró sus planteamientos con un caso médico real que permitiera materializar dicha proposición.

Dos **objeciones** surgen a partir del argumento anteriormente planteado. La primera es **cómo se determina el comportamiento normal** o, en nuestro caso particular, **cómo se define el estado de salud**. Supongamos que se quisiera determinar el comportamiento normal de la presión arterial en un grupo de hombres en edades entre 18 y 40 años, residentes en un país industrializado, previamente sanos y que asisten a un chequeo médico laboral de rutina. Estos pacientes se ingresan en un programa de seguimiento para determinar cuál es el comportamiento normal de sus cifras de presión arterial. Después de dos años de seguimiento periódico se logra establecer **el valor promedio de presión arterial** para estos individuos. **La interpretación inicial de este hallazgo podría ser que el resultado del comportamiento promedio de la presión arterial resulta en la norma** para los hombres entre 18 y 40 años edad. Sin embargo, **si reconocemos que el contexto es un factor determinante para el devenir de cualquier sistema, solamente podríamos decir que este valor sería válido para los sujetos que participan en dicho estudio.**

En este sentido, es muy oportuna la reflexión que **Claude Bernard** hace respecto a la aversión que tiene a la expresión de todo resultado biológico analítico o experimental como promedio. Él afirma que **la utilización de los promedios hace que desaparezca el carácter esencialmente oscilatorio y rítmico del fenómeno biológico funcional** (28). Aunque la expresión del promedio de una variable fisiológica puede resultar útil si se utilizan las herramientas matemáticas adecuadas que tengan en cuenta las oscilaciones de éste, **el problema de cuándo considerar un comportamiento anormal no queda resuelto.**

Imaginemos que el resultado de dicho valor promedio de la presión arterial media es 90 ± 10 mm Hg, y que éste denota el comportamiento normal de esta población. Si en este grupo de población se encontrara una persona con cifras de presión arterial media mayor de 110 mm Hg sin ninguna queja y aun si después de varios años de seguimiento registra cifras elevadas respecto a esta norma, ¿podríamos considerarlo enfermo o se necesita un contexto que soporte esta categoría?

El siguiente ejemplo, aunque coloquial, resulta ilustrador. Durante una cena dos amigos se comen en promedio 5 panes cada uno; por lo tanto, se supondría que ninguno de los dos tiene hambre. Pero esto puede resultar engañoso ya que uno de ellos se comió diez panes y el otro ninguno. Ambos están experimentando situaciones cualitativamente diferentes que los ponen en dos categorías que no pueden homogenizarse numéricamente y que, además, son novedosas. La saciedad no encuentra su definición en la ausencia de hambre, como la salud no lo hace con la ausencia de la enfermedad. Por lo tanto, **la interpretación fuera de contexto de un valor numérico no indica una alteración de lo normal**, ni mucho menos la presencia o ausencia de una enfermedad; **es necesario interpretar otros factores influyentes que no son necesariamente de naturaleza cuantitativa**. Luego, **la definición de normal** que no resuelve Comte en su premisa sobre la patología positiva no responde solamente a un valor numérico, ya que la desviación del promedio no necesariamente indica un comportamiento anormal o patológico.

Por otra parte, surge una **segunda inquietud respecto al planteamiento mencionado por Comte. Si todos los fenómenos patológicos tienen su equivalente fisiológico**, uno se atreve a preguntar qué tienen de similar un paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida respecto a un paciente sano, ¿acaso la diferencia cuantitativa en el recuento de linfocitos CD4+ explica la impresionante e impredecible adaptación micro-biológica que sucede en los pacientes con esta enfermedad?

El desarrollo de otras enfermedades podría ilustrar esto. En el caso de la tuberculosis es bien conocido cómo la infección con *Mycobacterium tuberculosis* no garantiza la aparición de la enfermedad; es necesario que ocurra una nueva forma de organización sistémica que aparece a favor de la aparición de ésta. Cabe anotar que **las nuevas formas de organización dependen del devenir propio del sistema y de innumerable cantidad de variables conocidas y desconocidas; por lo tanto, el efecto** (aparición de la tuberculosis) **desencadenado por el estímulo** (presencia de *M. tuberculosis*) **es impredecible**. Es necesario que existan dos estados de organización diferentes que soporten la aparición o ausencia de la enfermedad.

Así, con las evidencias con las que se cuenta actualmente, se reconoce claramente cómo la enfermedad, lo patológico o lo anormal son hechos que se definen por sí mismos y no en términos de la salud, lo fisiológico y lo normal, respectivamente. Como hemos reconocido anteriormente, en su surgimiento los discursos científicos no están exentos de las influencias sociales. Hay que tener en cuenta que en el siglo XIX la fisiología ya era considerada como una ciencia; así, la prolongación de la patología como una extensión de ésta le brindaba herramientas científicas que les permitían a los médicos sustentar el equipamiento terapéutico.

Por el momento, se han dimensionado los aspectos que tienen que ver con el comportamiento complejo inherente a lo biológico y a la organización compleja que genera una enfermedad; sin embargo, **para la referencia a la enfermedad se hace prioritario tener en cuenta lo humano propiamente**. La salud, dice Leriche, es la vida en el silencio de los órganos y, por el contrario, la enfermedad es aquéllo que molesta a los hombres en el normal ejercicio de su vida y en sus ocupaciones y, sobre todo, aquéllo que los hace sufrir (29). Si miramos con detalle esta proposición, podríamos aun afirmar que la propuesta de Comte es insuficiente en cuanto que el dolor y el sufrimiento experimentados por una persona enferma no tienen equivalentes en la salud ni en lo normal. **EI**

reconocimiento de la enfermedad como una novedosa forma de organización biológica y el reconocimiento de la experiencia deletérea que ésta representa para aquél que esté enfermo, **permitirán dimensionar al humano enfermo como tal y no como el resultado promedio de mediciones métricas.**

Consideraciones finales

La medicina es una práctica humana que trata varios de los temas más trascendentales para el ser humano: la enfermedad y la muerte. En éstas se identifica **el sufrimiento** como común denominador y, por lo tanto, es comprensible que de esta práctica se ocupen discursos de diversa naturaleza. Al poner en contexto los planteamientos explicados en este escrito, es necesario reconocer que lo discutido está en relación exclusivamente con el desarrollo de la sociedad occidental, y consecuentemente, lo aquí planteado se circunscribe a su dinámica propia.

El conocimiento de la naturaleza, producto de la actividad de la ciencia y como discurso insigne de esta sociedad, ha resultado en progresos tecnológicos inimaginables. Los avances en telecomunicaciones, informática y medios de transporte son evidentes; sin embargo, **los avances producidos respecto al entendimiento de otra clase de fenómenos, como la enfermedad, el dolor y las dinámicas sociales, no es tan evidente: ¿en qué radica tan abismal diferencia? El método científico utilizado para producir conocimiento es invariable independientemente del objeto estudiado; por esto, las limitaciones del conocimiento en los fenómenos mencionados parecieran estar en relación con las características de los mismos y no en el método, ya que éste es el mismo en todos los casos.**

Hay que puntualizar que algunos fenómenos propios de la materia inerte son relativamente sencillos en términos de su dinámica lineal y reduccionista, pero lo contrario ocurre con los fenómenos propios de otras formas de organización de la materia. **En la medida en que la materia va cambiando sus niveles de organización, las características de las interacciones que rigen su comportamiento se van haciendo más complejas.** De esta forma, el comportamiento de un cuerpo inerte pero en movimiento puede predecirse con un margen de incertidumbre muy estrecho, mas no ocurre así con la dinámica celular o social.

Es por esto que **debe llamarse la atención respecto a la pretensión de predicción y manipulación lograda con fenómenos naturales con niveles de organización simples, con respecto a fenómenos más complejos.** No es suficiente ni apropiado utilizar el mismo método usado por la física y la química en el estudio de problemas clínicos. La formulación de leyes en física y química ha ayudado a dilucidar grandes problemas a la humanidad, pero hay que reconocer que el nivel de organización de la materia viva demanda una nueva formulación de "leyes" que tengan en cuenta la complejidad inherente a la vida misma y a lo humano. Por otra parte, **el intentar permear los conceptos emanados de una disciplina exacta a otra cuyo objeto de conocimiento es más complejo debe mirarse con cautela;** por lo que el lenguaje matemático utilizado por la física para la explicación precisa de sus fenómenos no debería convertirse en el objetivo más importante de las ciencias de la vida, ni de la medicina basada en la evidencia.

El reconocimiento de esta limitación de los métodos utilizados por la física y la

química, para efectos de la comprensión de los fenómenos biológicos, debe alentarnos a indagar sobre las causas reales que generan el comportamiento caótico, impredecible y algunas veces desconcertante de los seres vivos, y muy especialmente del ser humano en condición de enfermedad. **Si aceptamos que el enfermo es más que una alteración cuantitativa de la norma y reconocemos en éste un sistema biológico complejo que manifiesta su comportamiento sistémico cualitativamente diferente a través de lo que denominamos enfermedad**, entenderemos las limitaciones reales de algunos experimentos clínicos.

El planteamiento inicial de la medicina basada en la evidencia como una novedosa herramienta para sustentar las decisiones clínicas en cada paciente no desconoce la habilidad ni la experiencia previa del clínico; por lo tanto, **el análisis juicioso de los resultados de los estudios conjugado con la experiencia del médico sería lo ideal para una práctica médica idónea**. Sin embargo, es necesario también reconocer y actuar como médicos sobre el caso bastante frecuente de las preguntas clínicas sin respuesta, o con respuestas insuficientes o inadecuadas, en la evidencia experimental de la investigación clínica.

Igualmente, se presume que las decisiones clínicas sustentadas en argumentos científicos deben resultar en mayores y mejores beneficios para los pacientes; sin embargo, y siguiendo la misma lógica planteada por la medicina basada en la evidencia, esto no se ha demostrado por medio de la evidencia empírica que brinda una investigación clínica. Por lo tanto, **la justificación de invertir esfuerzo y recurso humano en estudios que pretenden resolver preguntas clínicas, está basada en un supuesto especulativo y no en un argumento científico**.

Con los planteamientos en este escrito queremos suscitar este interrogante y advertir acerca de la necesidad de responderlo. **El acto médico requiere un ejercicio intelectual demandante, en el cual el profesional debe tener en cuenta tres principios rectores: que su experiencia le brinda herramientas muy valiosas en el abordaje de los problemas clínicos, que existe un cuerpo conceptual proveniente del discurso de la medicina basada en la evidencia acerca de las pruebas disponibles para resolver esos problemas, que las falencias inherentes a los dos anteriores pasan por el hecho irrefutable de que interactuamos con seres humanos únicos, particulares e irrepetibles**. Finalmente, todo esfuerzo merece la pena cuando se trata de solucionar las angustias de un ser humano enfermo.

Conflicto de intereses

Los autores declaramos que no existen conflictos de intereses que puedan afectar los conceptos emitidos en este manuscrito.

Financiación

Para la elaboración de este ensayo, Fabián Jaimes dispuso del tiempo de la jornada laboral como profesor de la Universidad de Antioquia. El estudiante de medicina Daniel Henao no recibió financiación de ningún tipo.

Correspondencia: Daniel Eduardo Henao, Carrera 53 N° 61-30, Sede de Investigación Universitaria, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Teléfono: (574) 219 6685; fax: (574) 219 6470

Referencias

1. **Evidence-Based Medicine Working Group.** Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. JAMA. 1992;268:2420-5.
2. **Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS.** Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ. 1996;312:71-2.
3. **Marshall T.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995; 346:1171-2.
4. **Rosenberg W, Donald A.** Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. BMJ. 1995;310: 1122-6.
5. **Sackett D.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995;346:1171.
6. **Feinstein AR, Horwitz RI.** Problems in the "evidence" of "evidence-based medicine". Am J Med. 1997;103:529-35.
7. Evidence-based medicine, in its place. Lancet. 1995; 346:785.
8. **Grahame-Smith D.** Evidence based medicine: Socratic dissent. BMJ. 1995;310:1126-7.
9. **Sleigh JW.** Evidence-based medicine and Kurt Godel. Lancet. 1995;346:1172.
10. **Aveyard P.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995; 346: 840.
11. **Bradley F, Field J.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995;346:838-9.
12. **Chagla LS, McCulloch PG.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995;346:839-40.
13. **Fowler PB.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995; 346:838.
14. **Haynes B.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995;346: 1171.
15. **Iggo N.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995;346:839-40.
16. **Morgan WK.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995; 346:1172.
17. **Shahar E.** Evidence-based medicine. Lancet.1995;346: 1172.
18. **White KL.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995;346: 837-8.
19. **Ellis J, Mulligan I, Rowe J, Sackett DL.** Inpatient general medicine is evidence based. A-Team, Nuffield Department of Clinical Medicine. Lancet. 1995;346:407-10.
20. **Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE.** Evidence based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. BMJ. 1996;312:819-21.
21. **Hughes J.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995;346:839-40.
22. **Norman G.** Evidence-based medicine. Lancet. 1995;346:1300.

23. **Canguilhem G.** Augusto Comte y el “principio de Broussais”. En: Lo normal y lo patológico. Primera edición. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 1971. p. 25-41.
24. **Burgos L.** Introducción a la nueva biología. Primera edición. Medellín: Biogénesis; 2003.
25. **Hubert R.** Brevarios del pensamiento filosófico “Comte”. Primera edición. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1943.
26. **Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, et al.** The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: the JNC 7 report. JAMA. 2003;289:2560-72.
27. **Canguilhem G.** Lo normal y lo patológico. Primera edición. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 1971. p. 83-113.
28. **Canguilhem G.** Claude Bernard y la patología experimental. En: Lo normal y lo patológico. Primera edición. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 1971. p. 41-62.
29. **Canguilhem G.** Las concepciones de R. Leriche. En: Lo normal y lo patológico. Primera edición. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 1971. p. 63-71.

FILOSOFÍA Y DOLOR

Juan Manuel González Miranda.

Aquello particular que emerge de la mano de quien se acerca al médico buscando curación, es la fuente a partir de la cual la propia medicina aprende. En esta idea yace un postulado filosófico y epistemológico: “la tarea específica del hombre ha revelado ser la invención y renovación de tareas cuyo ejercicio requiere a la vez aprendizaje e iniciativa, en un medio modificado por los propios resultados de ese ejercicio”¹

la cura no es un retorno o restauración de lo natural, es un evento entre el profesional y el paciente en el que la naturaleza ocupa un papel ambiguo: impone algo, pero a la vez

1 Debru, Claude (2004), *Georges Canguilhem, Science et no science*, Paris, Éditions Rue d’Ulm.

está comandada por la conciencia del paciente. Y si el individuo y la subjetividad están en el centro, la curación no puede ser algo objetivo ni, mucho menos, total; estriba más bien en la apreciación subjetiva.²

Que es la cura de 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 que está sano de otro modo que diciendo que está *aparentemente* bien." 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." 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". 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, el epistemólogo 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."

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 objeto de la cura. 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."

2CAPONI, S.: 'Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2):287-307, jul.-out. 1997.

Y es cierto, "Por lo tanto, que hay medicina ante todo porque los hombres se *sienten* enfermos. Sólo secundariamente, los hombres, porque hay una medicina, *saben* que están enfermos." Cuando el enfermo pierde el valor supremo de la salud que, para Canguilhem, consiste en la aprobación consciente de una capacidad de sobrepasar las capacidades iniciales. Lecourt (p. 44); y si se pierde esto, viene un desarreglo en todos los otros valores sobre el yo y sobre el mundo. En consonancia con lo anterior, Canguilhem establece un nuevo paradigma de la atención médica según el cual el médico no ha de estar subyugado por criterios epistemológicos, sino que tendrá que partir de la conciencia del enfermo sobre su enfermedad, conciencia que se manifiesta en la llamada al médico. Deben primar la conciencia sobre la ciencia y el encuentro médico-enfermo sobre las pruebas de laboratorio. Lecourt (p. 49). Por tanto, la curación no es un retorno o una recuperación de lo natural, es un evento entre el enfermo y el médico en el que la naturaleza desempeña un papel ambiguo: impone algo, pero a la vez está comandada por la conciencia del paciente. Lo decisivo es que en las nuevas condiciones se pueda aceptar una vida que tenga ante sus propios ojos suficiente calidad para ser vivida. Y es que si el individuo y la subjetividad están en el centro, la curación no puede ser algo objetivo ni total; estriba más bien en la apreciación subjetiva del sujeto³.

³ Dominique Lecourt, Georges Canguilhem, Presses Universitaires de France, París, 2008, 125 pp. (Col. Que sais-je).

Luego la insistencia aquí por sí ¿Es posible una pedagogía de la curación? Muestra que quien pretendiese hablar con pertinencia de la curación de un individuo, debería poder demostrar que, entendida esta como satisfacción a la expectativa del enfermo, esa curación es sin duda el efecto propio de la terapéutica prescrita, escrupulosamente aplicada. Ahora bien, semejante demostración es hoy más difícil de aportar que nunca, a causa de la utilización del método del *placebo*, de las observaciones de la medicina psicosomática, del interés otorgado a la relación intersubjetiva médico-enfermo y de la homologación que establecen algunos médicos entre el poder de su presencia y el poder mismo de un medicamento. En la actualidad, sabemos que tratándose de remedios, la manera de dar vale a veces más que lo dado.

En síntesis, se puede decir que, para el enfermo, la curación es lo que la medicina le debe, mientras que, hoy, y para la mayoría de los médicos, lo que la medicina debe al enfermo es el tratamiento mejor estudiado, experimentando y ensayado hasta el presente. Los medios no los fines. De ahí la diferencia que hacía el texto entre el médico y el curandero. Un médico que no cure a nadie no cesa, por derecho, de ser médico, ya que es habilitado por un diploma. A diferencia de Un curandero que no puede serlo sino de hecho, pues no se lo juzga por sus “conocimientos” sino por sus éxitos.

Para el médico y para el curandero, la relación con la cura es inversa. El médico está habilitado públicamente para pretender curar, mientras que es la curación, sentida y reconocida por el enfermo aun cuando sea clandestina, es lo que certifica el “don” de curandero en un hombre a quien su poder infuso le ha sido revelado por la experiencia de otros.

A diferencia de la óptica médica tradicional, para la cual la curación era efecto de un tratamiento causal cuyo interés estaba en sancionar la validez del diagnóstico y de la prescripción, y por lo tanto el valor del médico; en la óptica del psicoanálisis la curación pasaba a ser signo de **la capacidad, reconquistada por el paciente**, de poner fin él mismo a sus dificultades. La curación ya no era gobernada desde el exterior y pasaba a ser una iniciativa reconquistada, toda vez que ahora la enfermedad no se entendía como un accidente sino como un fracaso de conducta, o incluso como una conducta de fracaso.

La equiparación de la curación a una respuesta ofensiva-defensiva es tan profunda y originaria, que penetró el concepto mismo de enfermedad, entendida como reacción contra una intrusión violenta o un desorden.

La integridad orgánica fue una metáfora de la integración social antes de convertirse en materia para la metáfora inversa. De ahí la tendencia general y constante a concebir la curación como fin de una perturbación y retorno al orden anterior. En este sentido, curación implica reversibilidad de los fenómenos cuya sucesión constituía la enfermedad, y he aquí una modalidad de los principios de conservación o invariancia en los que se fundaron la mecánica y la cosmología de la época clásica.

Es indudable que la medicina pre fisiológica no ignoraba el entorno del organismo; pero no se buscaba conocer las circunstancias para saber en qué consistía la enfermedad, sino para saber ante que esencia de enfermedad se estaba y en qué tipo de terapéutica debía uno detenerse.

Pero el equilibrio aparente o el estado estacionario de semejante sistema abierto no excluye en absoluto su sumisión al segundo principio de la termodinámica, a la ley general de irreversibilidad y no retorno a un estado anterior. De ahora en más, todas las vicisitudes de un organismo, se trate de un organismo sano, enfermo o al que se considera curado, están afectadas por el estigma de la degradación. El médico no puede ignorar que ninguna curación es un retorno.

La imagen del médico hábil y atento de quien los enfermos singulares esperan su curación va siendo ocultada, poco a poco, por la de un agente ejecutor de las consignas de un aparato de Estado encargado de velar por el respeto del derecho a la salud reivindicado por todo ciudadano.

Los progresos de la higiene pública y el desarrollo de la medicina preventiva se sustentaron en los éxitos espectaculares de la quimioterapia, fundada en los primeros años del siglo XX por las investigaciones de Paul Ehrlich sobre la imitación artificial del proceso natural de inmunidad. El antibiótico no solo suministró un medio de curación, sino que transformó el concepto mismo de esta última al transformar la esperanza de vida. La evaluación estadística de los logros terapéuticos introdujo en la apreciación de la curación una medida objetiva de su realidad. Así pues, el cumplimiento de las dos ambiciones de la vieja medicina, curar las enfermedades y prolongar la vida humana, produjo el efecto indirecto de poner al médico de hoy frente a enfermos alcanzados por una nueva ansiedad, referida esta vez al carácter posible o imposible de la curación.

A despecho de las implicaciones sociales y políticas de este concepto, resultantes de que ahora la salud es percibida muchas veces como un deber que debe observarse en relación con los poderes socio-médicos, ha seguido siendo ese estado orgánico del que un individuo se considera juez. (se diría con Marquard que hemos caído en la hipertribunalización)

Estar bien, vale decir, conducirse bien en las situaciones que es preciso afrontar, es un criterio que se debe conservar. La salud es la condición *a priori* latente, vivida en un sentido propulsivo, de toda actividad elegida o impuesta. Este *a priori* es analizable, *a posteriori*, por la ciencia del fisiólogo en una pluralidad de constantes a cuyo respecto las enfermedades representan una diferencia de variación superior a cierta norma determinada por un promedio.

Las enfermedades del hombre no son solo limitaciones de su poder físico, son dramas de su historia. La vida humana es una existencia, un ser-ahí para un devenir no pre-ordenado, obsesionado por su fin. Así pues, el hombre está abierto a la enfermedad no por una condena o por un destino, sino por su simple presencia en el mundo. Desde este aspecto, la salud no es en absoluto una exigencia de orden económico que deba hacerse valer en el marco de una legislación, es la unidad espontánea de las condiciones de ejercicio de la vida.

Goldstein⁴ formó los conceptos de comportamiento ordenado y de comportamiento catastrófico basado en observaciones sobre las conductas del hombre afectado por lesiones cerebrales. Un organismo sano se concilia con el mundo circundante a fin de poder realizar todas sus capacidades. El estado patológico es la reducción de la amplitud inicial de intervención en el medio. El ansioso empeño por evitar situaciones generadoras de comportamiento catastrófico, la tendencia a la simple conservación de un residuo de poder, es la expresión de una vida que está perdiendo “capacidad de respuesta”. Si se entiende por curación el conjunto de procesos por los que el organismo tiende a superar la limitación de capacidades a que lo obligaría la enfermedad, preciso es admitir que curar es pagar en esfuerzos el precio de un retraso en la degradación.

Considerar que el modo de ejercicio actual de la medicina nos frustra de la salud que merecemos, es una forma de enfermedad.

El objetivo del médico, como el del educador, es volver inútil su función. Si fuera posible una pedagogía de la curación, debería interesarse en obtener el reconocimiento, por parte del sujeto, del hecho de que ninguna técnica, ninguna institución, presentes o venideras, le aseguraran la integridad garantizada de su capacidad para relacionarse con los hombres y las cosas. La vida del individuo es, desde el origen, reducción de las capacidades de la vida. Al no ser la salud una constante de satisfacción, sino el a priori del poder de dominar situaciones peligrosas, dicho poder se corroe en la tarea de dominar peligros sucesivos. La salud que sucede a la curación no es la salud anterior. La conciencia lúcida de que curar no es volver, ayuda al enfermo en su búsqueda de un estado de menor renuncia posible, liberándolo de la fijación al estado anterior.

4 OSTACHUK, Agustín. La vida como actividad normativa y auto-realización: debate en torno al concepto de normatividad biológica en Goldstein y Canguilhem. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.scielo.br/hcsm>.