

La salud como apertura al riesgo

SANDRA CAPONI

Introducción

Hoy, más que nunca, todo parece llevarnos a afirmar que una comprensión del concepto de salud depende de parámetros científicos y claramente establecidos. Los recientes estudios genéticos parecen estar abriendo un horizonte ilimitado de posibilidades terapéuticas y de prevención de enfermedades. Tras el impacto provocado por estudios como el proyecto genoma humano, la salud perfecta parece haber dejado de formar parte de la utopía para entrar en el horizonte de lo posible. El mapeo de los genes que predispondría nuestro organismo a determinadas enfermedades y la posibilidad de intervenir en la prevención de ciertos riesgos nos permite imaginar un futuro prometedor. No sólo las intromisiones en el interior del organismo de cada individuo parecen traer nuevas esperanzas, también se han multiplicado los conocimientos y la identificación de los riesgos que amenazan la salud de las poblaciones. La bioestadística y la aplicación de la tecnología de informática a la acción sanitaria nos permiten mapear los riesgos más frecuentes en las diferentes poblaciones y crear estrategias de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud a partir de campañas sanitarias bien dirigidas.

Así, parece que si podemos definir claramente los códigos genéticos "defectuosos" para que podamos evitar la aparición de anomalías genéticas, y si por otra parte tenemos la posibilidad de definir conductas y acciones de riesgo para controlar las enfermedades, es porque tenemos muy claro que es lo que debe ser alcanzado con estas intervenciones. En el primer caso se trata de aproximarnos a lo que sería un código genético normal; en el segundo caso se trata de estimular la prevención de actos y conductas a fin de garantizar la existencia de poblaciones saludables. Pero si nos interrogamos por ese código genético normal o de un

esos patrones independientemente de cualquier vinculación con las características o el sufrimiento de los individuos indica interferencia en esas funciones, indica sub-normalidad o patología. Cuando hablamos de mapa genético y de código genético normal reproducimos y ampliamos esta definición bioestadística dada por Boorse; y reiteramos también sus límites y circularidades: la frecuencia aparece una y otra vez como parámetro de normalidad y la identificación entre salud y normalidad se presenta como incuestionable.

El presente trabajo pretende analizar los conceptos de salud, enfermedad, normalidad y patología intentando huir de una modalidad de estudios que limita la discusión a cuestiones tales como frecuencia estadística, desvío, normas, etc.

La cuestión del problema filosófico de la salud

Aun cuando esta definición bioestadística sea posterior a los estudios sobre normalidad, patología, salud y enfermedad desarrollados por George Canguilhem, casi treinta años antes, podemos intentar comprender los argumentos explicitados en "Lo Normal y lo Patológico" como una respuesta a la definición de salud-enfermedad enunciada por Boorse.

Para Canguilhem no es posible reducir el concepto de salud a un concepto "científico". Siendo que es imposible identificar normalidad y salud o anomalía y patología, ya que el recurso a las medias estadísticas, a los valores frecuentes, a los cálculos, nada nos informa respecto a ese concepto. No es posible imaginar que la vida se desarrolle en la soledad del organismo individual, ni que podamos alcanzar un conocimiento de la misma por la comparación entre organismos. "El ser vivo y el medio no pueden ser llamados normales si son considerados por separado", sólo puede afirmarse de un ser vivo que es normal si se lo vincula con su medio, si se consideran las soluciones morfológicas, funcionales, vitales, a partir de las cuales responde a las demandas que su medio le impone. "Lo normal es poder vivir en un medio en que fluctuaciones y nuevos acontecimientos son posibles" (Canguilhem 1990a, pág. 146). Dicho de otro modo, no son las medias estadísticas, ni la apertura de los intervalos, los así llamados normales, los que nos indican el momento en que se inicia una enfermedad, sino las dificultades que el organismo encuentra para dar respuestas a las demandas que su medio le impone. Y es justamente la consideración de ese sufrimiento, de ese sentimiento de impotencia individual, lo que se escapa a las medias estadísticas, lo que nos permite intentar una definición menos restricta del concepto de salud.

modo más amplio, si nos preguntamos cuál es el estado saludable que se quiere alcanzar con estas acciones, veremos que, casi inevitablemente, los conceptos de salud y normalidad tienden a confundirse con el concepto de frecuencia. Lo saludable se define por la búsqueda de un código genético normal, sin alteraciones o anomalías; y esa normalidad se define en términos de frecuencia estadística: lo que se encuentra en la mayor parte, en la media de la población.

Es entonces cuando comienzan a aparecer las dificultades de esas tentativas de definir en términos "científicos" el concepto de salud. Si nos restringimos a los valores que deben ser considerados normales para un determinado órgano, veremos que "no encontramos apenas un intervalo normal para cada función de un órgano: estrictamente hablando, encontramos un número infinito de esos intervalos" (Nordenfeld, 2000:60). Si, por otra parte, nos referimos al código genético "normal", veremos que existen infinitos ejemplos de variaciones y desviaciones, de "anomalías", que no pueden ser en absoluto consideradas como de valor negativo o como patológicas. Veremos que, así como no es posible identificar anomalía con patología, del mismo modo, es imposible identificar normalidad con salud.

Todavía hoy, esta asociación entre salud y normalidad parece ser el sustento de aquella que podríamos considerar como la definición más corriente, y sin duda la más utilizada por los profesionales del área de salud. Pensemos, por ejemplo, en la definición del concepto de salud enunciada por Christopher Boorse en referencia a la normalidad en el cumplimiento de las funciones de las diversas partes del organismo: "Lo normal es objetiva y propiamente definido como aquello cuya función está de acuerdo con su diseño" (Boorse, 1975: 57). En este caso, el elemento esencial para la definición de diseño biológico es la noción de función natural, y toda alteración en esa función natural puede conducir o acarrear enfermedad. La salud es pensada, entonces, como ausencia de enfermedad e, inversamente, la enfermedad se define como: "el estado de un individuo que interfiere en las funciones normales (o en el funcionamiento normal) de algunos órganos o sistemas de órganos" (1975: 61).

Ahora bien, cuando nos preguntamos qué es lo que debemos entender por función normal de un órgano o sistema de órganos, nos deberíamos referir necesariamente a la función estadísticamente representativa, esto es, al resultado encontrado en la media de la población. Como vemos, cuando Boorse define su concepto bioestadístico de salud-enfermedad, no existe ningún espacio para sufrimientos individuales. Existen valores patrones de esas funciones normales y una alteración en

Dagognet (1996:19-20) dirá tomando como ejemplo al diabético que:

no es posible atenerse a la dosis de azúcar para afirmar un diagnóstico. Debemos renunciar a una teoría puramente cuantitativa de la enfermedad. Es-
cuchemos al enfermo, porque la verdadera diabetes implica un "ensamble" que desborda la sola y simple glucemia. No sólo concierne al páncreas sino que afecta, también, a la circulación. La enfermedad siempre se irradia como si todo el organismo estuviera afectado, como si estuviera limitado en sus iniciativas. Estar enfermo es, entonces, perder la libertad, es vivir en la restricción y la dependencia.

Mirko Gremek formulará la siguiente pregunta: "Cuando el médico, el enfermo y el entorno del enfermo hablan de enfermedad, ¿será que ellos se refieren verdaderamente a la misma realidad?" (1995:17). Es así como, para tratar de dotar al concepto de enfermedad de una especificidad mayor, la literatura científica utiliza el término *disease* para referirse a la conceptualización de enfermedad realizada por el médico; el término *illness* para designar la experiencia subjetiva de la enfermedad, la vivencia o sufrimiento individual y se reserva un tercer término, *sickness* para designar la percepción de la enfermedad por el entorno médico de la persona afectada.

Un concepto de salud operativo deberá integrar estos aspectos sin reducirse a una definición negativa (ausencia de *disease*, *illness* o *sickness*). Creemos que, para construir este concepto, será necesario desplazar la mirada, aproximarse a esta cuestión no con los instrumentos del científico, sino con los argumentos del filósofo.

La tematización de la salud como una cuestión filosófica parece tener, por lo menos, dos justificaciones plausibles. La primera es que la salud es un tema filosófico frecuente en la época clásica. De ella se han ocupado, entre otros autores, Leibniz, Diderot, Descartes, Kant y posteriormente Nietzsche. Pero, cuando hablamos de salud parece ser Descartes quien se ha convertido en una referencia obligada, y esto desde el momento en que se le atribuye la "invención de una concepción mecanicista de las funciones orgánicas" (Canguilhem, 1990b, pág. 20). Esta afirmación oculta algunas contribuciones del pensamiento cartesiano. Por un lado, la distinción que debe ser hecha, según se indica en la VI Meditación, entre un mecanicismo y un cuerpo humano, por ejemplo entre un "reloj desregulado" y un "hombre hidrópico" (Descartes, 1981, pág. 73). Esta distinción que difiere de aquella que podemos hacer entre un reloj regulado y uno desregulado, indica la diversidad existente entre la regulación mecánica y las funciones orgánicas del hombre.

Por otro lado, y tal como lo afirma Maurice Merleau Ponty, será también Descartes quien reconocerá la existencia de una parte del cuerpo humano vivo que es inaccesible a los otros, que es, pura y exclusivamente "accesible a su titular". Será justamente a partir de esta indicación de Descartes que Canguilhem construirá su argumentación referida a la salud como un concepto vulgar y como una cuestión filosófica. Aun cuando en la misma insistirá en la necesidad de no tomar en serio el mecanicismo cartesiano pues, según dirá, es imposible hablar de salud de un mecanicismo.

La segunda justificación será enunciada por Canguilhem en "La Santé: concept vulgaire & question philosophique". Allí nos recordará, siguiendo a Merleau Ponty, que "la filosofía es el conjunto de cuestiones donde aquél que cuestiona es, él mismo, puesto en cuestión" (Canguilhem, 1990b, pág.36). En la medida en que todos nosotros compartimos esos hechos propios de la condición humana que son el padecimiento del dolor y del sufrimiento, y en la medida en que todos vivimos silenciosamente ese fenómeno al que damos el nombre de salud, parece que todos, seamos o no profesionales de salud, debemos enfrentarnos, inevitablemente, con esta cuestión.

Como afirma Nordenfeld (2000,16), la salud no ha sido un fenómeno ajeno a la reflexión filosófica aun cuando muchas veces haya ocupado un lugar marginal entre otras cuestiones más valorizadas por los filósofos, como la ética o la política. De hecho, no fue solo la filosofía clásica la que se ocupó de la salud, basta para esto que recordemos a Nietzsche, a Maurice Merleau Ponty y a Georges Canguilhem. Ellos tomaron a la salud como objeto de problematización filosófica, el primero en su preocupación por el sufrimiento individual, el segundo centrándose en la temática de la corporeidad, y Canguilhem al interrogarse por la oposición normal-patológica y por la historia de las ciencias biomédicas.

Tanto en la primera edición de *Lo Normal y lo Patológico* que data de 1943, como en los ensayos que después de veinte años darán lugar a la versión revisada de esa obra, Canguilhem tomará como punto de partida para analizar el concepto de salud a la tercera parte del "Conflicto de las Facultades" (1967) de I. Kant:

Podemos sentirnos bien, esto quiere decir, juzgar según nuestra impresión de bienestar vital, pero nunca podemos saber si estamos bien. La ausencia de la impresión (de estar enfermo) no permite al hombre expresar que él está bien sino aparentemente, sólo puede decir que él está *aparentemente* bien (Kant *op. cit.* Canguilhem, 1990b, pág. 13; cursivas del autor).

Kant sugiere en estas líneas que la salud es un objeto ajeno al campo de saber objetivo, y es a partir de ese enunciado que Canguilhem puede sustentar su tesis de que "no hay ciencia de la salud". La salud —dirá— "no es un concepto científico, es un concepto vulgar. Esto no quiere decir trivial sino simplemente común, al alcance de todos" (Canguilhem, 1990b, pág. 14). Digámoslo de otro modo. La salud no pertenece al orden de los cálculos, no es el resultado de tablas comparativas, leyes o medias estadísticas y, por lo tanto, su estudio no es exclusivo de las investigaciones biomédicas, sean o no cuantitativas.

Mostrará que fisiólogos y biólogos prefieren prescindir de la exigencia de enunciar un concepto de salud. Tal es el caso de Starling, fisiólogo inglés inventor del término "hormona", en cuyo tratado *Principios de Fisiología Humana* no aparece en ningún momento indexada la palabra "health". Claude Bernard, por su parte, parece asociar a la salud con divagaciones metafísicas, afirmando explícitamente que: "Sólo hay en fisiología condiciones propias para cada fenómeno que es preciso determinar exactamente, sin perderse en divagaciones sobre la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y otras entidades de la misma especie" (Canguilhem, 1990b, pág. 19).

Esta exclusión explícita del concepto de salud del ámbito del discurso científico, aparece a partir del momento en que nos negamos a aceptar esa antigua y arraigada asociación por la cual se vincula la salud del cuerpo con la eficacia de un mecanismo. Si no aceptamos la asociación cuerpo-mecanismo y pensamos que para una máquina su estado de funcionamiento no es su salud y su desregulación nada tiene que ver con la enfermedad, entonces deberemos excluir al concepto de salud de las exigencias de cálculo (de contabilidad) que poco a poco absorbieron su sentido individual y subjetivo. A partir del momento en que hablamos de la salud como un fenómeno "no contabilizado, no condicionado, no medido por aparatos", parece que ella deja de ser un objeto exclusivo de "aquel que se dice o se piensa especialista en salud" (Canguilhem, 1990b, pág. 24).

Recordando a Dagognet, Paul Rabinow (1999: 127) afirma que

Canguilhem realizó un ataque frontal a aquella construcción de la normalización tan esencial para los procedimientos de la ciencia y de la medicina positivistas. Es el sufrimiento, y no las mediciones normativas o los desvíos del patrón, lo que establece el estado de enfermedad.

Quando hablamos de salud no podemos evitar las referencias al dolor o al placer y de ese modo, estamos introduciendo, sutilmente, algo que escapa a las mediciones, algo que Canguilhem llamó de "cuerpo subjeti-

vo". Si consideramos este elemento, no podremos dejar de hablar en primera persona allí donde el discurso médico se obstina en hablar en tercera persona.

La trayectoria de Canguilhem como epistemólogo e historiador de las ciencias nos impide pensar que estas afirmaciones pretendan defender una vuelta a la naturaleza salvaje o un individualismo radical. Canguilhem cuidará de mantener distancia entre el concepto de cuerpo subjetivo, "salud en estado libre", de esas modalidades de pensamiento que son el naturalismo y el anti-racionalismo. Es consciente de que "la defensa de la salud salvaje, privada, por desconsideración de la salud científicamente condicionada adoptó todas las formas posibles, incluso las más ridículas" (Canguilhem, 1990b: 34)¹.

El cuerpo subjetivo no es lo opuesto al saber científico, uno no representa la alteridad radical del otro. Por el contrario, el cuerpo subjetivo precisa de esos saberes que le indican y sugieren una serie de artificios útiles para sostenerse. Pues,

una cosa es preocuparse por el cuerpo subjetivo y otra es pensar que tenemos la obligación de liberarnos de la tutela, juzgada represiva, de la medicina (...). El reconocimiento de la salud como verdad del cuerpo, en sentido ontológico, no sólo puede sino que también debe admitir la presencia, como margen y como barrera, de la verdad en sentido lógico, o sea de la ciencia. Cieramente, el cuerpo vivido no es un objeto, pero para el hombre vivir es también conocer (Canguilhem, 1990b, pág. 36-37).

Así, esos conocimientos que toman al cuerpo como objeto son aliados y no enemigos de una comprensión más amplia del concepto de salud.

Esa salud sin "idea", "presente y opaca" es, de todos modos, lo que valida y soporta las intervenciones que el saber médico puede sugerir como artificios para sustentarla. Y si hablamos de sugerir es porque es preciso que el saber médico se disponga a aceptar que cada uno de nosotros lo instruya sobre aquello que "sólo yo estoy capacitado para decirle". Un buen médico será, entonces, aquel que pueda auxiliarnos en la tarea de dar un sentido, que para mí no es evidente, a ese conjunto de síntomas que de manera solitaria no consigo descifrar. Un verdadero médico, di-

1. Canguilhem hará una referencia significativa en este punto, dirá que "el mismo hombre que militó para una sociedad sin escuelas apeló para una insurrección contra lo que llamó de "expropiación de la salud" (Canguilhem, 1990b, p. 34), haciendo así una clara alusión a "Némesis de la Medicina" de Iván Illich.

rá Canguilhem, será aquel que acepte ser un exégeta, un traductor, más que un conocedor. Lo cierto es que, aceptar un determinado concepto o idea de salud, implica escoger ciertas intervenciones efectivas sobre el cuerpo y la vida de los sujetos individuales. Implica, al mismo tiempo, una redefinición de ese espacio donde se "ejerce el control administrativo de la salud de los individuos" entendidos como grupo humano, como población.

La salud como margen de seguridad

Ese concepto vulgar, que escapa de todo cálculo, tanto de medias estadísticas como de medición por aparatos, esa salud no condicionada, es reflexionada por Canguilhem en términos de "margen de seguridad". Por eso dirá que al hablar de una salud deficiente estamos hablando de "la restricción del margen de seguridad, la limitación del poder de tolerancia y de compensación a las agresiones del medio ambiente" (Canguilhem, 1990b, pág. 35). Como vemos, cincuenta años después, Canguilhem permanecerá fiel a aquello que denominó esbozo de definición de salud en el año 1943: la salud era entendida entonces por referencia a la posibilidad de enfrentar situaciones nuevas, por el margen de tolerancia (o de seguridad) que cada uno posee para enfrentar y superar las infidelidades de su medio.

Quizás la mayor riqueza del análisis de Canguilhem radique en su insistencia, en tomar como punto de partida las infidelidades, los errores. *Lo Normal y lo Patológico* (1990a) introduce una importante inversión en los estudios referidos a la salud, una inversión por la cual se privilegia el estudio de las anomalías, de las variaciones, de los errores, de las monstruosidades, de las infracciones y de las infidelidades, para así comprender e intentar demarcar el alcance y los límites de los conceptos de normalidad, media, tipo y salud.

Canguilhem se enfrenta así a toda esa tradición médica que privilegia lo normal y que imagina y reduce todo tratamiento a un restablecimiento de la normalidad perdida. Para esa tradición "la práctica médica estaba dirigida a establecer científicamente estas normas y -la práctica siguiendo a la teoría- quería el retorno del paciente a la salud, restableciendo la norma de la cual el paciente se había desviado" (Rabinow: 1999, 127).

Cómo el propio Canguilhem dirá 20 años después de esa primera edición:

hoy insistiría en la posibilidad y aun en la obligación de esclarecer las formaciones normales por el conocimiento de las formas monstruosas. Afirmaría aún con mayor convicción, que no hay diferencia entre una forma viva perfecta y una forma viva malograda." (Canguilhem, 1990a: 13).

Este privilegio concedido al error nos habla claramente de un concepto de salud que es ajeno a cualquier patronización y a cualquier determinación fija y preestablecida, el concepto de salud que será enunciado a partir de allí deberá considerar e integrar las variaciones y las anomalías, deberá poder atender a las particularidades de aquello que para unos y otros está implicado en su percepción de lo que es "salud" y "enfermedad".

Siguiendo esta misma línea argumentativa Cristophe Dejours podrá afirmar refiriéndose específicamente al mundo del trabajo que: "Es la variedad, la variación, los cambios, lo que resulta más favorable a la salud" (Dejours, 1986, pág. 8).

Pensar la salud a partir de variaciones y de anomalías implica negarse a aceptar un concepto que se pretenda de valor universal, y consecuentemente, implica negarse a considerar la enfermedad en términos de no-valor o contra-valor.

Al contrario de ciertos médicos siempre dispuestos a considerar las enfermedades como crímenes, porque los interesados son de cierta forma responsables, por exceso o por omisión, creemos que el poder y la tentación de tomarse enfermo es una característica esencial de la fisiología humana.

Transponiendo una frase de Valéry se puede decir que la posibilidad de abusar de la salud forma parte de la salud (Canguilhem, 1990a, pág. 162).

Desde esta perspectiva la salud puede ser pensada como la posibilidad de caer enfermo y de poder recuperarse, como "una guía reguladora de las posibilidades de acción" (Canguilhem 1990a, pág. 146). Esta posibilidad de abusar de la salud puede ser comprendida a partir de las actuales polémicas referidas a la necesidad de que las estructuras orgánicas satisfagan el requisito de *Symorphosis* (Weibel, 1998:2). Con esto quiere designarse ese ajuste al que se refiere Boorse entre diseño estructural y requerimiento funcional u orgánico. Esta tesis supone que el diseño de los organismos tiende a ser óptimo, es decir que "no existe más estructura de aquella que es necesaria para cumplir una función" (Weibel *et al.* 1998:3). Por el contrario, para Canguilhem, lo que caracteriza a los organismos es su prodigalidad, un cierto exceso de cada uno de nuestros órganos, que nos permite garantizar cierto margen de seguri-

dad por encima del desempeño normal. "Pulmón de más, riñones de más, páncreas de más, aun cerebro de más, si limitáramos la vida a vida vegetativa. El hombre se siente portador de una sobreabundancia de medios de los cuales es normal abusar" (Canguilhem, 1990:133).

Pero, si por un lado el concepto de salud se refiere a las funciones orgánicas, por otro lado, debe referirse también al "cuerpo subjetivo". Es a partir de esa singularidad que debe ser pensado el ser vivo: "ese existe" te singular cuya salud expresa los poderes que lo constituyen, a partir del momento en que debe vivir bajo la imposición de tareas, esto es en relación de exposición a un medio que el mismo escogió" (Canguilhem 1990b, pág. 22). Es esa polaridad dinámica con el medio lo que define un ser vivo. Se trata al mismo tiempo de una actividad polarizada, los dos polos son salud y enfermedad, y de una actividad normativa, no es posible reducirla a sufrimiento-no sufrimiento, es preciso considerar nociones que implican evaluación y elección, tales como "adaptación" o "regulación". Esa polaridad dinámica difiere en cada uno de nosotros, y esa diferencia radica en el modo como representamos el conjunto de capacidades o poderes que poseemos para enfrentar las agresiones a las que inevitablemente estamos expuestos.

Ahora bien, este cuerpo no es una esencia presente de una vez y para siempre sino que supone cierta duplicidad. Por un lado es aquello que nos es dado, su genotipo. Por otro es algo que pertenece al orden del efecto, es un producto, su fenotipo. Es en el juego de esa duplicidad donde se recortan las singularidades y se definen las capacidades para enfrentar las infidelidades. En el primer caso, y al hablar de las composiciones peculiares del patrimonio genético que existe en cada uno de nosotros, Canguilhem resaltaré que los errores de codificación genética pueden o no determinar la existencia de patologías según sean las demandas que el medio impone a los sujetos. Insiste en afirmar que una anomalía, sea o no genética, no puede ser asociada inmediatamente a una patología. Las anomalías poseen valor neutro mientras las patologías poseen valor negativo. Así, una anomalía sólo podrá ser considerada patológica si ella está vinculada con un sentimiento directo y concreto de sufrimiento, "un sentimiento de vida contrariada". Entonces, y sólo entonces estarán justificadas las intervenciones en la codificación genética con sentido terapéutico.

Pero el cuerpo no es sólo el resultado de su patrimonio genético, tesis elemental que los nuevos estudios genéticos parecen obstinarse en olvidar (Dagognet, 1996:55), el cuerpo debe ser entendido como efecto, como producto, y es entonces cuando surgen cuestiones teóricas y políticas que merecen ser analizadas de manera detenida.

El cuerpo es un producto en la medida en que su actividad de inserción en un medio característico, su modo de vida escogido o impuesto, deporte y trabajo, contribuyen a modelar su fenotipo, o sea a modificar su estructura morfológica llevando a singularizar sus capacidades" (Canguilhem, 1990b, pág. 24).

Existen aquí diversas cuestiones a ser consideradas en relación con el vínculo salud-sociedad. Por un lado existen condiciones de vida impuestas, convivencia en un medio con determinadas características que no son ni podrían ser escogidas; alimentación deficiente, analfabetismo o escolaridad precaria, distribución perversa de la riqueza, condiciones de trabajo desfavorables, condiciones sanitarias deficientes. Todas estas características constituyen ese conjunto de elementos que precisa ser considerado a la hora de programar políticas públicas e intervenciones tendientes a crear formas de transformación de esas desigualdades que reconocemos como causas predispositivas para diversas enfermedades. Hasta aquí la etiología social de la enfermedad nos remite al ámbito de lo público, y es en ese ámbito en donde deberían delimitarse las estrategias de intervención. Pero existen estilos de vida escogidos, elecciones y conductas individuales que pertenecen al ámbito de lo privado que, sin embargo, también consideramos como datos a ser explicitados cuando hablamos de "etiología social".

Es preciso recordar que la normalización de las conductas y de los estilos de vida forma parte del propio nacimiento de la medicina social. Desde su inicio el ámbito de lo público y el ámbito de lo privado comenzaron a borrar sus fronteras, haciendo que las políticas de salud se convirtieran en intervenciones, muchas veces coercitivas, sobre la vida privada de sujetos considerados como "promiscuos", "alienados", o simplemente "irresponsables". Al hablar del cuerpo como un producto debemos considerar la complejidad de esa distinción, que es aparentemente trivial (basta pensar en las políticas de vacunación), pues, hasta hoy parece existir una falta de simetría entre las intervenciones que privilegian uno u otro de esos ámbitos. Todo parece indicar que resulta más simple normalizar conductas que transformar condiciones perversas de existencia.

Giovanni Berlinguer (1996) diferenciará estos dos espacios de intervención al referirse al concepto de desigualdad. Siguiendo a Margaret Whitehead considera que deben ser pensadas como diferencias injustas, como inequidades, aquellas diferencias derivadas de comportamientos insalubres cuando la elección del individuo es claramente limitada; la exposición a condiciones de vida estresantes e insalubres y el acceso

inadecuado a servicios de salud esenciales. Por el contrario no pueden ser consideradas injustas las diferencias derivadas de condiciones naturales, patrimonio genético por ejemplo, ni los comportamientos perjudiciales a la salud que fueron libremente escogidos.

Para Berlinguer es preciso dirigir las políticas públicas para controlar las desigualdades del primer grupo evitando intrusiones indeseables en confidías que los individuos han escogido libremente. Las intervenciones tendientes a disminuir la exposición a condiciones de vida insalubres resultan esenciales si comprendemos que la salud sólo puede ser pensada en esa polaridad dinámica que vinculan al individuo y al medio. Es en el interior de un medio capaz de garantizar una existencia saludable donde el individuo puede constituirse como un sujeto capaz de tolerar las infracciones e infidelidades a las que todos estamos expuestos. Por el contrario la disminución de la salud supone límites a esas compensaciones contra las agresiones del medio. Y de la misma manera en que ciertas enfermedades contribuyen a disminuir ese margen de tolerancia, existe todo un conjunto de condiciones desfavorables de existencia que deben ser consideradas como las causantes predispositivas para enfermedades futuras: falta de alimentación adecuada, trabajo infantil, desnutrición o exposición a inclemencias ambientales.

La salud no puede ser reducida a mero equilibrio o capacidad adaptativa, puede definirse como "el conjunto de seguridades en el presente y de seguros para el futuro" (Canguilhem, 1990b: 30, las cursivas son nuestras) como la posibilidad de caer enfermo y recuperarse. La salud es algo así como "un lujo biológico" que nada tiene que ver con equilibrio, adaptación o conformidad con el medio ambiente.

Podríamos decir que la definición de salud dada por Canguilhem supone cierta capacidad de adaptación pero la excede. Es que la explicación orgánica de ajuste o adaptación corresponde, desde su perspectiva teórica, no al concepto de salud sino al concepto de "normalidad".

Esa capacidad de ajuste nos habla de un organismo normal que, no obstante, podemos o no considerar como saludable. Pensemos por ejemplo en una persona que por alguna causa posee solamente un riñón, supongamos también que esta persona consigue cumplir con las demandas que su medio le impone, consigue llevar una vida libre de obstáculos y dar respuestas activas de modo tal que conquista un ajuste y una interrelación de forma y de función con su medio ambiente. Diremos, en tal caso que esta persona es normal, en el sentido restringido de compatible con la vida; aun cuando no pueda ser considerada como "saludable" y esto se fundamenta en la incapacidad que caracteriza a esta persona para vivir en un medio diferente, en un medio que no sea res-

trictivo y controlado, en relación al cual ya se ha conquistado un estado de equilibrio. En este caso como en otros, pensemos en ciertas malformaciones o afecciones, una persona puede ser normal en un medio determinado y no serlo delante de cualquier variación o infracción del mismo. Por "normal" debemos entender algo más que "compatible con la vida", como vimos, el concepto de normal está indisolublemente vinculado con el de media estadística o tipo. Sabemos que estos conceptos lejos de ser estrictamente biológicos responden a parámetros o medias, considerados como "normas" de adaptación y de equilibrio con el medio ambiente.

Canguilhem establece a este respecto un debate con aquellos teóricos que suponen que existe una identificación entre norma y media por la cual los valores considerados como medias estadísticas nos darían las medidas ciertas de aquello que debe ser considerado como Normal para un organismo. En *Lo Normal y lo Patológico* invertirá esta suposición y afirmará que, en sentido estricto, no es la media la que establece lo normal sino que, por el contrario, "las constantes funcionales expresan normas de vida que no son el resultado de hábitos individuales sino de valores sociales y biológicos". Afirmar que debemos considerar a las medias (constantes) fisiológicas como expresión de normas colectivas de vida histórica y socialmente cambiantes.

Esto implica afirmar que cuando el hombre inventa formas de vida inventa también modos de ser fisiológicos, y que es a través de la variación de las normas sociales y vitales como se producen variaciones en las medias estadísticas que consideramos constantes funcionales.

Lo normal no tiene la rigidez de un determinante que valga para toda la especie, sino la flexibilidad de una norma que se transforma en relación a las condiciones individuales, entonces es claro que el límite entre lo normal y lo patológico se hace impreciso" (Canguilhem 1990a, pág. 145).

Esta imprecisión que se refiere a las fronteras estadísticas que separan a varios individuos considerados simultáneamente es, en cambio, "perfectamente precisa para un único y mismo individuo considerado sucesivamente" (ibídem). Como Canguilhem insistirá, la distinción entre lo normal y lo patológico es algo muy diferente de una simple variación cuantitativa como supusieron Claude Bernard, Augusto Comte o Emile Durkheim; existe, por el contrario, una diferencia sustancial, cualitativa entre uno y otro estado que no puede reducirse a cálculos, medias o constantes. "Lo patológico implica un sufrimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sufrimiento de vida contrariada"

(Canguilhem 1976, pág. 187). La salud, por su parte implica mucho más que la posibilidad de vivir en conformidad con el medio externo, implica la capacidad de "instituir nuevas normas en situaciones nuevas".

Norma y Valor

Insistimos hasta aquí en las dificultades inherentes a una asociación entre los conceptos de normalidad, salud y frecuencia. Pero el concepto de "normal" es doble, por un lado nos remite, como ya vimos, a la noción de media estadística, constantes y tipos, y por otro lado, se trata de un concepto valorativo, que se refiere a aquello que es considerado como deseable en un determinado momento y en una determinada sociedad. El primer sentido es solidario del concepto de salud enunciado por Boorse. El segundo vincula a lo normal con valores sociales o vitales: nos dice cómo una función o proceso "debería ser" (Nordenfeld: 1999, 64). Tal como afirma Michel Foucault, "el elemento que marcha de lo disciplinario a lo regulador, que se aplica al cuerpo y a las poblaciones, y que permite controlar el orden del cuerpo y los hechos de una multiplicidad humana, es la norma" (Foucault, 1992, pág. 181). Creemos que este sentido valorativo de lo normal puede permitirnos una mejor comprensión del concepto de salud enunciado por la OMS: "La salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de molestia o enfermedad" (Moura 1989, pág. 43).

Esta definición es frecuentemente objeto de críticas, se dice por ejemplo que es un concepto utópico porque este estado es inalcanzable, se dice que es imposible medir el nivel de salud de una población a partir de ese concepto porque las personas no permanecen constantemente en estado de bienestar y se afirma, la mayor parte de las veces, que se trata de una definición carente de objetividad por que está fundada en un concepto subjetivo que es el concepto de bienestar. Madel Luz, por ejemplo, dirá que

no es necesario ni posible adoptar la poética definición de la OMS porque no tendríamos como medir, por la subjetividad implícita en la definición, la extensión de la ausencia de salud en la población brasileña a lo largo de su historia" (Luz, 1979, pág. 165).

Según parece la mayor dificultad de esta definición radica en el carácter "cambiante", "móvil" y "subjetivo" que parece ser inherente al concepto de bienestar. Creemos, sin embargo, que el carácter subjetivo parece

ser un elemento inherente a la oposición salud-enfermedad. Es necesario pensar que aun cuando se restrinja el fenómeno salud al ámbito de lo puramente biológico, existe un elemento, caracterizado y categorizado como síntoma, que no puede ser nunca liberado absolutamente de su carácter subjetivo: nos referimos al "dolor". En la medida en que todo dolor es una sensación, necesariamente variará de acuerdo a aquel que la siente y no siempre podrá ser enunciada del mismo modo por diferentes sujetos; aun cuando pueda ser reducido a un "patrón constante". De acuerdo con esto, será preciso afirmar que incluso el más riguroso y estrecho mecanicismo biologicista (en la medida en que no puede prescindir de referencias a "síntomas" y consecuentemente a estados subjetivos de "dolor") no puede escapar de esa crítica. Esto es, el carácter subjetivo es inseparable del concepto de salud, y esa asociación permanecerá cualquiera sea la definición, restricta o ampliada, que demos de la misma.

Creemos que la mayor dificultad de ese concepto no se debe a su carácter utópico y subjetivo, sino a que puede resultar políticamente conveniente para legítimas estrategias de control y de exclusión de todo aquello que consideramos como fuera de lo normal, indeseado o peligroso. A partir del momento en que se afirma el "bienestar" como valor (físico, psíquico y social) se está reconociendo como perteneciente al ámbito de la salud todo aquello que en una sociedad y en un momento histórico preciso calificamos de modo positivo (aquello que produce o que debería producir una sensación de bienestar, aquello que se inscribe en el espacio de la normalidad): la laboriosidad, la convivencia social, la vida familiar, el control de los excesos. Al hacerlo se descalificará, inevitablemente, como un no-valor, como su reverso patológico y enfermizo a todo aquello que se presente como peligroso, indeseado o que simplemente se considera como un mal. Como afirma Canguilhem citando a Bachelard: "La voluntad de limpiar precisa de un adversario que esté a su altura" (Canguilhem 1990, pág. 27). Por esa razón, el concepto de normal entendido como valor no se opone ni a la enfermedad, ni a la muerte, sino a la monstruosidad que es su contravalor vital. La monstruosidad no es un fenómeno biológico sino que es intermedio entre lo médico y lo jurídico. Monstruosidad se asocia a diferencia, a variabilidad de valor negativo en sentido vital y social: es aquello que consideramos como social y médicamente peligroso y nocivo (Canguilhem 1976, pág. 204).

Parece que hay algo que se escapa a esa definición de la OMS, algo que Nietzsche supo enunciar en uno de sus aforismos de "La Gaya Ciencia" (1984) cuando denuncia que aquellos que pretenden socorrer a los otros "no piensan que el infortunio puede ser una necesidad personal y

que ustedes y yo podemos necesitar tanto del terror, de las privaciones, de la pobreza, de las aventuras, de los peligros, de los desengaños como de los bienes contrarios" (Nietzsche, 1984, § 338). Lo cierto es que, los infortunios así como las enfermedades, sean procurados o no deseados, forman parte de nuestra existencia, y no pueden ser pensados en términos de crímenes y de castigos. Y, es algo de eso lo que hacemos cuando pensamos las infracciones en términos de enfermedad, cuando asistimos médicamente a los "indeseables", cuando consideramos como objeto de medicalización a aquellos sujetos que no desean, o simplemente no procuran, conquistar ese amplio y equívoco valor al que llamamos "bienestar".

Y esta ambigüedad parece ser aún más difícil de aceptar cuando hablamos de bienestar social o mental. Dejours (1986), afirmará, no sólo que es difícil precisar qué debemos entender por "bienestar mental" sino que, yendo más lejos, puede resultar "muy peligroso intentar precisarlo". Para explicar esto recurrirá a dos ejemplos: el alcoholismo, y la angustia. El estado de bienestar parece suponer una existencia sin angustias desconsiderando que los errores, los fracasos, las infidelidades forman parte de nuestra historia, y que en algunos casos ese malestar puede resultar más estimulante que la absoluta carencia de desafíos. A partir del momento que nuestro mundo es un mundo de accidentes posibles, la salud no podrá ser pensada como carencia de errores y sí como la capacidad de enfrentarlos. Es por eso que Canguilhem dirá que no existe nada semejante a una salud perfecta, y que la "experiencia de lo vivo incluye la experiencia de la enfermedad".

Pero, al hablar de bienestar social y mental sin problematizar esos conceptos, el discurso médico acaba ocupando el lugar del discurso jurídico, y todo aquello que consideramos peligroso se torna objeto de una intervención que ya no está fundada en la pretensión de proteger a la sociedad de esos sujetos indeseables, sino que, por el contrario, se sustenta en la certeza de que esa intervención persigue un objetivo altruista, ya sea que se trate de la recuperación de los sujetos o de la prevención de riesgos. Creemos que es preciso negarse a aceptar cualquier tentativa de caracterizar a los infortunios como patologías que deben ser médicamente asistidas, así como es preciso negarse a admitir un concepto de salud fundado en una asociación con todo aquello que consideramos como moral o existencialmente valorable. Por el contrario, es preciso pensar en un concepto de salud capaz de contemplar y de integrar nuestra capacidad de administrar en forma autónoma ese margen de riesgo, de tensión, de infidelidad, y por qué no decir de "malestar", con el que inevitablemente todos debemos convivir.

Esto nos lleva a otra dificultad, en el momento en que se asocian los conceptos de normalidad y salud, también, y como consecuencia inevitable, se asociarán los conceptos de patología y anomalía. Siendo así cualquier variación del tipo específico (tal es la definición que Canguilhem da de anomalía) será considerada como patológica, esto es como una variación biológica de valor negativo, y consecuentemente como medicalizable. Esta extensión de la terapéutica a cualquier variabilidad parece olvidar que la patología sólo puede ser así considerada por referencia al reconocimiento que el propio ser vivo hace de sí como enfermo, pues sólo él puede conocer el punto exacto en que comienza la enfermedad, y ese punto estará dado por la incapacidad de dar respuesta a los deberes que su medio le impone.

Por fin, digamos que las mismas dificultades señaladas por Dejours (1986) al hablar de bienestar mental, se repiten al hablar de bienestar social. Como afirmará Canguilhem en su crítica a Comte, no podemos hablar sin ambigüedad de normalidad y de patología social; lo normal y lo patológico, aun cuando nos remitan a valores sociales no pueden ser pensados independientemente de los valores vitales, y consecuentemente, no pueden ser predicados de fenómenos sociales, sin generar dificultades.

Según la concepción de Canguilhem no existen las así llamadas patologías, ni las así llamadas anomalías sociales. En tal sentido un "malestar social" tal como puede ser, por ejemplo, aquel que es experimentado por un extranjero ante las dificultades e infidelidades que su nuevo medio le impone, bajo ningún aspecto podría ser pensado como una patología. Es justamente en ese amplio margen de las llamadas patologías sociales donde se centraron sus críticas a Comte y a Durkheim, ambos supusieron aunque de maneras diferentes, que es posible trazar analogías entre el cuerpo y la sociedad y que, en consecuencia, es posible hablar de anomalías o de patologías sociales: un amplio espectro que puede incluir el suicidio, el crimen o la revolución.

La relación entre factores biológicos y sociales, o entre normas biológicas y sociales es un problema teórico complejo (Grenek, 1995). No es simple decidir qué es lo que debemos comprender por normalidad o bienestar social, pero, sin duda quedarán excluidas de ese espacio las actitudes llamadas de "desajuste social".

Como afirma Aubrey Lewis (1998) el desajuste social de un individuo nunca será total, y si comprendemos que muchas veces lo que llamamos desajuste está directamente vinculado con la "no conformidad con las instituciones, prácticas tradicionales, costumbres verbales y otras costumbres predominantes en la sociedad, este tipo de desajuste social po-

dría ser, claro, aceptado y admirado" (1998:163). Resulta sorprendente, que, durante tanto tiempo, la insistencia en vincular malestares biológicos y sociales haya podido repetirse y utilizarse como instrumental teórico privilegiado en el área de la salud pública, sin que haya sido realizada una crítica de los múltiples problemas que esta asociación supone.

Si asumimos la necesidad de una crítica dirigida a esas "contrucciones conceptuales poco sólidas", deberemos concordar con la afirmación de que "a pesar de políticamente generosa, nuestra profesión de fe en los 'determinantes sociales', que se extendió a una generación entera de exponentes del pensamiento social en salud, acabó substituyendo el 'texto' por el contexto" (Castro Santos, 1998:148), acabó confundiendo dos niveles de análisis, el de las condiciones sociales de existencia y el de las patologías sociales.

Normalidad y salud colectiva

Resta que nos interroguemos por la operatividad del concepto de salud esbozado por Canguilhem cuando pretendemos hablar, ya no de sujetos individuales, sino de grupos o poblaciones, esto es cuando nos preocupamos por la salud pública. Canguilhem destaca un hecho que muchas veces es desconsiderado a la hora de programar políticas públicas y acciones colectivas de salud, un hecho que se deriva casi necesariamente del enunciado de Lenich que le sirve como punto de partida para su reflexión: "La salud no es sólo la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales" (Lenich *apud* Canguilhem 1990a, pág. 26).

Si consideramos este simple hecho que es la "discreción", veremos que el propio concepto de "salud pública" parece objetable. Para Canguilhem sería más correcto hablar de "salubridad". Esto porque la salud como fenómeno que no posee una idea que le corresponda, como un fenómeno que es al mismo tiempo presente y opaco, parece ser ajeno al espacio de lo "público". Ella se desenvuelve en el silencio cotidiano, en el anonimato. "El hombre sano, que se adapta silenciosamente a sus tareas, que vive su existencia en la libertad relativa de sus elecciones, está presente en la sociedad que lo ignora" (Canguilhem, 1990b, pág. 28). La vida en el silencio de los órganos reclama como contrapartida que ese silencio sea ignorado, reclama la discreción de las relaciones. Por el contrario quien solicita atención, quien precisa ser escuchado, es aquel que se sabe y se siente enfermo: "es el enfermo quien pide ayuda, quien llama la atención" (Canguilhem, 1990b:27). Y es por eso por lo que debería ser la enfermedad y no la salud la que se inscribe en el dominio de lo "público", de lo "publicitado".

Si nuestro mundo es un mundo de accidentes posibles, de dificultades e infidelidades y si la salud es entendida a partir del conjunto de esos poderes que nos permite vivir bajo las exigencias de un medio que en principio no escogimos, entonces es preciso y necesario que pensemos que la "discreción" debe ser uno de los elementos, y no el menos importante, a ser considerados a la hora de planificar políticas públicas tanto de asistencia como de promoción y prevención. Pero, para que esta discreción pueda ser efectiva, para que ella no se transforme en "omisión", debemos recordar una vez más que la definición de salud esbozada por Canguilhem implica que ese margen de seguridad y de tolerancia debe ser ampliado en un máximo posible. La salud como producto implica no sólo seguridad contra los riesgos, sino también capacidad para corregir el margen de tolerancia, ampliándolo de modo tal que nos permita enfrentarnos. "Sin poder de expansión, sin dominio sobre las cosas, la vida es indefinible" (Canguilhem 1990b, pág. 27).

Sólo podemos hablar de salud cuando tenemos los medios para enfrentar nuestras dificultades y compromisos. Y la conquista y ampliación de esos medios es una tarea al mismo tiempo individual y colectiva.

La salud es la libertad de darle al cuerpo de comer cuando tiene hambre, de hacerlo dormir cuando tiene sueño, de darle azúcar cuando baja la glucemia. No es anormal estar cansado o con sueño, no es anormal tener una gripe (...) Puede que sea normal tener algunas enfermedades. Lo que no es normal es no poder cuidar de esa enfermedad, no poder ir a la cama, dejarse llevar por la enfermedad, dejar que las cosas sean hechas por otros por algún tiempo, parar de trabajar durante la gripe y poder volver (Dejours, 1986, pág. 11).

La salud entendida como margen de seguridad exige que integremos aquellos elementos relativos a las condiciones de vida que fueron enunciados en la definición ampliada de la VIII Conferencia Nacional de Salud (Brasília, 1986), es sólo que esta integración se da de un modo diferente. Pues, tanto Dejours como Canguilhem parten de una misma sustrucción: "La salud de las personas es un asunto ligado a las propias personas. Esta idea es primordial y fundamental, no se pueden sustituir los actores de la salud por elementos exteriores" (Dejours 1986, pág. 8). O dicho de otro modo, la frontera entre lo normal y lo patológico sólo puede ser precisa para un individuo considerado "simultáneamente", es cada individuo quien sufre y reconoce sus dificultades para enfrentar las demandas que su medio le impone.

No es exclusivamente por esta referencia a la polaridad individuo-medio que los estudios de Canguilhem pueden contribuir a la salud

colectiva, existen otros elementos que precisan ser considerados. La tesis de que la experiencia del ser vivo incluye la enfermedad, esto es, la idea de que no existe salud perfecta, nos habla de la ilegitimidad de esas políticas de salud preocupadas por alcanzar objetivos imposibles, quiza, descubramos que estas políticas son más próximas a estrategias de mercado que a efectivos programas de promoción de la salud.

La tesis que afirma que no es posible identificar anomalía con patología puede contribuir a redefinir ciertos programas sanitarios. Recordemos que la anomalía, es una variación individual, una irregularidad que escapa de las frecuencias medias, no es un término normativo o apreciativo sino descriptivo. Si esta anomalía se vincula a sufrimiento individual, a "sentimiento de impotencia y de vida contrariada", entonces, y sólo entonces, podrá ser considerado como una patología. Es solo que ese *phatos*, ese sentimiento no es registrado en las estadísticas que establecen frecuencia y normalidad y, muchas veces, los programas de salud colectiva omiten ese hecho identificando desvío de la media con patologías a ser corregidas o con conductas de riesgo a ser prevenidas.

Por otra parte, el concepto de salud como apertura al riesgo nos permite repensar los conceptos de prevención y de promoción de la salud. Recordemos que para Cangulhem la salud implica seguridad contra los riesgos y audacia para corregirlos, implica la posibilidad de superar nuestras capacidades iniciales. En este sentido le competirá a los programas de salud colectiva crear estrategias de prevención de las enfermedades capaces de minimizar la exposición a riesgos innecesarios y, al mismo tiempo, generar políticas de promoción de la salud que nos permitan maximizar la capacidad que cada individuo posee para tolerar, enfrentar y corregir aquellos riesgos o infidelidades que inevitablemente forman parte de nuestra historia.

Definimos aquí prevención y promoción de la salud en función del propósito que se pretende alcanzar y no exactamente por la actividad realizada. Así, mientras la promoción de la salud reúne el conjunto de actividades realizadas con el propósito de mejorar un estado de salud positivo (cuidado ambiental, por ejemplo), la prevención de las enfermedades y daños es el conjunto de actividades (vacunación, por ejemplo) que persigue el propósito de evitar consecuencias negativas o riesgos para la salud (Liss, 2001).

No es todo, y cualquier riesgo puede o debe ser evitado. Recordemos que según la definición de salud de *Lo Normal y lo Patológico*, la salud es "poder caer enfermo y recuperarse", y así, al superar las enfermedades, convertirse en un cuerpo "más válido". Es a partir de aquí cuando podemos pensar a Pasteur. Acaso ¿la vacuna no es el artificio de una

infección justamente calculada para permitirle al organismo oponerse, a partir de allí, a una infección salvaje" (Cangulhem, 1990b, pág. 26). Inversamente, la salud deficiente es aquella cuyo margen de tolerancia es reducido. Lo que más tememos al caer enfermos es la debilidad que nos expone a enfermedades futuras disminuyendo nuestro margen de seguridad.

Pero, si partimos de la certeza de que los riesgos, las infidelidades y aun las enfermedades forman parte de nuestras vidas, será preciso que nos interroguemos por el alcance del concepto de riesgo. Decir que la búsqueda de la salud perfecta es un objetivo ilegítimo para la salud pública, significa afirmar que los riesgos forman parte de la salud. Esto nos exige poder diferenciar cuáles son los riesgos que pueden y deben ser evitados y cuáles son inherentes a la existencia humana. Sólo cuando tengamos claridad respecto de esta distinción podremos construir tácticas que respeten esa exigencia considerada fundamental por Cangulhem de "discreción de las relaciones sociales", esto es estrategias capaces de admitir que la salud de las personas es un asunto que se refiere primariamente a ellas mismas.

Lo cierto es que esta discreción se ha mantenido, por mucho tiempo, como un elemento ajeno a la salud pública.

Es aquí que cierto discurso encuentra su ocasión y justificación. Este discurso es el de la higiene, disciplina médica tradicional, recuperada y travestida por una ambición socio-político-médica de reglamentación de la vida de los individuos (Cangulhem, 1990b:24).

Esa pesada herencia de la higiene y medicina legal, de la cual la salud pública aún no parece haber podido liberarse, se reitera una y otra vez en ciertas políticas actuales dirigidas al control de las consideradas poblaciones y conductas de riesgo.

Desde los estudios de Villerme (1840) sobre las condiciones de vida de los obreros de la industria de algodón hasta el último estudio epidemiológico sobre violencia en el tránsito, una misma estrategia se manifiesta idéntica: presentar con el auxilio de modelos estadísticos más o menos sofisticados los riesgos detectados y el modo de prevenirlos y gestionarlos. Hay algo, sin embargo, que desde 1846 hasta nuestros días parecía quedar necesariamente excluido de esos estudios. Este espacio de riesgo que no lleva necesariamente la marca de lo indeseado, que parece ser casi deliberadamente procurado, como si se imaginara que allí, donde las estadísticas muestran lo negativo a ser controlado, se ocultaría cierta positividad, menos evidente y transparente del mismo hecho,

cierto margen de seducción asociado al mismo. Es así que en 1846 Villermé dirige sus esfuerzos de higienista a argumentar a favor de la necesidad de controlar los riesgos vinculados con el consumo de alcohol, en el caso concreto de los trabajadores de la industria productora de algodón, riesgos evitables de pauperización, inmoralidad, pereza. Pero, ese mismo fenómeno era tematizado de un modo muy diferente por los operarios a quienes se refería ese estudio, ellos podían encontrar allí un espacio de fuga, de autoreconocimiento, de camaradería, en fin, de placer.

En un maravilloso estudio realizado en 1870, llamado *Le Sublime: ou le travailleur corrompé il est en 1870*, su autor, un empresario llamado Denis Poulot, intenta presentar las costumbres y hábitos de los obreros parisinos de su época. Su intención es transformar esas conductas que él desaprueba. Pero, en el momento de describirlas y explicitarlas acaba revelando un mundo desconocido, la vida interior de los talleres del siglo XIX, un mundo donde los hábitos valorizados y las costumbres consideradas "sublimes" resultan completamente opuestas a las valorizadas tanto por los empresarios como por los higienistas.

Poulot no se limita a analizar la vida del trabajador dentro de las fábricas y talleres, entra en su existencia cotidiana en el mundo de la resistencia creado fuera de la fábrica, un año antes de la Comuna de París. Son analizados así, por medio de estudios estadísticos rudimentarios, el grado de ebriedad y sobriedad; el grado de pereza y ardor al trabajo; el grado de conformidad con el modelo familiar burgués; el grado de violencia entre compañeros (Cotterau, 1980:14).

Contra cualquier deseo de los higienistas, el estudio de Poulot muestra que la categoría de obreros más respetada entre ellos, los obreros de élite, denominados sublimes se caracterizan por ser "verdaderos alcohólicos, que funcionan a base de vino, tanto en la fábrica como fuera de ella" (Poulot, 1980: 183). Es sólo que junto con el alcohol aparecen la camaradería, el respeto de los colegas, las luchas colectivas. Entre muchas otras cosas, tales como una pésima vida familiar, estos operarios se caracterizan, también, por ser "lectores de diarios insensatos y apasionados por la lectura de romances innobles" (Poulot, 1980: 165).

Ese mismo razonamiento, puede ser repetido en relación a diferentes estudios que se detienen en el cálculo y en la gestión de riesgos: (esto es, en la identificación de los efectos adversos potenciales del fenómeno en análisis, y en los modos de evitarlos), sin considerar jamás que pueda existir algo de deseable en esa búsqueda.

Si nos preguntamos hasta donde es posible extender el concepto de salud como apertura al riesgo excluyendo los temores y los fantasmas que clásicamente han estado asociados a los conceptos de "grupo de ries-

go" o de "comportamiento de riesgo", es posible que podamos encontrar en Canguilhem un buen punto de partida para iniciar esta reflexión. En primer lugar porque considera que la tentación de "tornarse enfermo" o de asumir riesgos es una característica esencial de la fisiología humana. En segundo lugar, por el esfuerzo dedicado a diferenciar las dos modalidades que confluyen en la idea de normalidad (frecuencia y valor). Desde esta perspectiva, no puede existir ningún espacio para las llamadas "conductas de riesgo", ni para los así llamados "grupos de riesgo", estáticamente determinados cuando se los asocia con ideas de abuso y exceso, o simplemente con ideas de irresponsabilidad y descuido.

Los Usos del Riesgo

Robert Castel (1986) nos habla de una transformación sufrida por el concepto de riesgo que nos puede auxiliar a complementar los trabajos de Canguilhem. Dirá que recientemente se ha producido un desplazamiento de las intervenciones curativas, terapéuticas, hacia un "gerenciamiento administrativo preventivo de las poblaciones de riesgo" (1986:153) aliado a estrategias de promoción de la salud que nos conducen a ejercer un cierto "trabajo" sobre nosotros mismos destinado a la producción de cuerpos saludables, eficientes y adaptables. Prevención significa ahora "mapeo de riesgos", y ese mapeado ya no se refiere, como en los tiempos de Villemeré, a la presencia de un peligro concreto para un individuo o grupo (correlación alcohol-proletariado) sino que se ha disseminado en la sumatoria variable de datos impersonales, de factores independientes que pueden, eventual y potencialmente, conjugarse para conducir a ese grupo a realizar conductas médicamente indeseables. "En términos de lógica, el diagnóstico de peligrosidad pliega la categoría de lo posible sobre la de lo real, so pretexto de que lo posible es -más o menos- probable" (1986:155).

Es por eso que, como afirma Castel, prevenir es ante todo vigilar, "anticiparse a la emergencia de acontecimientos indeseables (enfermedades, anomalías, conductas desviadas, etc.) en el seno de poblaciones estadísticas detectadas como portadoras de riesgo" (1986: 154). Promover la salud, cuando no se trata de controlar políticamente las condiciones sanitarias, de trabajo y de vida de la población en general, sino de crear "hábitos saludables", es una vigilancia que cada uno de nosotros debe dirigir a sí mismo que toma como punto de partida esa misma identificación entre la probabilidad estadística y lo real. Estas estrategias pueden generar tanto acciones inocuas o efectivamente beneficiosas para nuestra salud como modos de control y exclusión.

El riesgo se mide por la correlación de criterios asociados, algunos de ellos son criterios médicos y otros sociales. Así, cuando nos preguntamos, por ejemplo, por el peligro de mortalidad materna en el parto aparecerán factores tales como la edad de la madre, si realizó o no control pre-natal, si es soltera, si es trabajadora, si es usuaria de drogas, etc. Si estos factores confluyen en el cuadro de lo que se denomina una "madre de riesgo", entonces se demandará (aunque no siempre se realice) la intervención de diversas miradas médicas, el asistente social, el psicólogo, el agente comunitario, la enfermera, etc. Siendo o no eficaz, lo que este tipo de acción hubiera permitido de haber sido realizada es "organizar un fichero general de anomalías" (Castel, 1986:140). Se posibilitaría, así, la separación de dos universos familiares: "las familias normales, las que no tienen historia o cuyas historias no llegaron a los servicios sociales" (Castel, 1986:141) y las otras, las que se recortan de modo indefinido y confuso como anormales, las que representan riesgos, médicos o sociales.

Así, "la prevención es la vigilancia no del individuo, sino de probables ocurrencias de enfermedades, anomalías, comportamientos desviados a ser minimizados, y de comportamientos saludables a ser maximizados (promoción)" (Rabinow 1999:145). Ya no se trata de normalizar individuos por el reestablecimiento de la norma de la cual el paciente se desvía, sino de prevenir, anticipar la emergencia de acontecimientos indeseables, desviaciones posibles de lo normal entre poblaciones estadísticamente detectadas como de riesgo.

Una vez más lo que nos permite trazar el mapa de los comportamientos que deben ser considerados normales y aquellos que no deben serlo, es la frecuencia. En tal caso los factores de riesgo, pueden concentrarse perfectamente las dos caras de lo normal. Las poblaciones o conductas de riesgo son aquellas que consideramos, al mismo tiempo, como desvío de la media (normal como frecuencia) y que identificamos como médica o socialmente peligrosas (norma como valor). Resulta difícil considerar, en este contexto, la exigencia de "discreción de las relaciones sociales" postulada por Canguilhem. De igual modo, difícilmente pueda ser pensada la inevitabilidad o aun la positividad de ciertos riesgos y desajustes que en ciertas circunstancias podemos suponer como deseables y que podrían ser integrados al concepto de salud.

Pero existe otro problema que debe ser observado. Cuando la mirada médica privilegia las poblaciones consideradas de riesgo, puede desatender las necesidades médicas de los grupos considerados normales. Es lo que parece haber ocurrido en relación al SIDA con las "amas de casa". En el periódico *Folha de São Paulo* del 26 de noviembre de 2001 (Biancarelli, 2001) aparece un dato alarmante: no son las prostitutas, ni

los homosexuales, ni los usuarios de drogas inyectables quienes lideran las muertes por SIDA en la ciudad de São Paulo sino las "amas de casa". Entre los motivos encontramos la escasez de información y el aislamiento en el que ellas acostumbra a vivir, pero también encontramos un dato médico significativo. Ellas son las principales víctimas de la idea, aun compartida por muchos profesionales de salud, de que existen grupos de riesgo: "Heterosexuales, casadas y no usuarias de drogas inyectables, ellas estarían fuera de la línea de peligro" (Biancarelli, 2001). Esto explicaría el número de diagnósticos tardíos, lo que puede significar hoy, en relación al SIDA, una condena a muerte.

Lamentablemente las actuales políticas de salud parecen encontrar aún un soporte teórico en la idea de "peligrosidad del riesgo". Como afirma Castel: "No se trata tanto de enfrentar una situación ya peligrosa como de anticipar todas las figuras posibles de la irrupción del peligro. Lo que marca el vacío del lugar del peligro es la distancia numérica en relación a las normas medias" (1984:154).

Las cifras muestran que los mayores riesgos son sufridos por las poblaciones marginales: extranjeros, desocupados, homosexuales; y esto posibilitó que la salud pública construyera su historia a través de una serie de intervenciones dirigidas fundamentalmente a las llamadas poblaciones de riesgo, herederas de la clásica asociación entre "clases pobres y clases peligrosas". Para conocer el modo como ellas vivían, para comprender sus conductas y calcular sus riesgos se utilizó una antigua estrategia que aún hoy no nos resulta ajena: "penetrar en el interior de las familias" para poder, así, descubrir y prevenir enfermedades futuras. Nuestros actuales programas de salud de la familia pueden acabar reproduciendo, una vez más, estas estrategias; pueden convertirse en las herederas de esos programas higienistas, a los cuales se refiere Canguilhem, manteniendo intacta su "ambición socio-político-médica" de control de la vida de los individuos y las poblaciones de riesgo.

Conclusión

Parafraseando a Castel, podríamos retomar una inquietante y muy poco tranquilizadora cuestión: ¿qué es lo que nos califica como médicos, sanitarios o agentes comunitarios a jugar el papel de consejeros del príncipe y de mediadores del pueblo? ¿Qué hay en nuestra teoría y en nuestra práctica que pueda autorizarnos a intervenir sobre factores tales como la miseria, la insalubridad de la vivienda, la sub-educación, la violencia o la moralidad? Parece que para poder responder a estas preguntas, y para limitar esa ambición de intromisión en la vida de los

individuos, debemos alcanzar cierta claridad en relación a conceptos tales como salud, riesgo, normalidad. Quizás la conceptualización de la salud como seguridad contra el riesgo y audacia para corregirlo, la separación entre anomalía y patología y el privilegio concedido al sufrimiento individual pueda auxiliarnos a enfrentar el desafío de generar estrategias de salud pública más efectivas y solidarias.

Poco a poco parece surgir un nuevo discurso que nos habla de la aceptabilidad del riesgo. Aun cuando muchas formas de control permanezcan intactas, parece estar emergiendo un nuevo modo de tematizar lo que nos permite, por ejemplo, pensar de otro modo las estrategias de prevención del SIDA. Al menos en relación con esta enfermedad, hoy sabemos que ya no es posible hablar de poblaciones o grupos de riesgo, y prácticas preventivas estimuladas, tales como el uso de preservativo o los programas de reducción de daños para usuarios de drogas, parecen hablar de una nueva aceptabilidad y de un nuevo modo de convivir con conductas consideradas peligrosas.

Referencias Bibliográficas

- BERLINGUER, G. *Ética da Saúde*. San Pablo, Hucitec. 1996.
- BIANCARELLI, A. Donas-de-casa lideram mortes por Aids. *Folha de São Paulo*. 26 nov. 2001.
- BOORSE, C. On the Distinction between Disease and Illness. *Philosophy and Public Affairs*, No 5 (pág. 40-68). 1975.
- CANGUILHEM, G. *El Conocimiento de la Vida*. Barcelona. Anagrama. 1976.
- CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro. Editora Forense Universitária. 1990 (1990a).
- CANGUILHEM, G. *La Santé. Concept Vulgaire & Question Philosophique*. Paris. Sables. 1990 (1990b).
- CASTEL, R. *La Gestión de los Riesgos*. Barcelona. Anagrama. 1986.
- CASTRO SANTOS, L. A. Os Significados da Saúde: Uma Leitura de Audrey Lewis. Rio de Janeiro. *Physis* 8 (1): 145-150, 1998.
- COITTEAU, A. *Vie quotidienne et résistance ouvrière à Paris en 1870*. Estudio previo a: *Le Sublime ou le travailleur comme il est en 1870 et ce qu'il peut être*. Paris. Maspéro. 1980.
- DAGOGNET, F. *Pour Une Philosophie de la maladie*. Paris. Textuel. 1996.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de saúde ocupacional* 1: 2-15, 1986.
- DESCARTES, RENE. *Meditaciones Metafísicas*. Madrid. Hispamérica. 1981.
- FOUCAULT, MICHEL. *Genealogía del Racismo*. Buenos Aires. Altamira. 1992.
- GREMEK, M. Declin et emergence des maladies. *Rev. História, Ciências, Saúde*. Mangueiros. 2 (2): 9-32, 1995.

- ILLICH, I. *Nêmesis de la medicina*. Rio de Janeiro. Nova Fronteira. 1975.
- KANT, I. *Conflicto das Faculdades*. Buenos Aires. Losada, 1967.
- LEWIS, A. A Saúde como Conceito Social. *Physis* 8 (1): 151-175, 1998.
- LISS, P. *Seminário: Ética e Saúde*. Florianópolis. Universidade Federal de Santa Catarina, 2001. (Mimeo).
- LUZ, M. Saúde e Instituições Médicas no Brasil. En GUIMARÃES, R. (Org), *Saúde e Medicina no Brasil*. Graal, 1979.
- MOURA, D. *Saúde não se dá, Conquista-se*. San Pablo. Hucitec. 1989.
- NIETZSCHE, F. *La Gaya Ciencia*. Madrid. Editora Sarpe. 1984.
- NORDENFELD, L. *Conversando sobre Saúde: um diálogo filosófico*. Florianópolis. Bernúncia. 2000.
- POULOT, D. *Le Sublime ou le travailleur comme il est en 1870 et ce qu'il peut être*. Paris. Maspéro, 1980.
- RABINOW, P. *Antropología da Razão*. Rio de Janeiro. Relume Dumará. 1999.
- VILLERMÉ, L. *Tableau de l'état physique et moral des ouvriers*. Paris. Impr. Impériale. 1846.
- WEIBEL, E. "Symmorphosis and Optimization of Biological design: introduction and questions". En WEIBEL, E; TAYLOR, R; BOLIS, L (Eds.) *Principles of Animal Design: the optimization and Symmorphosis Debate*. Cambridge. Cambridge University Press. 1998.