

*Filosofía de la medicina*, de CRISTIAN SABORIDO, MADRID, TECNOS, 2020, 288 pp.

El reciente libro de Cristian Saborido viene a llenar un vacío en el estudio filosófico de las actividades clasificadas como científicas. Si bien en las últimas décadas se ha producido un gran desarrollo en la filosofía de las ciencias biológicas, y a pesar de los vínculos obvios de la medicina con las ciencias de la vida, no ha sido hasta épocas muy recientes cuando los filósofos de la ciencia se han dedicado al análisis de esa mixtura de ciencia y “saber hacer” que supone la medicina. No sería justo decir que la medicina es un campo sin explorar para la filosofía, sobre todo desde el enfoque ético, sin embargo, no son muchos los trabajos filosóficos que analizan los aspectos conceptuales, teóricos y metodológicos de la medicina. Aspectos ontológicos, como los conceptos de salud y enfermedad, o epistémicos, como el tipo de conocimiento que supone la medicina o la forma de explicación, son enfoques poco tratados en la filosofía de la medicina en español. En esta reseña iré desgranando estos y otros aspectos tratados en el libro de Saborido.

Cabe destacar que, a pesar de que es un tratado profundo y detallado que puede servir como guía para una asignatura universitaria, *Filosofía de la medicina* es también un “libro de mesilla”, es decir, es un libro que se puede leer sin ser filósofo ni tener conocimientos previos de filosofía, y que no exige tampoco ser médico o profesional de la salud, ni tener un conocimiento detallado de la medicina. Estamos ante un libro que cualquier persona puede leer con facilidad, escrito de forma amena y de fácil comprensión (aquí se nota la experiencia docente del autor), que trata cuestiones que nos afectan a todos porque todos estamos y vamos a estar sanos o enfermos. La profundidad del libro no está reñida con su estilo, que sigue un modelo socrático, como bien apunta el autor en su primer capítulo. De una forma certera, Saborido expone diferentes enfoques, contraponiéndolos sin decantarse por ninguno de ellos, y deja que el lector dé a luz su propia conclusión. El autor asiste al parto, ayuda, pero el alumbramiento es tarea del lector. Además, cada conclusión extraída en cada capítulo plantea a su vez una nueva pregunta, que se abordará en el siguiente. Así, el lector va descubriendo problemas, encontrando alternativas y teniendo que tomar decisiones que le llevan a una nueva duda, que se analizará en cada sección del libro.

Pero, al contrario de lo que afirmaban que les ocurría a los discípulos de Sócrates, es poco probable que el lector se corrompa, porque los temas analizados son clave para comprender los conceptos básicos acer-

ca de la salud y su “mejora” en una época en la que quien lleva un estilo de vida “no saludable” resulta sospechoso. Por lo tanto, tener una idea clara y propia de la salud y de la enfermedad y no dejarse llevar por las ideas patrocinadas por los que tienen intereses, generalmente comerciales, es claramente beneficioso. Pero, aunque el libro, como se ha dicho, no está dirigido a un tipo único de lector, es una obra que debería ser de obligada lectura para todos aquellos que se dediquen de una forma o de otra a la medicina. Y no me refiero solo a los médicos, sino a todos los profesionales que orbitan alrededor de la salud, como los muchas veces minusvalorados profesionales de la enfermería en tanto que encargados del cuidado del enfermo, o como definió Virginia [Henderson (1961)], los que están a cargo de satisfacer las necesidades fundamentales del enfermo. La comprensión de estas necesidades es fundamental; por ello una reflexión como la que aporta este libro es de vital importancia para comprender qué es estar enfermo y, más importante aún, qué es estar sano.

En cuanto a su estructura, el libro arranca con un prefacio imprescindible para los no formados en filosofía, que continua en el capítulo 1 con la necesidad de una definición de salud que gire alrededor de la célebre definición de la OMS. Continúa con los distintos enfoques sobre salud y enfermedad desde la perspectiva naturalista (capítulo 2) y constructivista (capítulo 3). En el siguiente capítulo se analiza la profesión médica como una actuación intermedia entre ciencia y arte, entre realismo y empirismo, donde el principio de precaución debe imponer su hegemonía en una disciplina marcadamente normativa. El capítulo 5 se reserva para la explicación en medicina; en él se exponen al lector las posturas reduccionistas y holistas y el principio de causalidad en las enfermedades. La clasificación de las enfermedades y su vinculación (o no) con clases naturales ocupa el capítulo 6, que continua en el 7 con las enfermedades mentales como paradigma de la promoción de enfermedades. Una reflexión final ocupa el capítulo 8.

Los que tenemos un mínimo de edad recordamos las campañas publicitarias de principios de los 90 elaboradas por Saatchi & Saatchi relacionadas con la salud. “Cuerpos sanos, cuerpos Danone” o “Sanex, piel sana” nos pusieron en relación la salud con la belleza en una época en la que el concepto de “sano” no se usaba en el día a día. Esta campaña marcó un antes y un después en la forma de entender la salud para la mayoría de las personas comunes. A partir de entonces, se inauguró una obsesión, no por la salud, sino más bien por lo saludable, que hoy es omnipresente. Sin embargo, es poco probable que detrás de esas campañas hubiera un intento de concienciar a la población acerca de una mejo-

ra en su calidad de vida, sino que se trataba claramente de una forma de vender. Esta es la razón que subyace al primer capítulo del libro, por lo que es necesario tener una noción clara de salud, al menos para aquellos que se encargan de recomendarnos qué acciones debemos realizar para mantener un cierto nivel de bienestar.

Como bien afirma el autor, las definiciones son un problema no menor. Solo si tenemos seguridad de que estamos enfermos estaremos obrando con cierta fundamentación a la hora de seguir un tratamiento o modificar ciertos hábitos. Si los tratamientos fueran inocuos y no nos costara cambiar nuestros hábitos, el problema sería menor. Pero los tratamientos suelen tener efectos secundarios, cuando no secuelas, y cambiar de hábitos no es algo sencillo, sobre todo cuando están fuertemente arraigados por razones sociales y culturales. Pero el problema de las definiciones está en sus lindes. Resulta obvio que una persona que tiene una gripe con sus manifestaciones clínicas características afirmará ante una pregunta que, efectivamente, está enfermo, pero no ocurrirá lo mismo con otra persona (o con la misma) si tiene hipertensión o “colesterol alto”, por no hablar de fatiga o sobrepeso. Saborido comienza analizando la definición clásica de salud de la OMS como estado de completo bienestar físico, mental y social, poniendo sobre el tapete la consideración del hombre como ser bio-psico-social. El autor resalta de esta definición su enfoque como salud pública, su carácter inconformista al buscar el completo bienestar, o su enfoque normativo al oficializar el objeto de la práctica médica. Muchos problemas de la definición, si bien no todos, están explicitados en el capítulo y se presentan también en otras partes del texto; así, por ejemplo, el carácter dualista de la definición, que considera diferente cuerpo y mente. Como contrapunto a la visión de la OMS, Saborido describe el enfoque biológicamente normativo de Georges Canguilhem, para quien un organismo vivo que está sano funciona correctamente si interacciona con su entorno adaptándose a él para seguir existiendo.

En la definición de la OMS se puede no estar enfermo sin estar sano, debido a la necesidad de que el bienestar sea completo. En la de Canguilhem, se pueden tener enfermedades y aun así estar sano, pues se pueden seguir cumpliendo las funciones vitales sin sufrimiento. El término medio se podría encontrar en la definición de salud de Milton Terris y en su concepto del continuo salud-enfermedad. De acuerdo con Terris, la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente con ausencia de afecciones o enfermedades [Terris (1980)]. Este autor establece un continuo salud-enfermedad en el que la capacidad de funcionamiento disminuye gra-

dualmente, desde el completo bienestar hasta el completo malestar (o muerte), marcando así una línea divisoria subjetiva muy dependiente de factores de todo tipo (históricos, laborales, culturales, etc.) entre el final del bienestar y el comienzo del malestar. En este sentido, Terris elimina el carácter utópico de la definición de la OMS e introduce el carácter normativo de Canguilhem, a la vez que mantiene los determinantes biológicos, psicológicos y sociales de aquella. A su vez, esta línea divisoria se convierte en una franja en la que no es posible determinar si se está sano o se está enfermo [Piédrola (2015)] al depender salud y enfermedad de muchos y muy variados factores.

Para aclarar los intentos de resolver la indefinición entre biología y construcción por parte de la filosofía de la medicina actual, los capítulos 2 y 3 analizan los enfoques naturalistas y constructivistas de salud y enfermedad y, a su vez, del ejercicio de la medicina. El enfoque naturalista es en las culturas occidentales la forma más habitual de comprender la medicina. La idea de normatividad biológica como modelo de funcionamiento normal está muy arraigada, no solo entre los legos en la materia, sino también entre los profesionales médicos. Así, por ejemplo, se afirma que el aparato digestivo en su estado normal sirve para extraer los nutrientes de los alimentos y que, si esa función no se cumple, la estructura no funciona bien. Estas ideas de función y de normalidad, como señala Saborido, son uno de los problemas clásicos dentro de la filosofía de la biología. Cuando se habla de finalidad, la comparación entre los organismos vivos y las entidades creadas por un diseñador consciente es inevitable; sin embargo, desde mediados del siglo XIX sabemos ya que las cosas no son *para*, sino *por*, aunque todavía haya que seguir justificando esta idea [Cáceres (2011)]. El mal-funcionamiento, que subyace a la concepción de Milton de salud, lo analiza el autor desde dos posturas claramente diferentes, el normativismo vital y la bioestadística. Según el primer enfoque, hay una normalidad biológica que podría explicarse atendiendo a su contribución a la supervivencia y, en definitiva, por su utilidad evolutiva. Sería algo así como lo siguiente: la función  $F$  es normal en la estructura  $E$  porque ha sido naturalmente seleccionada. Sin embargo, las estructuras, con sus funciones, han sido seleccionadas e integradas en un todo (un organismo) y dependen de una coordinación. La regulación de la coordinación es lo que se conoce como homeostasis [Cannon (1939)], que es lo que define la normalidad biológica. Así pues, si en un individuo una situación fisiológica determinada altera la homeostasis, existe enfermedad. Pero este equilibrio se puede alterar en distintos grados, lo que supone un problema para el enfoque biocientista que se

resuelve *a priori* por la perspectiva bioestadística, de acuerdo con la cual lo normal es lo mayoritario o predominante. Sin embargo, un enfoque meramente estadístico convertiría en normales, y por lo tanto en sanas, a la caries o la miopía.

Estos problemas del naturalismo no parece que se resuelvan por la visión constructivista contraria. El autor describe este enfoque a partir de las propuestas de Lennart Nordenfelt, para quien “una persona está sana si se siente bien y puede funcionar en su contexto social”. Ahora ya no se habla de lo biológicamente correcto, sino de lo socialmente satisfactorio. La ya citada Virginia Henderson consideraba 14 necesidades fundamentales que debía satisfacer la enfermería, algunas claramente biologicistas, como “respirar normalmente”, pero también otras como “profesar la propia religión” [Henderson (1961)]. El enfoque de Nordenfelt entronca con la también mencionada propuesta de Milton Terris y su “capacidad de funcionamiento”. Es cierto que la visión constructivista ayuda a entender un científicismo ingenuo, pero no es menos cierto, y sí más problemático, la imagen de “todo vale” que puede transmitir, y cuyos riesgos se ven claramente en el fenómeno de la denominada “promoción de enfermedades”, o en el caso del crecimiento exponencial de la venta de alimentos funcionales y productos nutracéuticos [Valenzuela (2014)]. Una perspectiva sociobiológica de la salud en la que se fundiera el enfoque constructivista y el biologicista eliminaría las diferencias entre ambos, pero los problemas se mantendrían.

El libro continúa examinando la naturaleza dual la medicina como una disciplina que conjuga ciencia y arte. Saborido expone cómo para el empirismo todo está bajo perpetua revisión, por lo que no se puede afirmar de ninguna teoría médica que sea verdadera ni falsa y para el realismo, la medicina va descubriendo las *realidades* del momento. Empirismo y realismo, con sus ventajas y sus problemas, se fusionan en lo que en el libro se denomina “realismo bajo control empírico” [Saborido (2020), p. 141]. Tras este concepto subyace la idea de que la medicina es una ciencia que presupone una realidad última y que, por lo tanto, trata de descubrir cómo funciona realmente un cuerpo humano, pero sin dejar de considerar lo que de hecho ocurre. Así, por ejemplo, una resonancia puede mostrar un determinado problema y un radiólogo puede interpretar dicha imagen obtenida mediante un complejo proceso teórico y tecnológico. Sin embargo, este estudio no sirve por sí mismo para realizar un diagnóstico, sino que, finalmente, el médico contrastará la teoría con la práctica haciendo un examen al paciente en busca de síntomas y signos que refrenden la citada imagen. Es esta combinación de teoría y práctica

la que hace de la medicina una combinación de ciencia y arte. No obstante, esta conjunción conlleva aspectos conflictivos, porque pone el peso de la prueba en una de las dos posiciones. Si, como reza el libro, cuando los datos no concuerdan con la teoría, “peor para la teoría” [Saborido (2020), p. 141], entonces el pretendido equilibrio entre realismo y empirismo bascula hacia la posición humeana, siendo entonces muy dependiente de la parte “artesana” del médico y, por tanto, de la experiencia y del buen hacer. Esta cuestión se puede relacionar con el contenido del capítulo 5 acerca de la explicación en medicina y con la moderna visión de esta disciplina basada en la evidencia, que propone eliminar el posible sesgo del médico mediante los ensayos aleatorizados. De esta forma, el “peor para la teoría”, no depende ya de una intuición ni del saber hacer, sino que se objetiva lo más posible.

Bajo esta divergencia explicativa [empirista vs. realista] y la necesidad del control de la evidencia sobre los aspectos biomédicos, subyace el problema de la complejidad de los organismos biológicos y de la compartimentación necesaria para poder abarcar los diferentes estudios. Tradicionalmente, la biología se ha estudiado por niveles de organización de forma que, por ejemplo, la fisiología estudia un fenómeno indagando en los niveles inferiores e intentando establecer una explicación del mismo. Según el nivel de indagación, se introducen simplificaciones que permiten establecer mecanismos que se dan entre entidades tratadas como sistemas [Cáceres (2019)] con propiedades promediadas. Sin embargo, cuando se va a aplicar lo que dice la teoría a la práctica médica, surgen las diferencias acumuladas en el ascenso a través de los niveles de organización. Así, dos pacientes con la misma exposición a un virus pueden sufrir consecuencias diferentes y necesitarán tratamientos distintos. Aquí es donde el médico individual, con su experiencia previa, o la medicina basada en la evidencia, con sus ensayos clínicos aleatorizados, corrigen la simplificación introducida por la ciencia. Esto no implica desechar la teoría sino la necesidad de corrección. Se trata pues de un enfoque al mismo tiempo realista y empirista.

La modelización de la biología humana determina la normatividad de la salud de forma que el funcionamiento de un organismo de acuerdo con un modelo está detrás de la noción de salud. Cuando no se da esta normatividad, hay que hacer clasificaciones que relacionen unívocamente la anormalidad con tratamientos, lo que supone el verdadero ejercicio de la medicina como práctica social institucionalizada. Esta parte se desarrolla en los capítulos 6 y 7, en el primero de forma general y en el segundo en relación con las enfermedades mentales. Pero, como señala el autor, las clasificaciones son tan necesarias como problemáticas. Si son muy estrictas

tas, habría tantas enfermedades como casos, lo que conlleva un retraso en el tratamiento; si los criterios de clasificación son demasiado laxos, habrá una inflación diagnóstica y la validez de los tratamientos disminuirá.

La clave para una correcta clasificación es la elección del criterio a partir del cual se establecen las categorías: clínico, causal y mecanístico. La primera es la más evidente, pues hace referencia a la existencia de signos observables y síntomas referidos por el paciente. La segunda hace referencia a la causa, ya sea necesaria, suficiente, o ni necesaria ni suficiente. La tercera trata sobre la alteración del proceso biológico. Todas las enfermedades se podrían clasificar en función de los tres criterios, de forma que el uso que se hace de la clasificación responda a un criterio metodológico. Así, un médico de atención primaria identifica una enfermedad y pone un tratamiento en base a la detección de signos y síntomas, mientras que el investigador terapeuta lo habrá hecho en función de la causa o del mecanismo. De forma ideal, conociendo la clínica, la etiología y el mecanismo de una enfermedad podríamos establecer una clasificación de enfermedades tan fidedigna como la tabla periódica, pero de nuevo la necesidad de agrupar y la simplificación necesaria para hacerlo nos llevaría a errores o generalizaciones. De este modo, la COVID-19 la denominamos así teniendo en cuenta el agente causal, aunque dependiendo de su diana, da lugar a características clínicas diferentes [Ziegler et al. (2020)].

Este enfoque metodológico de la clasificación de las enfermedades se hace más patente aún en las patologías psiquiátricas y psicológicas. Decidir cuando un comportamiento es patológico tiene en muchos casos, como afirma el autor en el capítulo 7, más de construcción social que de identificación de mecanismos fisiológicos. Por ejemplo, se habla de “trastorno de la personalidad” cuando dificulta la vida en sociedad de quien lo padece. En ese sentido, como apunta Saborido, la consideración de enfermo mental depende en gran medida del contexto social y, por lo tanto, es eminentemente normativa, ya sea generacional, histórica, o cultural, especialmente en las fronteras entre las generaciones, las transformaciones históricas y los cambios culturales.

El sobrediagnóstico psiquiátrico y psicológico descrito en el capítulo 7 tiene, además de lo descrito por el autor, la peculiaridad de generar la sensación de enfermedad por el solo hecho de conocer la existencia de tal o cual trastorno catalogado en el DSM [Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales]. Un ejemplo interesante es el de la tripofobia. Sin embargo, esto no es exclusivo de las enfermedades mentales y en ocasiones no es sino el resultado negativo de una labor preventiva. Las pruebas de cribado, como las llevadas a cabo en mujeres mayores de

50 años para detectar precozmente el cáncer de mama, generan en ocasiones pacientes enfermas. Hay evidencias [Sala et al. (2014)] de detecciones de lesiones compatibles con cáncer de mama que no se desarrollaron nunca como tales, pero que han dado lugar a la adquisición del rol del enfermo [Parsons (1991)]. La exención de obligaciones, de responsabilidades y de culpa se compensa con la intención de recuperar el rol social previo a la patología. Esta idea de enfermo como papel a interpretar nos induce a pensar en la enfermedad como guion y por lo tanto como una mezcla de realidad y de ficción, estando la primera ligada al aspecto biológico y la segunda al social.

EMILIO CÁCERES VÁZQUEZ

*Departamento de Lógica, Historia y Filosofía de la Ciencia*

*Uned, Paseo de la Senda del Rey 7,*

*28940, Madrid*

*E-mail: emicaceres@madridsur.uned.es*

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CÁCERES, E. (2011), ‘Creacionismo y diseño inteligente frente a evolución. Un debate inexistente’; Madrid, editorial Hélice.
- (2019), ‘Intervals of Quasi-Decompositionality and Mechanistic Explanations’; *Quaderns de filosofia* 6, no. 1, pp. 15-27.
- CANNON, W. B. (1939), ‘The Wisdom of the Body’; Norton & Co.
- HENDERSON, V. (1961), ‘Principios básicos de los cuidados de enfermería’; OPS, Publicación Científica 57.
- PARSONS, T. (1991), ‘The Social System’; Psychology Press.
- PIÉDROLA, G. y AL. (2015), ‘Medicina preventiva y salud pública’; Elsevier, Masson.
- SALA, M, LAIA D., RUÉ, M., COMAS, M., TORÁ-ROCAMORA, I., MACIÀ F., y CASTELLS, X. (2014), ‘Investigación en cribado de cáncer de mama: camino hacia estrategias personalizadas y decisiones compartidas’; *Revista de Senología y Patología Mamaria* 27, no. 4, pp.176-82.
- TERRIS, M. (1980), ‘La revolución epidemiológica y la medicina social’; México DF, Siglo XXI Editores.
- VALENZUELA, A., VALENZUELA, R., SANHUEZA, J. y MORALES, G., (2014), ‘Alimentos funcionales, nutraceuticos y foshu: ¿vamos hacia un nuevo concepto de alimentación?’; *Revista chilena de nutrición* 41, no. 2, pp. 198-204.