



# Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud

*Georges Canguilhem  
and the  
epistemological status  
of the concept of  
health*

Sandra Caponi

Doutora em lógica e filosofia da ciência,  
profa. do Departamento de Saúde Pública da  
Universidade Federal de Santa Catarina.  
Rua João Pio Duarte Silva, 84/501, Córrego Grande,  
88037-000, Florianópolis, SC — Brasil  
E-mail: sandrap@repensul.ufsc.br

Revisão: Lucía d'Albuquerque

CAPONI, S.: 'Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud'.

*História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2):287-307, jul.-out. 1997.

Tomando como punto de partida la discusión de Canguilhem relativa al estatuto epistemológico del concepto de salud, pretendemos problematizar las conceptualizaciones dadas por la OMS y una definición ampliada enunciada por la VIII Conferencia Nacional de Salud que se han convertido hoy en hegemónicas. Esas conceptualizaciones entienden la salud como equilibrio y adaptación al medio. Nuestro objetivo fundamental es evidenciar que el ámbito de los enunciados está en permanente cruzamiento con el ámbito de lo no discursivo, de lo institucional. Siendo así, la aceptación de determinado concepto de salud implica el direccionamiento de determinadas políticas y de ciertas intervenciones efectivas sobre el cuerpo y la vida de los sujetos.

PALABRAS CLAVES: salud, normalidad, valor, patología, conocimiento.

CAPONI, S.: 'Georges Canguilhem and the epistemological status of the concept of health'.

*História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2):287-307, Jul.-Oct. 1997.

*Taking as a point of departure Canguilhem's view on the epistemological status of the concept of health, the article examines current hegemonic concepts which see health as a question of balance and adjustment to the environment—including herein the conceptualization posed by the World Health Organization and the broad definition laid out during the 8th Health Conference. The basic goal of this examination is to show that what is defined in discursive statements constitutes an ongoing interaction with the metadiscursive statements more closely related to the world of institutions and institutional action. It is therefore argued that the adoption of a particular notion of health implies the selection of a particular direction in health care policies as well as the application of a particular set of intervention strategies regarding the lives and bodies of subjects.*

KEYWORDS: health, normalcy, value, pathology, knowledge.

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 ese asunto 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, desde el momento en que se le atribuye la “invención de una concepción mecanicista de las funciones orgánicas” (Canguilhem, 1990b, p. 20). Sin embargo, esta afirmación parece ocultar algunas contribuciones del pensamiento cartesiano. Por un lado está la distinción que se debe hacer, según se indica en la VI meditación, entre un mecanismo y un cuerpo humano, como por ejemplo, entre un “reloj desregulado” y un “hombre hidrópico” (Descartes, 1981, p. 73). Esta distinción, que difiere de aquella que podemos hacer entre un reloj regulado y uno desregulado, indica la diversidad existente entre la regulación maquínica 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. Aunque en la misma insistirá en la necesidad de no tomar en serio el mecanicismo cartesiano pues, según dirá, es imposible hablar de salud en un mecanismo.

La segunda justificativa será enunciada por Canguilhem en el texto ya referido: *La santé: concept vulgaire e question philosophique*. Allí nos recordará, siguiendo a Merleau-Ponty, que “la filosofía es el conjunto de cuestiones donde aquel que cuestiona es el mismo puesto en cuestión” (Canguilhem, 1990b, p. 36). En la medida en que todos nosotros compartimos esos hechos propios de la condición humana, como son el padecimiento del dolor y el sufrimiento, y en la medida en que todos vivimos silenciosamente ese fenómeno al que le damos el nombre de salud, parece que nos deparamos inevitablemente con una de esas cuestiones en la que necesariamente estamos involucrados, en la que necesariamente nos ponemos nosotros mismos en cuestión.

De hecho no fue exclusivamente el pensamiento filosófico clásico quien se ocupó de la salud. Basta que recordemos a Nietzsche. Posteriormente serán Maurice Merleau-Ponty y Georges Canguilhem quienes tomarán la salud como objeto de problematización filosófica. El primero, centrándose en la temática de la corporeidad; el segundo, en la oposición normal-patológico y en la historia de las ciencias bio-médicas.

Nos proponemos hacer aquí una revisión de la conceptualización de la salud que Georges Canguilhem hará en diversos textos. De manera obligada deberemos detenernos en el análisis de la primera edición de *Lo normal y lo patológico* que data de 1943, así como en los ensayos que después de veinte años darán lugar a la versión revisada de esa obra. Con todo, será casi cincuenta años después de la primera edición de *Lo normal y lo patológico*, en el año 1990, que este autor problematizará el estatuto epistemológico de esa noción. Entonces, intentará dar respuesta a la pregunta de si debemos hablar de un concepto científico, de un concepto vulgar o de una cuestión filosófica cuando nos referimos a la salud.

Canguilhem (1990b, p. 13) tomará como punto de partida para este análisis a la tercera parte del *Conflicto de las facultades* 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 le permite al hombre expresar que él está bien, sino aparentemente decir que él aparentemente está bien.” Lo que Kant afirma en estas pocas y simples líneas es de absoluta relevancia. Nos invita a pensar que la salud es un objeto ajeno al campo del saber objetivo. Por su parte Canguilhem endurecerá y llevará al límite ese enunciado kantiano al sustentar la 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, idem, p. 14). Podemos decirlo de otro modo. La salud no pertenece al orden de los cálculos, no es el resultado de tablas comparativas, leyes o promedios estadísticos y, por lo tanto, no pertenece al ámbito de los iniciados. Es, por el contrario, un concepto que puede estar al alcance de todos, que puede ser enunciado por cualquier ser humano vivo.

Para sostener esta tesis revisará rápidamente el discurso científico mostrándonos que fisiólogos y biólogos prefieren prescindir de cualquier conceptualización de la salud. Tal es el caso de Starling, fisiólogo inglés inventor del término hormonio, en cuyo tratado, *Principios de human physiology*, no aparece, en ningún momento, la palabra ‘health’ indexada. Claude Bernard, por su parte, parece asociar la salud con divagaciones metafísicas. Así, aunque pueda utilizar la expresión “organismo en estado de salud”, afirmará 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” (idem, ibidem, p. 19).

Esta exclusión explícita del concepto de salud del ámbito que es propio del discurso científico, resulta ser altamente significativa. Si nos preguntamos por los motivos de tal exclusión veremos que

se deriva necesariamente del hecho de negarnos a aceptar esa antigua y arraigada asociación por la cual se vincula la salud del cuerpo con un efecto necesario de tipo mecánico. Si nos negamos a aceptar la asociación cuerpo-mecanismo y pensamos que para una máquina su estado de funcionamiento no es su salud y que su desregulación nada tiene que ver con la enfermedad, entonces deberemos excluir del concepto de salud las exigencias de cálculo (de contabilidad) que poco a poco absorbieron su sentido individual y subjetivo. Lo cierto es que, a partir del momento en que hablamos de la salud como un fenómeno “no contabilizado, no condicionado, no medido por aparatos”, la misma “dejará de ser un objeto para aquel que se dice o se piensa especialista en salud” (idem, ibidem, p. 24). Ocurre que cuando hablamos de salud no podemos evitar las referencias al dolor o al placer y de ese modo estamos introduciendo, sutilmente, el concepto de “cuerpo subjetivo”. Entonces, 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 impiden pensar que estas afirmaciones pretendan sustentar una vuelta a la naturaleza salvaje o un individualismo radical. De todos modos, en el texto referido, Canguilhem tomará cuidado de distanciar este concepto vulgar de salud, así como el concepto de cuerpo subjetivo o aquello que llama de “salud en estado libre”, de esas modalidades actuales de pensamiento que son el naturalismo y el anti-racionalismo. Canguilhem está consciente de que “la defensa de la salud salvaje privada, por no tomar en consideración la salud científicamente condicionada, adoptó todas las formas posibles, inclusive las más ridículas”.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Canguilhem (1990, p. 34) hará una referencia significativa en este punto. Dirá que “el mismo hombre que militó por una sociedad sin escuelas apeló por una insurrección contra lo que llamó de ‘expropiación de la salud’, haciendo así una clara alusión a *Némesis de la medicina*, de Ivan Illich.

El cuerpo subjetivo no es lo otro del saber científico, uno no representa la alteridad radical del otro. Por el contrario, el cuerpo subjetivo precisa de esos saberes que le sugieren aquellos artificios que le permitirán sostenerse. “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. Ciertamente, el cuerpo vivido no es un objeto, pero para el hombre vivir es también conocer” (idem, ibidem, p. 36)

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. Si hablamos de sugerir es porque es necesario que el saber médico se disponga a aceptar que cada uno de nosotros lo instruya sobre aquello que “solo yo

estoy capacitado para decirle”. Mi médico será, entonces, aquel que me auxilie en la tarea de dar un sentido, que para mi no es evidente, a ese conjunto de síntomas que de manera solitaria no consigo descifrar. Un verdadero médico, dirá Canguilhem, será aquel que acepte ser un exégeta más que un conocedor.

Si concordamos con Canguilhem en esta tesis de que no existe un “concepto científico” de salud, entonces deberemos intentar esclarecer que es lo que entiende por aquello que llamó de “concepto vulgar”. Creemos que la delimitación de este concepto nos permitirá llevar adelante un cuestionamiento de esas definiciones de salud, que parecen ser en menor o mayor grado aceptadas por todos (más o menos hegemónicas), para poder señalar así cuales son sus límites y dificultades.

Pensemos en la definición dada por la Organización Mundial de Salud (OMS) y por la VIII Conferencia Nacional de Salud (Brasília, marzo de 1986) o aquella fundamentada en la idea de equilibrio y de adaptación al medio. De ahí que nuestro interés en problematizar esas conceptualizaciones corrientes de la salud tiene como objetivo fundamental evidenciar que el ámbito de los enunciados, el ámbito de los discursos, está en permanente cruzamiento con el ámbito de lo no discursivo, de lo institucional. Es por ello que la aceptación de determinado concepto implica mucho más que un enunciado, implica el direccionamiento de ciertas intervenciones efectivas sobre el cuerpo y la vida de los sujetos, implica la redefinición de ese espacio donde se “ejerce el control administrativo de la salud de los individuos”. Comencemos ahora por analizar e intentar esbozar ese concepto vulgar de salud que propone Canguilhem.

### **La salud como apertura al riesgo**

Ese concepto vulgar, que escapa de todo cálculo, tanto de promedios estadísticos como de medición por aparatos, esa salud no condicionada, es pensada por Canguilhem en términos de “margen de seguridad”. Es por eso que 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” (idem, *ibidem*, p. 35). Como vemos, cincuenta años después, Canguilhem permanecerá fiel a aquello que llamó de un 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 del medio.

Quizás la mayor riqueza del análisis de Canguilhem esté en su insistencia en tomar como punto de partida las infidelidades, los errores. *Lo normal y lo patológico* 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.

Como él mismo afirmará veinte años después de esa primera edición: “hoy insistiría en la posibilidad y aún 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” (idem, 1990a, p.13). Este privilegio concedido al error nos habla claramente de un concepto de salud que es ajeno a cualquier padronización 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 ser lo suficientemente relativo como para atender a las particularidades de aquello que para unos y para otros está contenido en su percepción de lo que es “salud” y “enfermedad”. Siguiendo esta misma línea argumentativa, Christophe Dejours (1986, p. 8) podrá afirmar, refiriéndose específicamente al trabajo, que “es la variedad, la variación, los cambios, lo que resulta más favorable a la salud”.

Pensar en la salud a partir de las variaciones y de las anomalías implica negarse a aceptar un concepto que se pretenda de valor universal, y consecuentemente, implica negarse a considerar la enfermedad en términos de dis-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 tornarse enfermo es una característica esencial de la fisiología humana. Transponiendo una frase de Paul Valéry, se puede decir que “la posibilidad de abusar de la salud forma parte de la salud” (Canguilhem, 1990a, p. 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”. “Lo normal es vivir en un medio en que fluctuaciones y nuevos acontecimientos son posibles” (idem, *ibidem*, p. 146).

Este análisis nos remite al concepto de “cuerpo subjetivo” al que ya hicimos referencia. Y es a partir de esa singularidad que se pensará al cuerpo vivo, “ese existente 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 a la exposición a un medio que él mismo no escogió” (idem, 1990b, p. 22). Es esa posibilidad, diferente en cada uno de nosotros, de representarnos el conjunto de capacidades o poderes que poseemos para conseguir enfrentar las agresiones a las que necesariamente e inevitablemente estamos expuestos.

Ahora bien, este cuerpo no es una esencia presente de una vez y para siempre. Supone una duplicidad: por un lado es aquello que nos es dado (el genotipo), pero por otro, es algo que pertenece al orden del efecto, es un producto (un fenotipo). Es en el juego de esa duplicidad que se recortan las singularidades y que 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.

Pero es a partir del cuerpo entendido como efecto, como producto, que 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 o trabajo, contribuyen a modelar su fenotipo, o sea a modificar su estructura morfológica llevando a singularizar sus capacidades” (idem, *ibidem*, p. 24).

Existen aquí dos cuestiones, referidas a dos modalidades diversas, que adquiere el vínculo entre salud y sociedad que precisan ser consideradas. 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, etc. Todas estas características, sumadas a las diferencias existentes en relación a las condiciones de saneamiento básico, constituyen ese conjunto de elementos que precisa ser considerado a la hora de programar políticas públicas e intervenciones tendientes a crear estrategias de transformación de las desigualdades que se definen como causas predisponentes para diversas enfermedades. Hasta aquí la etiología social de la enfermedad nos remite al ámbito de lo público y es en ese ámbito que deberían delinearse las estrategias de intervención.

Por otra parte, existen estilos de vida escogidos, elecciones y conductas individuales que pertenecen al ámbito de lo privado pero 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 entonces, el ámbito de lo público y el ámbito de lo privado, comenzaron a borrar sus fronteras haciendo que las políticas de salud se conviertan 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.

Así parece que resulta más simple normalizar conductas que transformar condiciones perversas de existencia. “Es aquí que cierto discurso encuentra su ocasión y justificación. Este discurso es el de la higiene, disciplina médica tradicional, recuperada y disfrazada por una ambición socio-político-médica de reglamentación de la vida de los individuos.”

Esa consideración del cuerpo como algo dado y como un producto llevará a Canguilhem a diferenciar la salud como estado y como orden. Al hablar de la salud como un estado del cuerpo dado, Canguilhem retomará el esbozo de esa definición de salud que en 1943 diera en *Lo normal y lo patológico*. Es “poder caer enfermo y recuperarse” y así al superar las enfermedades convertirse en un cuerpo “más válido”. Es a partir de aquí que podemos pensar en 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?” (idem, ibidem, p. 26). Por el contrario, una salud deficiente es aquella cuyo margen de tolerancia es reducido. Así, lo que más tememos al caer enfermos es la debilidad que nos expone a enfermedades futuras disminuyendo de ese modo nuestro margen de seguridad.

Por otra parte, al referirse a la salud como expresión del cuerpo “producto”, Canguilhem dirá que “es una seguridad vivida en el doble sentido de seguridad contra el riesgo y de audacia para corregirlo. Es el sentimiento de tener la capacidad de superar las capacidades iniciales, es poder mandar a hacer al cuerpo aquello que en principio parecía imposible” (idem, ibidem, p. 27). Y esto puede ser dicho no sólo de los atletas o de las personas que consiguen ajustar su organismo a exigencias diferentes de aquellas que son esperables, sino también de aquellas que consiguen transformar, corregir un medio social que es adverso. Salud es entonces poseer una capacidad de tolerancia o de seguridad que es más que adaptativa.

Por el contrario, la disminución de la salud referida al cuerpo entendido como producto 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 siendo causas predisponentes para enfermedades futuras, tal es el caso de: falta de alimentación adecuada, trabajo infantil, desnutrición o exposición a inclemencias ambientales. Resta ahora intentar analizar, a partir de este “concepto vulgar” esbozado por Canguilhem, aquellas definiciones y conceptualizaciones de la salud que hoy son, de



manera general, aceptadas para poder señalar así cuales son sus límites y dificultades.

### **La salud como equilibrio**

El equilibrio entre el organismo y el medio es, quizás, el modo más clásico y antiguo de conceptualizar la salud. Recordemos que una de las primeras definiciones que la historia nos revela se refiere a la salud como equilibrio. Galeno, en uno de sus 83 textos llamado *Definiciones médicas*, afirma que “la salud es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza, o de los humores que en nosotros existen, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales. O, también, es la cómoda armonía de los elementos” (Moura, 1989, p. 42).

Esta definición clásica, aunque transformada, permanece hasta nuestros días bajo las más diversas enunciaciones. Hoy podemos encontrarla como marco obligado de referencia para diferentes grupos profesionales del área de salud. Tal es el caso de la definición dada por Perkins: “salud es un estado de relativo equilibrio de forma y de función del organismo que resulta de su ajuste dinámico satisfactorio a las fuerzas que tienden a perturbarlo. No es un interrelacionamiento pasivo entre la materia orgánica y las fuerzas que actúan sobre ella, sino más bien una respuesta activa del organismo en el sentido de ajuste” (Kawamoto, 1995, p. 11). La crítica más frecuente dirigida a este concepto dirá que aun cuando se hable de equilibrio dinámico y de respuesta activa, la crítica se restringe pura y exclusivamente al ámbito de lo biológico, de lo orgánico y así acaba reduciendo el fenómeno de la salud a un mecanismo adaptativo sin detenerse a problematizar el hecho de que muchas veces es el propio medio el que determina y condiciona la aparición y la distribución social de las enfermedades. En tal sentido se dirá que nos encontramos frente a un concepto restricto y negativo. La salud es entendida exclusivamente como ausencia de enfermedad y será como respuesta a esa restricción que surgirán otros conceptos “ampliados” que afirmarán que la salud es algo más que esa ausencia. En esta línea deberemos ubicar la definición de salud dada por la OMS y aquella que fue enunciada en la VIII Conferencia Nacional de Salud que, como veremos, también precisan ser revisadas.

En la misma línea argumentativa, Ingman Pörn (1984, p. 7) conceptualizará la salud en términos de equilibrio y afirmará que “la salud es el estado que una persona obtiene exactamente en el momento en que su repertorio de acción es relativamente adecuado a los objetivos por ella establecidos”. Lennart Nordenfelt (1984, p. 12) será categórico en su crítica a esta definición. Como él mismo afirma, su principal objeción se dirige a la tesis del equilibrio cuyo

problema crucial se encuentra en la variabilidad existente entre los objetivos propuestos por diferentes personas. Si consideramos esta variabilidad y el hecho de que muchas veces establecemos metas que son inalcanzables, situaciones en las cuales no existe armonía entre el repertorio de acciones y los objetivos establecidos, parece que nos encontraríamos a cada paso con un caso de enfermedad. Refiriéndose a la definición de Pörn dirá: “creo que es obvio que allí se envuelve un uso considerablemente elástico de la connotación que comúnmente damos a la ‘enfermedad’. Acaso podemos aceptar la idea de que todos los casos de ‘fracaso’ (cuando se debe a causas interpersonales) son casos de enfermedad?”

Nordenfelt parecería inscribirse así dentro de la perspectiva teórica abierta por Canguilhem. Recordemos que para éste último las infidelidades del medio, los fracasos, los errores y el malestar forman parte constitutiva de nuestra historia porque nuestro mundo es un mundo de accidentes posibles. Y es a partir de nuestra capacidad, que no es unívoca sino diversa, para tolerar esas infracciones que debemos pensar en el concepto de salud. Siendo así, la salud no puede ser reducida a un mero equilibrio o capacidad adaptativa, sino que debe ser pensada como esa capacidad que poseemos de instaurar nuevas normas en situaciones que nos resultan adversas.

Recordemos que la salud puede definirse como “el conjunto de seguridades en el presente y de seguros para el futuro”, como la posibilidad de caer enfermo y recuperarse. La salud es en definitiva, algo así como “un lujo biológico”. Como vemos, este concepto nada tiene que ver con los parámetros de equilibrio, de adaptación o de conformidad con el medio ambiente. Nada tiene que ver con un interrelacionamiento pasivo entre la materia orgánica y las fuerzas que actúan sobre ella, pero tampoco puede ser reducido a una respuesta activa del organismo en el sentido de reajuste.

Podríamos decir que la definición de salud dada por Canguilhem supone esta capacidad de adaptación. Sin embargo, la excede. Es que la explicación orgánica de ajuste o adaptación no corresponde, desde su perspectiva teórica, al concepto de salud sino al concepto de “normalidad”. Podríamos decir que esa capacidad de ajuste nos habla de un organismo normal que sin embargo 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 consigue conquistar 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 compatibilidad con la vida, aunque 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 restrictivo y controlado en relación al cual ya 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. Recordemos que saludable es, desde esta perspectiva, aquel que tolera y enfrenta las infracciones.

Digamos, por fin, que por “normal” debemos entender algo más que “compatible con la vida”. El concepto de normal está indisolublemente vinculado con el promedio estadístico o tipo. Sabemos que estos conceptos, lejos de ser estrictamente biológicos, responden a parámetros o promedios 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 promedio por la cual los valores considerados como promedios estadísticos 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 el promedio el 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”. Afirma que debemos considerar a los promedios (constantes) fisiológicos 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 es a través de la variación de las normas sociales y vitales que se producen variaciones en los promedios estadísticos que consideramos constantes funcionales. De aquí podemos concluir que a medida que el concepto de salud se piensa como equilibrio y adaptación, como ajuste con el medio ambiente que puede ser traducido en términos de promedios estadísticos y de constantes funcionales, estamos olvidando o pasando por alto un hecho significativo: no existe una barrera que separe taxativamente lo normal y lo patológico. “Siendo que lo normal no tiene la rigidez de una 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, p. 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” (idem, ibidem). 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 Émile Durkheim. Existe, por el contrario, una diferencia sustancial, cualitativa entre un estado y otro que no puede reducirse a cálculos, promedios o constantes. “Lo patológico implica un sentimiento directo y concreto de sufrimiento y de impotencia, sentimiento de vida contrariada” (Canguilhem, 1976, p. 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*.

### Salud y bienestar

Recordemos una vez más la definición de salud enunciada 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, 1984, p. 43). Esta definición es frecuentemente objeto de críticas. Se dice, por ejemplo, que es un concepto utópico porque ese 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. 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 (1979, p. 165), 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 brasilera a lo largo de su historia”.

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 aunque 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 lo siente y no siempre podrá ser enunciada del mismo modo por diferentes sujetos, aun cuando pueda ser reducido a un “padrón 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.

Ciertamente, no pretendemos afirmar aquí que la definición de la OMS no tiene objeciones. Por el contrario, creemos que es necesario problematizarla mostrando que existe una dificultad inherente a la misma. Creemos que este concepto, más que impracticable, por utópico y subjetivo, puede resultar políticamente conveniente para legitimar estrategias de control y de exclusión de todo aquello que consideramos como indeseado o peligroso. En el momento en que se afirma que el “bienestar” es un 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): la laboriosidad, la convivencia social, la vida familiar, el control de los excesos. Y al hacerlo se descalificará, inevitablemente, como un dis-valor, como su reverso patológico y enfermizo todo aquello que se presente como peligroso, indeseado o que simplemente se considera como un mal. Como afirma Canguilhem (1990a, p. 211) citando a Bachelard: “la voluntad de limpiar necesita de un adversario que esté a su altura”.

Nos parece que hay algo que se escapa en esa definición, algo que Nietzsche supo enunciar en uno de sus aforismos de *La gaya ciencia* (af. 338) 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”. 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 medicamente 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 de “bienestar”.

Y esta ambigüedad parece ser aún más difícil de aceptar cuando hablamos de bienestar social o mental. Dejours (1986) afirmará que no sólo es difícil precisar lo que 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, sin considerar que forman parte de la propia historia de cada ser humano pudiendo resultar mucho más estimulante que la absoluta carencia de desafíos, algo así como la calma que precede a la nada.

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 estará fundada en la pretensión de proteger a la sociedad de esos sujetos indeseables, sino que por el contrario, se sustentará en la certeza de que esa intervención persigue un objetivo altruista: la recuperación de esos sujetos. Es preciso negarse a aceptar cualquier tentativa de caracterizar a los infortunios como patologías que deben ser medicamente 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 la capacidad de administrar en forma autónoma ese margen de riesgo, de tensión, de infidelidad, y por que no decirlo, de “malestar” con el que inevitablemente todos debemos convivir.

Si analizamos ahora el concepto de salud de la OMS desde la perspectiva teórica apuntada por Canguilhem, veremos que aquí también existe un equívoco y una superposición entre los conceptos de salud y normalidad. Es que el concepto de normal es doble. Por un lado nos remite, como ya vimos, a la noción de promedio estadístico, de constantes y tipos, pero 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. Ocurre que, tal como afirma Michel Foucault (1992, p. 181), “el elemento que circula de lo disciplinario a lo regulador, que se aplica al cuerpo y a las poblaciones y que permite controlar el orden del cuerpo y de los hechos de una multiplicidad humana es la norma”.

Es por eso que para Canguilhem (1976, p. 204), 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 contra-valor vital. Y la monstruosidad no es un fenómeno biológico, sino que es intermediario 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 medicamente peligroso y nocivo.

Recordemos que la definición de la OMS nos habla de un estado de bienestar físico, mental y social. Sin embargo, parece no considerarse que lo que llamamos bienestar se identifica con todo aquello que en una sociedad, y en un momento histórico preciso, es valorizado como “normal” excluyendo, en consecuencia, todo aquello que desvalorizamos y consideramos como simple “anomalía” o “monstruosidad”.

Esta definición corre por lo menos dos riesgos. Por un lado se limita a valorizar la capacidad de aceptación de aquello que es considerado como deseable, desconociendo así, que el concepto

de salud excede la aceptación y se vincula con la capacidad de ser normativo. Por otra parte, y como ya lo dijimos, Canguilhem toma como punto de partida para sus análisis un hecho que contradice esa definición fundamentada en el concepto de “bienestar”. Para él, las infidelidades del medio, los fracasos, los errores y el malestar forman parte constitutiva de nuestra historia y desde el momento en 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.

El concepto de bienestar, tal como el concepto de equilibrio, limita el alcance de la salud a ese ámbito que es propio del concepto de normalidad, que piensa la normalidad, ya no en términos de promedios estadísticos y constantes funcionales, sino en términos de valores que son social e históricamente afirmados como tales.

El concepto de la OMS excluye cualquier posibilidad de pensar en las anomalías como simples variaciones del tipo específico que pueden devenir, en ciertas circunstancias, también normativas. 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. Ese punto estará dado por la incapacidad de dar respuesta a los deberes que su medio le impone. Como ya señalamos, estar enfermo es poder vivir sólo en un medio restricto, limitado.

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 (1990a, pp. 223 e ss.) en su crítica a Comte: no podemos hablar sin ambigüedad de normalidad y de patología social. Lo normal y lo patológico, aunque nos remitan a valores sociales, no pueden ser pensados independientemente de los valores vitales y, consecuentemente, no pueden ser predicados sin generar dificultades en lo social.

Según la concepción de Canguilhem, no existen las así llamadas patologías, ni las así llamadas anormalidades sociales. En ese sentido un “malestar social”, bajo ningún aspecto, podría ser pensado como una patología tal como puede ser, por ejemplo, aquel que es experimentado por un extranjero ante las dificultades e infidelidades que su nuevo medio le impone. Es justamente en ese amplio margen de patologías sociales donde pueden centrarse las 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 que abarcan un amplio espectro que puede incluir al suicidio, al crimen o a la revolución.

### **La salud como valor social**

Analicemos ahora el concepto “ampliado” de salud formulado en la VIII Conferencia. El mismo posee la capacidad y el mérito de haber conseguido direccionar la atención para la estrecha conexión existente entre la salud de los sujetos y la sociedad de la que forman parte.

Recordemos su enunciado: “En sentido amplio la salud es la resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, tiempo libre, libertad, acceso y posesión de tierra y acceso a los servicios de salud. Siendo así, es principalmente el resultado de las formas de organización social, de producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida” (Fase Publicações, 1987, pp. 10-1).

Nos encontramos aquí con la explicitación de un reconocimiento que ya era propio de la tradición higienista centrada en la determinación social de la enfermedad. Tal reconocimiento nos parece, sin duda, que no tiene objeción. Resulta imprescindible explicitar, aunque sea bajo una enunciación meramente agregativa, los factores que socialmente inciden y determinan el estado de salud y de enfermedad de los sujetos, considerados individualmente o como grupos humanos. Creemos, sin embargo, que es preciso cuestionar este concepto en la medida en que reproduce algunos de los mismos errores que ya señalamos cuando nos referimos a la definición de la OMS. En tal sentido creemos que puede resultar esclarecedora la crítica que Paulo Cesar Nascimento (1992) dirige contra este concepto. Aun sin tomar como punto de partida para su análisis el pensamiento de Georges Canguilhem, este autor deberá privilegiar necesariamente la pluralidad, la diversidad y la singularidad, siendo que estos son elementos constitutivos de la problematización arendtiana de la condición humana en la que fundamenta sus reflexiones.

Según este autor, la conceptualización de la VIII Conferencia acaba situando la salud y la enfermedad como fenómenos superestructurales que reproducen, como una resultante o como un reflejo, una única dimensión considerada como determinante absoluta: la “base socioeconómica” o infraestructura económica. Así, aquella que se propone como la forma más progresista e innovadora de conceptualizar la salud, puede acabar por resultar

políticamente poco operativa o simplemente inhibidora de acciones efectivas. Como afirma Nascimento (idem, p. 189), “no es difícil deducir a partir de esta conceptualización que sólo se podrá alcanzar la salud plena transformando las formas de organización social de producción, o sea instituyendo una nueva sociedad”. Siendo así, esta definición nos coloca delante de un desplazamiento significativo. La política de salud deja de tener un objetivo propio y pasa a ser considerada como instancia de una estrategia más abarcadora: la transformación social. No se consideran así las intervenciones efectivamente realizadas que son pensadas como propias de políticas reformistas.

Los riesgos de esta conceptualización son varios. En primer lugar se pierde cualquier referencia a una especificidad biológica o psíquica de la enfermedad, no se la toma en cuenta, siendo excluida cualquier referencia a una dimensión “vital”. El ‘bios’ no es mencionado ni siquiera como un elemento más entre todos los que allí se explicitan. En segundo lugar, y como consecuencia de esa omisión, parece quedar excluido de la polaridad salud-enfermedad cualquier afección que no sea resultante de condiciones sociales precarias, fenómeno que se desmiente cuando observamos las condiciones de salud de países opulentos. Como afirma Nascimento siguiendo a Hannah Arendt, la polaridad salud-enfermedad no es sólo una resultante, sino también una constante que nos remite a la polaridad insuperable y universal existente entre la vida y la muerte. Sin pretender negar o disminuir la importancia de la determinación social de la enfermedad, creemos necesario señalar que una conceptualización operativa de ‘salud’ no puede reducir su alcance a un efecto de las desigualdades sociales entendido como elemento exclusivo y excluyente.

Existe otro límite de la conceptualización dada por la VIII Conferencia que se vincula con aquel que señalamos al hablar del concepto de la OMS. Me refiero a la amplitud y extensión que alcanza una definición agregativa en la que todos, absolutamente todos, los órdenes de la existencia pueden ser pensados en términos de salud-enfermedad: trabajo, alimentación, tiempo libre, placer etc. En la medida en que aceptamos tal extensión corremos el riesgo de que todos los ámbitos de la existencia de los hombres puedan ser considerados como medicalizables. El ámbito de la asistencia y del saber médico (con toda la amplitud que este término implica) pueden ser extendidos inclusive a espacios aparentemente tan subjetivos e individuales como es, por ejemplo, el de la “felicidad”. A este respecto concordamos con la apreciación de Nascimento relativa a los riesgos de esta extensión. “De la forma en que se coloca la salud en las resoluciones de la VIII CNS, queda la impresión de que el movimiento sanitario se quiere colocar como ‘clase universal’ en la perspectiva que Marx le atribuía al

proletariado, no restándole a las otras fuerzas nada para hacer. O sea el movimiento sanitario desde esta perspectiva se erige como el “rey filósofo” de la sociedad, es el que al colocar la cuestión de la salud como eje de todas las transformaciones necesarias a la sociedad termina “creyéndose con el derecho de tener la palabra final sobre todas las luchas reivindicatorias existentes, en muchas de las cuales, la salud aunque sea importante, no es el tema principal ni el camino para reivindicaciones más radicales” (idem, ibidem, p. 190). Intentar reducir todos los fenómenos de la existencia a la dualidad salud-enfermedad puede llevar a equívocos, tanto a la hora de exigir reivindicaciones y derechos que ni siempre pueden ser pensados en términos de salud, como a la hora de legitimar una extensión de respuestas “terapéuticas” para los conflictos sociales.

Resta finalmente problematizar el concepto de salud de la VIII Conferencia a partir de las teorizaciones de Canguilhem. En primer lugar, creemos que este retorno puede resultar operativo desde el momento en que los conceptos de salud y enfermedad son pensados en el interior de un juego que se establece entre determinaciones sociales y límites o capacidades vitales. Este concepto supone una polaridad entre el organismo y su medio social. Pero, podría objetarse que aun cuando Canguilhem nos hable insistentemente de esa polaridad, parece excluir una preocupación consistente y claramente direccionada para esos determinantes sociales de las enfermedades. Dicho de otro modo, se podría objetar que al hablar de la necesidad de integrar esas infidelidades del medio como un elemento indispensable para tematizar la salud, se corre el riesgo de legitimarlas en lugar de combatir las.

Creemos que es posible y necesario hacer otra lectura del texto de Canguilhem. Si el concepto de salud se define por esa capacidad de tolerancia para con las infidelidades del medio y si se trata de un concepto relativo, en el sentido de que existen personas más o menos saludables en situaciones concretas, entonces podemos concluir que el mismo debe ser extendido, no sólo a la capacidad de auto cuidado, señalada por Canguilhem (1990a, p. 158) como un elemento central, sino que también debe contemplar, y de un modo privilegiado, a todos esos determinantes sociales que la definición de la VIII Conferencia enumera. La distribución de la enfermedad en la población nos habla directamente de la vinculación existente entre esa propensión a caer enfermo y la falta de condiciones mínimas en lo que se refiere a alimentación, habitación, educación etc. Si pensamos por ejemplo en la tuberculosis, podremos observar que los organismos menos saludables son aquellos que poseen menor capacidad (falta de alimentación, de vivienda, de educación, incapacidad de auto cuidado etc.) para tolerar y enfrentar esta infidelidad (en este caso el bacilo de Koch) que su medio presenta.

Lo mismo podemos decir si pensamos en el caso frecuente de chicos desnutridos o con deficiencias por falta de alimentación y de estimulación apropiadas. Muchas veces pueden sobrevivir en circunstancias muy determinadas y controladas pudiendo ser considerados como “normales”, compatibles con su medio. Pero, si este medio es alterado, si pasamos de un medio restrictivo y controlado para un medio plagado de infidelidades es muy posible que no posean la capacidad para tolerarlas y entonces aquello que era “normal” se convierte en patológico. Esto significa que capacidad de tolerancia para enfrentar las dificultades está directamente vinculada a valores no sólo biológicos sino también sociales (idem, *ibidem*, p. 162).

### **La salud colectiva**

Para concluir, es preciso que nos interroguemos por la operatividad del concepto de salud esbozado por Canguilhem cuando pretendemos hacer extensivo este concepto, ya no a sujetos individuales, sino a grupos o poblaciones, esto es cuando nos preocupamos por la salud pública. Sin duda, el concepto de la VIII Conferencia perseguía un objetivo que no podemos dejar de considerar. Ese objetivo es el de apuntar para esas carencias, esas faltas, que inevitablemente son elementos determinantes en la propagación de las más variadas enfermedades. Pero, el concepto vulgar de salud del que nos habla ese autor nos invita a ser cuidadosos con esa extensión.

Existe un elemento que muchas veces no se lo toma en cuenta en el momento de programar políticas públicas y acciones colectivas de salud. Se trata de un hecho que Canguilhem (1990b, pp. 27-8) destaca al hablar de las intervenciones que la salud pública realiza sobre las poblaciones. Recordemos la extensión que Canguilhem hace del enunciado de Lerich: “La salud no es sólo la vida en el silencio de los órganos, es también la vida en la discreción de las relaciones sociales.”

Si consideramos este simple hecho que es la “discreción”, veremos que el propio concepto de “salud pública” parece objetable. Para Canguilhem (*idem*, p. 28) 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”. La salud 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.” 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.” Y es por eso que debería ser la enfermedad, y no la salud, lo 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 permiten, a cada uno de nosotros, vivir bajo la imposición de ese 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 prevención. Sin embargo, para que esta discreción pueda ser efectiva, para que 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 ese margen de tolerancia, ampliándolo de modo tal que nos permita enfrentarlos. “Sin poder de expansión, sin dominio sobre las cosas, la vida es indefendible” (idem, *ibidem*, p. 27). Podemos hablar de salud cuando tenemos los medios para enfrentar nuestras dificultades y nuestros 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 glicemia. 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 y dejarse llevar por la enfermedad, no poder dejar que las cosas sean hechas por otros por algún tiempo, no poder parar de trabajar durante la gripe y después poder volver” (Dejours, 1986, p. 11). Como vemos, 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. Solamente que esa integración se da de un modo diferente. Pues, tanto Dejours como Canguilhem parten de una misma suposición: “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” (idem, *ibidem*, p. 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.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canguilhem, Georges  
1990a *O normal e o patológico*,  
Rio de Janeiro, Forense Universitaria.
- Canguilhem, Georges  
1990b *La santé: concept vulgaire e question philosophique*.  
Paris, Sables.
- Canguilhem, Georges  
1976 *El conocimiento de la vida*.  
Barcelona, Anagrama.
- Dejours, Christophe  
1986 'Por um novo conceito de saúde'.  
*Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*.
- Descartes, René  
1981 *Meditaciones metafísicas*.  
Madrid, Hispamérica.
- Fase Publicações  
1987 *A saúde em estado de choque*.  
Espaço e Tempo.
- Foucault, Michel  
1992 *Genealogía del racismo*.  
Buenos Aires, Altamira.
- Kawamoto, Emilia  
1995 *Enfermagem comunitaria*.  
São Paulo, EPU
- Luz, Madel  
1979 'Saúde e instituições médicas no Brasil'. Em Reinaldo Guimarães (org.),  
*Saúde e medicina no Brasil*. Rio de Janeiro, Graal.
- Moura, Demócrito  
1989 *Saúde não se dá, conquista-se*.  
São Paulo, Hucitec.
- Nascimento,  
Paulo Cesar  
1992 'Democracia e saúde: uma perspectiva arendtiana'.  
Em *Saúde coletiva*, Rio de Janeiro, Relume-Dumará.
- Nietzche, Federico  
1984 *La gaya ciencia*,  
Madrid, Sarpe.
- Nordenfelt, Lennart  
1984 'On the circle of health'. Em Lennart Nordenfelt e Ingemar Lindahl (orgs.),  
*Health, disease, and causal explanations in medicine*.  
Boston, D. Reidel Publishing Company, Philosophy and Medicine 16.
- Pörn, Ingmar  
1984 'An equilibrium model of health'. Em Lennart Nordenfelt  
e Ingemar Lindahl (orgs.): *Health, disease, and causal  
explanations in medicine*. Boston. D. Reidel Publishing Company,  
Philosophy and Medicine 16.

Recebido para publicação em agosto de 1997.