

Una immersió en la gramàtica profunda de la 'salut'

Pol Pardini Gispert
Juny de 2015
Grau en Filosofia
Universitat de Girona
Tutora: Anna Quintana

“La desconfiança en la gramàtica és el primer requisit per filosofar”¹

[Ludwig Wittgenstein]

¹ Wittgenstein, 2009.

ÍNDEX:

	Pàg.
0. PREFACI	3
1. INTRODUCCIÓ.....	5
1.1. HIPÒTESIS, OBJECTIUS I METODOLOGIA	6
1.2. APROXIMACIÓ ALS PROBLEMES BIOÈTICS	8
1.3. PREJUDICIS EN L'ARTICLE D'EL MUNDO	18
2. SALUT, NORMALITAT I MALALTIA EN L'ARTICLE D'EL MUNDO.....	21
3. SALUT, NORMALITAT I MALALTIA EN CANGUILHEM	29
3.1. NORMALITAT COM A NORMA	34
3.2. SALUT COM A NORMA DESITJADA.....	37
3.3. MALALTIA COM A NORMA DEPRECIADA.....	41
4. SALUT, NORMALITAT I MALALTIA EN L'ARTICLE D'EL MUNDO (DES DE CANGUILHEM).....	45
5. REFLEXIONS FINALS.....	52
5.1. RE-APROXIMACIÓ ALS PROBLEMES BIOÈTICS	52
5.2. REFLEXIONS SOBRE LLENGUATGE, PERIODISME I MEDICINA	59
5.3. REFLEXIONS SOBRE NORMALITAT, SALUT I MALALTIA	62
6. BIBLIOGRAFIA.....	64
7. ANNEXOS	66

0. PREFACI

Tot ha de començar d'alguna manera. També aquest treball, que no obstant representa el final d'aquest Grau en Filosofia. Tot ha de començar d'alguna manera, fins i tot els finals. Permeteu-me, doncs, que jo comenci el final que representa aquest treball de la mateixa manera que aquest, el treball, va començar per mi; a través d'un article d'Ainhoa Iriberry publicat a *El Mundo* el 8 de novembre de 2012:

“Bebés liberados de un cáncer de colon”

“Dos gemelos nacieron en España en agosto de 2011. No se saben sus nombres, pero su gestación está registrada en la literatura científica. En concreto, en la revista *Clinical Genetics*. Estos niños, de los que no se conocen más datos que su fecha de nacimiento, son noticia por ser los primeros que nacen en el mundo con una doble condición: no han heredado la mutación genética que les predisponía a sufrir la forma más común de cáncer de colon hereditario, el síndrome de Lynch y, además, cuando eran embriones de tres días, los expertos se aseguraron de que no presentaran alteraciones cromosómicas que cuestionaran su viabilidad o les provocaran graves **enfermedades**.

Un equipo de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAM) y del Programa de Reproducción Asistida Fundació Puigvert-Hospital de Sant Pau – dirigido por Joaquim Calaf – presentó ayer todos los detalles del nacimiento de estos gemelos, resultado de una técnica desarrollada por la UAM, el diagnóstico preimplantacional de doble factor genético (DF-DGP). Se trata de un paso más en el desarrollo del desarrollo preimplantacional, cuyo primer uso en España permitió en 1994 que una pareja diera a luz a un niño **libre** del gen de la hemofilia.

Cáncer antes de los 40

Como explica Joaquim Calaf, el procedimiento lo tuvo que autorizar la Comisión Nacional de Reproducción Asistida. Al contrario que otras **patologías**, este tipo de cáncer de colon no cumple uno de los requisitos para aplicar el DGP de forma rutinaria, ya que la **enfermedad** no se manifiesta a una edad temprana, aunque sí cuando el paciente es joven. Es lo que le sucedió al padre de estos niños, que supo que presentaba una mutación asociada al cáncer de colon hereditario cuando se le detectó esta **enfermedad** con tan sólo 37 años. <<Se le sometió a radioterapia y quimioterapia y quedó estéril, aunque pudo ser padre biológico porque su especialista en oncología le animó a preservar su semen antes de las terapias>>, señala Calaf.

Una vez ganada la batalla al cáncer, el paciente se dispuso a librar otra: la de evitar que su descendencia pasara por un proceso similar al suyo con menos de 40 años, lo que, si se dejara a la naturaleza actuar por sí sola, ocurriría en el 80% de los casos si el niño heredaba la mutación. El DGP parecía ser la solución indicada.

Puesto que se conocía la mutación que habría que descartar, el proceso sería aparentemente sencillo. Pero los investigadores decidieron ir más allá. Con la finalidad de aumentar la probabilidad de gestación, se optó por diagnosticar no sólo la presencia de la mutación, sino también la dotación cromosómica de los embriones, lo que hicieron mediante la técnica de hibridación genómica comparada. <<Hasta ahora había sido una cosa u otra; esto supone un cambio de enfoque muy positivo: ya que coges una célula, hay que sacarle todo el jugo>>, señala Albert Obradors, que participó en la gestación y es actualmente el director de laboratorio de la Clínica Eugén.

Para contar con un número suficiente de embriones, los especialistas sometieron a la madre a dos ciclos de reproducción asistida. Con los ovocitos obtenidos y el semen del padre se realizó una fecundación in vitro, tras la cual evolucionaron 12 embriones. Los investigadores extrajeron dos células de éstos, una para el estudio de la mutación familiar y otra para el estudio de todos los cromosomas.

Sólo cinco de los embriones no presentaban la mutación y, de éstos, sólo tres resultaron ser cromosómicamente **normales**. Se implantaron dos, que resultaron en el nacimiento de un niño y una niña, ambos **sanos** y sin riesgo de padecer el síndrome de Lynch.

El director del Programa de Genética del Cáncer Humano del Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas (CNIO), Javier Benítez, subraya que los casos de cáncer de colon hereditarios solo suponen un 5% del total. De estos, entre un 80% y un 90% son provocados por la **enfermedad** de Lynch, que sigue un modelo de herencia dominante de un gen, por lo que la descendencia de alguien afectado tendría un 50% de posibilidades de recibirlo.

No es un solo gen el involucrado en el cáncer de colon familiar. En concreto, explica Benítez, se trata de varios genes denominados reparadores de errores de replicación del ADN.

Pero, ¿qué se les ha **evitado** a **estos** gemelos? Según el doctor Benítez, los afectados han de someterse a colonoscopias anuales. <<Es algo desagradable, y hay que empezar en la adolescencia; además, puede suceder que en algún momento se cansen y pospongan la prueba y, cuando se detecte el cáncer, ya sea tarde>>.

Si la técnica utilizada en Barcelona se aplicara a la descendencia de todas las personas con síndrome de Lynch, se podría erradicar la **enfermedad**, pues evitaría su aparición en todas las generaciones posteriores. <<Esto no va a ocurrir con los recortes actuales, ya que se requiere de una gran cantidad de pruebas genéticas>>, profetiza Benítez. Por su parte, Calaf opina que generalizar esta técnica no sería una buena idea. <<No todos los síndromes de Lynch se comportan igual y la técnica tiene una eficacia limitada>>, concluye.”²

² Iriberry, 2012. És important esmentar que en la transcripció he obviat el subtítol, els enquadrats i el gràfic que apareixen en l'article original (veure Annex). També cal dir que he destacat algunes paraules en negreta (o en cursiva, en el títol), perquè aquests termes destacats, escrits on i com estan escrits, seran en certa mesura els protagonistes d'aquest treball.

1. INTRODUCCIÓ

La primera vegada que vaig saber de l'existència de l'article transcrit en les pàgines anteriors va ser en el context d'una classe de Bioètica (Qüestions Disputades II), en el tercer curs del Grau en Filosofia de la Universitat de Girona (any 2014). En aquella classe, la professora que impartia l'assignatura va presentar diferents articles periodístics que, per la seva temàtica i els fets que explicaven, conduïen a la reflexió sobre problemes bioètics de gran importància per la societat actual. La idea de la professora era que cada alumne, partint d'un d'aquells articles (assignats per atzar), realitzés un treball on reflexionés sobre els problemes bioètics relacionats amb la notícia en qüestió. Casualitat o no, a mi em va tocar l'article d'*El Mundo* sobre els embrions seleccionats per la seva constitució genètica.

Però de seguida se'm va plantejar un problema. Se'm demanava una aproximació profunda i crítica als problemes bioètics relacionats amb la temàtica de la notícia que se m'havia assignat; a saber (en el meu cas): la selecció genètica d'embrions en pro de la seva salut. El problema era però, que, tot i que veia en la notícia el rastre dels problemes bioètics que en teoria havia d'afrontar, no podia deixar de pensar que tals problemes no es podien ni tant sols plantejar a consciència si no hi havia una reflexió prèvia sobre una altra qüestió que, tot i no estar estrictament relacionada amb la bioètica, l'afectava des de la base, en tant que (com a poc) condicionava tot debat bioètic. Però, la pregunta és: quina era aquella qüestió que intuïa que (quasi) inhabilitava el debat bioètic (relacionat amb la selecció genètica)? Tenia a veure amb el llenguatge o, millor dit, amb els prejudicis que es poden derivar d'alguns dels seus termes, si hom no és conscient de la seva càrrega (semàntica).

Aquella intuïció sobre el llenguatge, en aquell moment potser encara molt embrionària, va allunyar-me de la temàtica preestablerta i em va portar a no fer el treball de Bioètica sobre els problemes bioètics relacionats amb l'article d'*El Mundo*, sinó sobre el llenguatge de l'article i en com podia afectar aquest als problemes bioètics esmentats. La professora, ara tutora d'aquest treball final de grau, no va veure en aquell moment cap inconvenient en el gir de calidoscopi que jo proposava; ans el contrari, em va animar a portar-lo a terme. El resultat? Un treball en què intentava clarificar la càrrega semàntica d'alguns termes problemàtics de l'article d'*El Mundo* per mostrar que, tot i que pel vel de la intel·ligibilitat inconscient del llenguatge tals termes semblaven tenir un significat clar en l'article (que s'incorporava sense reflexió), de fet amagaven una càrrega que condicionava el debat bioètic esmentat.

Mirat amb perspectiva, aquell treball tenia moltes limitacions. Malgrat tot, l'experiència de realitzar-lo va ser apassionant: per primera vegada vaig sentir que una filosofia que es fixava en el llenguatge podia estar connectada amb la vida (en el sentit vital del terme). Fins aquell moment, només havia conegut un tipus de filosofia del llenguatge de la qual no podia deixar de pensar, tot i haver-me'n enamorat, que estudiava el llenguatge assassinant-lo, en la mesura que en convertir-lo en quelcom susceptible a una aproximació analítica, el desposseïa del vincle intrínsec amb la vida. Amb aquell treball, en canvi, el llenguatge pretenia

ser objecte de coneixement d'una filosofia que no el tractava com a *natura morta*, és a dir, immortalitzat sense el context humà que li atorga sentit, sinó que, ans el contrari, l'estudiava respectant i remarcant el seu caràcter vital; ja sigui perquè l'estudiava sobre el paper (a través d'un diari, en els seus usos reals) o ja sigui perquè el vinculava directament amb certs problemes inherents a la vida (els problemes bioètics, s'entén). Es podria dir, doncs, que amb aquell treball (i amb l'ajuda de Wittgenstein, que descobriria més endavant) em vaig desenamorar de la filosofia del llenguatge tal i com l'havia conegut i em vaig enamorar de la seva germana bessona, la que jo anomeno (pel seu caràcter pròxim i mundà) "filosofia de la llengua" (que neix, per altra banda, de *fer filosofia amb la llengua*).

Arribats a aquest punt és important recapitular: fins ara he explicat, quasi en forma de rondalla, el procés que em va portar des de "topar-me" amb l'article d'*El Mundo* fins a realitzar un treball sobre el llenguatge d'aquest, prenent consciència posteriorment de les limitacions i les "fortaleses" del treball en qüestió. La pregunta és: per què explicar aquesta història? Perquè d'aquell article sobre els embrions seleccionats per la seva constitució genètica, d'aquella intuïció sobre els prejudicis (i la subsegüent manca de reflexió) associats a l'aparent simplicitat de significat d'alguns termes, d'aquell treball sobre quines conseqüències podien tenir tals prejudicis i tal manca de reflexió en els problemes bioètics relacionats amb la selecció genètica, d'aquella presa de consciència sobre les limitacions (superables) del treball i d'aquella sensació que la "filosofia de la llengua" podia connectar una filosofia centrada en el llenguatge amb la vida, en neix aquest treball final de grau. I és que, aquest treball, partint d'aquell mateix article d'*El Mundo*, pretén fonamentar aquella intuïció, superar aquelles limitacions i preservar aquella sensació per, sobre les bases (potser inestables) del treball anterior, construir-ne un de nou: més profund, més ampli i més complet.

1.1. HIPÒTESIS, OBJECTIUS I METODOLOGIA

Com s'ha explicat, l'objectiu de l'anterior treball era fer una anàlisi del llenguatge utilitzat en l'article d'*El Mundo* per mostrar que els significats de certs termes en ell podien ser, tot i la seva aparent simplicitat, confosos o tendenciosos. Aquest treball es planteja d'una altra manera: es parteix del pressupòsit que amb el llenguatge utilitzat en l'article d'*El Mundo* es proposa una determinada manera d'entendre certs termes clau en medicina, la qual (la manera d'entendre els termes, s'entén) s'accepta inconscientment formant-se així certs prejudicis que poden condicionar el plantejament, l'aproximació o el posicionament respecte els problemes bioètics relacionats amb els fets explicats en l'article en qüestió. A partir d'aquí, aquest treball pretén mostrar quina és aquesta concepció que es proposa implícitament en l'article (i que s'accepta sense reflexió) i contraposar-la després a una forma alternativa d'entendre els mateixos termes. La hipòtesi d'aquest treball és, doncs, que només si hom pren consciència de les (almenys) dues formes diferents d'entendre els termes clau en medicina que apareixen en l'article d'*El Mundo*, pot afrontar de forma conscient els problemes bioètics que sorgeixen a partir dels fets explicats en l'article en qüestió (i no caure en un seguit de prejudicis). Per tal de demostrar la hipòtesi (o més aviat, mostrar-la), el treball s'estructurarà en cinc apartats.

El treball comença amb aquesta introducció (1), que es divideix en tres parts: una primera (1.1) en què es plantegen la hipòtesis, els objectius i la metodologia del treball; una segona (1.2) en què es presenten els problemes bioètics relacionats amb la selecció genètica dels quals se n'afirma que certs prejudicis en comprometen la seva aproximació; i una tercera (1.3) en què es presenten els prejudicis esmentats en particular. El treball continua amb un segon apartat (2) en què s'explica la forma d'entendre certs termes clau en medicina que es segueix de l'article d'*El Mundo*, tot explicant els fets de l'article des d'aquesta primera concepció. Tot seguit, en un tercer apartat (3) es presenta la manera alternativa d'entendre tals termes de l'article; i en un quart apartat (4) s'intenta aplicar aquesta concepció alternativa als fets narrats en l'article en qüestió. Per últim, s'acaba el treball amb un apartat final (5), constituït per tres reflexions. En la primera (5.1) s'intenten afrontar de nou els problemes bioètics presentats en la introducció, tot i que aquesta vegada des de la concepció alternativa presentada durant el treball. En teoria, amb aquesta reflexió s'hauria de poder confirmar o rebutjar la hipòtesi que encapçala el treball. La segona reflexió (5.2) centra la seva atenció en el llenguatge: per una banda, s'immergeix en ell a través de Ludwig Wittgenstein per apuntar la possibilitat que els prejudicis associats a certs termes que apareixen en l'article d'*El Mundo* estiguin causats per un "embruixament" similar al que Wittgenstein explica en les seves *Investigacions Filosòfiques*; per l'altra banda, es pregunta si el periodisme i la medicina són conscients de la càrrega semàntica inherent a alguns termes clau en medicina que utilitzem de forma habitual. Finalment, i com a última reflexió (5.3), el treball acaba apuntant de forma molt embrionària una possible relació entre la manera alternativa d'entendre els termes clau en medicina que apareixen en l'article d'*El Mundo* i el concepte *forma de vida*, que Wittgenstein explica a les seves *Investigacions*. Aquí és important esmentar que l'objectiu d'aquest treball no és solucionar els problemes bioètics amb cap d'aquestes tres reflexions finals. Es podria dir que aquest treball busca simplement presentar una manera diferent d'entendre certs termes, tot esperant que aquesta nova mirada aportï recursos a un possible lector a l'hora d'afrontar a consciència certs problemes bioètics, i evitant així la formació de certs prejudicis. Si el lector roman amb aquest sabor de boca en acabar de llegir el treball, consideraré que el treball ha assolit el seu objectiu.

Dit això, pot ser important fer ara alguns aclariments respecte a la metodologia. En la mesura que al llarg del treball apareixeran idees i conceptes de diferents autors (a través dels quals intentarem justificar les pròpies tesis),³ pot ser important deixar clar des d'un principi quin tracte rebran aquests autors per part meva: en aquest treball, recorreré als autors de la mateixa manera que el paleta recorre al trepant, la polidora o el decapador, o el biòleg recorre al microscopi, l'ordinador o la nevera; és a dir, en aquest treball, recorreré als autors com si es tractessin d'instruments. En aquest sentit, de la mateixa manera que el paleta no necessita conèixer l'electrònica del trepant per fer forats amb ell, o el biòleg no necessita tenir grans coneixements d'òptica per observar a través del microscopi, s'ha de reconèixer que en aquest treball no es coneixen en la seva totalitat els autors que s'utilitzaran per defensar les pròpies tesis. Seguint

³ Alguns d'aquests autors són: Friedrich Nietzsche, Ludwig Wittgenstein, George Canguilhem, Carlos Ponte Mittelbrun, Peter Singer, Nikolas Rose, etc. i altres personatges del món de la filosofia o de la medicina.

amb el paral·lelisme amb el paleta o el biòleg, se'n posseeixen sols els coneixements bàsics sense els quals seria impossible emprar-los: es coneix el seu "funcionament" per poder-los utilitzar. S'ha de reconèixer també que aquest treball no es centra en cap autor en particular (tot i que George Canguilhem hi juga un protagonisme especial), sinó que se'ls crida quan són requerits i es prenen prestades les seves tesis quan poden ser útils; que a vegades es reproduïxen literalment, altres se les estira més enllà del que els autors van fer i, si ho demana l'ocasió, se les interpreta tendenciosament (a consciència).

Arribats a aquest punt, només queda una qüestió que crec que és important aclarir: per què es presenten els problemes bioètics relacionats amb els fets explicats en l'article d'*El Mundo* en aquesta introducció, allargant-la (potser) més del que és habitual? La resposta és simple: perquè no em sembla just declarar que hi ha quelcom que compromet el debat sobre els problemes bioètics relacionats amb la selecció genètica sense abans no enunciar quins són tals problemes bioètics en particular.

1.2. APROXIMACIÓ ALS PROBLEMES BIOÈTICS

Els fets explicats en l'article d'*El Mundo* van despertar molta controvèrsia: què passa amb els embrions que no s'implanten?⁴ Són una vida humana? Es poden descartar, com es diu en l'article, en pro de la salut d'uns altres? I una infinitat de preguntes més que, amb les anteriors, constitueixen els problemes bioètics que aquí es pretenen presentar. Això sí, en aquest apartat s'exposaran només aquells problemes bioètics que estan relacionats amb els prejudicis semàntics inherents a alguns termes que apareixen en l'article d'*El Mundo*.⁵ A més a més, és important esmentar que no es pretén donar una resposta a tals problemes bioètics, ni tampoc mostrar encara quin és l'efecte dels prejudicis anunciats en ells. Què es pretén, doncs? Reproduir la forma en què tals problemes bioètics es presenten sense la reflexió sobre les diferents maneres d'entendre els termes clau en medicina que apareixen en l'article d'*El Mundo*, en la mesura que aquesta és la única forma possible de mostrar, més endavant, que potser des d'una altra perspectiva el mer plantejament d'aquests problemes pot canviar, canviant potser així també el posicionament respecte als problemes bioètics esmentats.

El primer problema bioètic en relació als fets explicats en l'article d'*El Mundo* versa sobre la legitimitat i els límits de la selecció genètica.⁶ La primera pregunta que un es planteja és: sigui o no sigui la vida de l'embrió una vida humana, és legítim seleccionar embrions en detriment d'altres per la seva constitució

⁴ Els embrions no seleccionats poden tenir dos destins diferents, segons s'explica en l'Article 11 de la "Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida": per una banda, que es conservin per a un posterior ús, ja sigui per la fecundació de la mateixa parella o perquè aquesta els doni amb fins reproductius o d'investigació; per l'altra banda, i un cop finalitzat el període màxim de conservació, que els embrions no seleccionats siguin descartats. Consultat a: http://www.cnrha.msssi.gob.es/normativa/pdf/Ley_14_2006.pdf [22/03/2015; 17:17]

⁵ Els problemes bioètics que s'explicaran en aquest apartat són cinc: legitimitat i límits de la selecció genètica; legitimitat i límits de la millora humana; estigmatització; consentiment informat; i les problemàtiques en relació als pre-pacients. Aquestes cinc problemes bioètics estan basats en els deu temes que el manual *Genètica Mèdica* assenyalava com a problemàtics en relació a la genètica. A Oliva, Ballesta, Oriola, & Clària, 2008, p. 282 – 285.

⁶ Algunes persones afirmen que el problema sobre el principi de la vida, és a dir, sobre quan es pot dir que la vida de l'ésser que gesta la dona comença a ser vida humana, és el primer problema bioètic a debatre en relació a la selecció genètica. En la meua opinió, aquesta qüestió és més una premissa de la qual partir que un problema bioètic que debatre. Dit això, sigui o no sigui un problema bioètic, aquesta qüestió, tot i que rellevant, no és important pel nostre treball.

genètica? Hi ha tres possibles respostes: sí, no i depèn. Per tal d'explicar aquestes tres posicions pot ser útil recórrer al filòsof Peter Singer, en tant que en l'article "De compras por el supermercado genético" ofereix una sèrie d'arguments que basteixen les posicions citades, de forma que les permet entendre.⁷

Comencem amb els arguments en contra la selecció genètica. En primer terme, Singer explica que algunes persones es poden posicionar en contra tals pràctiques en creure que, amb elles, s'està intentant eliminar una forma de vida que es jutja com a inferior des d'una perspectiva (una forma de vida) diferent a la que es vol eliminar.⁸ En relació als fets explicats en l'article d'*El Mundo*, aquest argument al·legaria que, amb tal selecció genètica, s'estaria intentant eliminar una forma de vida (com el síndrome de Linch) en pro d'una altra, que es jutja com a superior en base a la seva suposada salut. Es podria dir, doncs, que aquest argument en contra la selecció genètica afirmaria que tal pràctica representa la voluntat d'eradicar la diversitat humana. La pregunta aquí, però, pot ser: es pot dir que una patologia és una forma de vida que representa la diversitat humana? No pretenc aquí respondre a aquesta pregunta. Tot i això, amb les tesis que s'exposaran al llarg del treball la pregunta pot trobar la resposta per si sola.

En segon terme, el segon argument en contra la selecció genètica (que Singer presenta en aquest cas a través de Diane Beeson) defensa que la selecció genètica pot portar a l'estigmatització d'aquelles formes de vida considerades anormals.⁹ En el cas de l'article, al·legaria que descartar els embrions amb síndrome de Linch pot portar a l'estigmatització d'aquelles persones que tenen tal predisposició, pintant una marca en el seu tors de manera que tota la seva vida es veuria afectada per aquest estigma. Per exemple, una empresa que volgués contractar a una persona i tingués dos candidats de perfil idèntic (mateixa edat, experiència equivalent, mateixa formació, etc.), però un amb síndrome de Linch i l'altre sense aquesta predisposició genètica, a qui contractaria? Seguint amb aquestes dues persones, pagarien el mateix a una companyia d'assegurances? O, en relació a la persona que té síndrome de Linch, podria ser que el fet de saber que té una predisposició genètica a patir càncer de colon li creés el sentiment de ser portadora d'un estigma? Cap d'aquestes preguntes té una resposta clara. Tot i això, totes apunten a una mateixa idea: la selecció genètica, encara que es porti a terme amb bones intencions, pot fer més mal que bé.

En aquesta mateixa línia es dirigeix, en tercer terme, el tercer argument que Singer ofereix per rebutjar la selecció genètica. Singer recrea en l'article un escenari en què els pares poguessin escollir la constitució genètica dels seus fills en una mena de supermercat genètic (ja sigui per selecció o modificació genètica).

⁷ S'ha de dir que en l'article Singer planteja arguments a favor i en contra l'enginyeria genètica, la selecció genètica i la millora de l'espècie humana. Jo aplicaré alguns d'aquests arguments a la pregunta sobre la legitimitat i límits de la selecció genètica, amb alguna petita adaptació. A Singer, 2002, p. 19 - 40.

⁸ Singer posa com a exemple un cas de persones amb sordesa congènita, quan una comunitat nord-americana de persones sordes va condemnar la invenció de l'implant coclear en considerar que, a tots els efectes, era l'arma mitjançant la qual es podria perpetrar el genocidi vers la seva forma de vida. Per més informació mirar a Singer, 2002, p. 20-21.

⁹ Rafael Oliva defineix l'estigmatització a *Genètica Mèdica* com a "*sentiment d'una persona de ser portadora d'un estigma al llarg de tota la vida*". A Oliva, Ballesta, Oriola & Clària, 2008, p. 283. Jo entenc estigmatització en aquest sentit, tot i que amb dues apreciacions. En primer terme, entenc estigma en la segona acceptió que ofereix el DIEC: "*Senyal d'infàmia, de baixesa moral, de capteniment deshonorós*". Consultat a: <http://dlc.iec.cat/results.asp?txtEntrada=estigma&operEntrada=0> [06/04/2015; 12:04]. En segon terme, considero que és important afegir que tal estigmatització no és només de l'individu cap a si mateix, sinó que també pot ser de la societat cap a l'individu.

En aquest context, el filòsof australià es pregunta: si tal supermercat fos possible, s'hauria de deixar en mans del mercat o hi hauria d'haver algun tipus de control estatal? Ell es posiciona per la segona opció, en la mesura que considera que, sense el control de l'Estat en les intervencions genètiques, es posaria en risc la igualtat d'oportunitats que tota societat democràtica vol garantir.¹⁰ I és que, es pregunta Singer, si les millores genètiques estiguessin en mans del mercat, què impediria que les famílies riques garantissin una millor constitució genètica als seus fills, mentre que les famílies pobres s'haguessin de conformar amb la "loteria" genètica natural? I, per extensió, què impediria que les diferències econòmiques s'acabessin convertint en diferències genètiques, de manera que fossin impossibles de revertir? La resposta de Singer és en ambdós casos la mateixa: res. És per això que Singer creu que l'Estat ha de controlar pràctiques com la selecció genètica, perquè entén que és l'única manera d'evitar l'estratificació social que comportaria deixar-les en mans del mercat. Tot i això, sembla que la mera possibilitat que la selecció genètica pugui comportar certa estratificació social fa plantejar-se l'acceptació d'una pràctica com aquesta.

Passem ara als arguments a favor de la selecció genètica. El primer argument que Singer ofereix a favor de la selecció genètica és que permet que els pares donin als seus fills el millor inici de vida possible. Aquest seria el cas dels pares de l'article d'*El Mundo*, que van decidir recórrer a la selecció genètica perquè volien evitar que els seus fills patissin el que va patir el seu pare per tenir síndrome de Lynch; volien, doncs, que els seus fills naixin amb les millors i majors perspectives de futur i així evitar-los el màxim sofriment. Això, diu Singer, és el que legitimaria la selecció genètica en aquell cas.

En aquesta direcció apunta el segon argument que Singer ofereix per defensar la selecció genètica. En aquest, Singer proposa un principi per mesurar la seva legitimitat, que anomena "principi preventiu":

"Para cualquier condición X, si fuera una forma de maltrato infantil por parte de los padres infligir X a sus hijos poco después de nacimiento, entonces, en igualdad de condiciones debe, cuando menos tomar medidas para prevenir que un hijo tenga tal condición".¹¹

Segons aquest principi, doncs, els pares de l'article van fer bé a recórrer a la selecció genètica, perquè de no haver-ho fet haurien "condemnat" als seus fills a sotmetre's a colonoscòpies anuals i a un risc elevat de patir càncer de colon en un futur. En aquest sentit, seria un tipus de maltractament que els pares, un cop nascuts els fills, els haguessin obligat (als fills, s'entén) a patir les conseqüències de tenir el síndrome de Lynch. Per tant, segons el principi, la selecció genètica que s'explica en l'article d'*El Mundo* seria legítima.

Dit això, del "principi preventiu" se'n segueix quelcom que m'interessa destacar: segons el principi, el límit de la selecció genètica estaria traçat en evitar el sofriment a les (futures) persones. Però, la pregunta és: a quin tipus de sofriment es refereix el principi? Hi ha dues respostes possibles: per una banda, al sofriment relacionat a tenir certes característiques patològiques; per l'altra banda, al sofriment relacionat a no tenir

¹⁰ Singer, 2002, p. 40.

¹¹ Singer, 2002, p. 29.

certes característiques positives.¹² Com es pot veure, segons quina de les dues opcions s'esculli, el límit de la selecció genètica estaria traçat, respectivament, o en la salut o en la millora d'allò normal. Peter Singer es posiciona a favor de la segona opció. Per què? Perquè, diu, *“no hay una línea clara entre la selección ante las discapacidades y la selección de características positivas”*¹³. I afegeix: *“no hay una gran distancia entre seleccionar contra la enfermedad de Huntington y seleccionar contra los genes que portan un riesgo significativamente elevado de cáncer de colon o de mama; y desde aquí es fácil pasar a proporcionar a nuestro hijo un perfil de salud por encima de la media”*¹⁴. És important recordar aquestes dues últimes afirmacions; en la conclusió tornarem a elles. Dit això, pot ser important esmentar que, per exemple, la llei espanyola es posiciona per la primera opció, i estableix el límit de la selecció genètica en la salut. I és que, segons la *“Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida”*, la selecció genètica és legítima només quan té com a objectiu últim curar o prevenir una malaltia. Així, prohibeix tota selecció de caràcters hereditaris no patològics i la selecció dels individus o de la raça.¹⁵

El segon problema bioètic en relació als fets explicats en l'article *d'El Mundo* versa sobre la legitimitat i els límits de la millora humana (a través de la selecció genètica). En aquest cas, la majoria d'arguments que han servit per rebutjar o defensar la selecció genètica (i establir els seus límits) es poden transposar ara en el problema que estem presentant. Així doncs, es poden oferir també tres arguments en contra la millora de l'espècie humana a través de la selecció genètica: 1) que pot comportar el genocidi de certes formes de vida considerades inferiors; 2) que pot comportar l'estigmatització de tals formes de vida (en el cas que no es produeixi el genocidi); i 3) que tal millora genètica tingui com a conseqüència una estratificació social entre les persones “millorades” i les persones que no, que es pot correspondre a la riquesa de les famílies si la millora genètica es deixi en mans del mercat. Per l'altra banda, com a arguments a favor de la millora genètica es poden oferir els dos arguments que Singer oferiria a favor de la selecció genètica: 1) que permet que els pares ofereixin als seus fills el millor inici de vida possible; i 2) que evita que els fills tinguin en vida característiques que els podrien fer sofrir.

Dit això, si s'accepta la millora humana (a través de la selecció genètica), la pregunta és una altra vegada per quins són els límits de tal millora. Per una banda, Singer defensa que la millora genètica no ha de tenir límits, i ofereix indirectament dues raons per argumentar-ho: en primer terme, i reproduint un argument anterior, perquè assegura que la distància entre la millora en pro de característiques positives i la millora en pro de característiques relacionades amb la salut no és clara; en segon terme, perquè constata que no es pot prohibir a cap pare la possibilitat d'oferir als seus fills aquelles característiques que consideren més beneficioses. Per l'altra banda, i tot i que com s'ha dit Peter Singer aposta en últim terme per no limitar la millora genètica, el filòsof australià ofereix també una raó per posar-hi límits, en afirmar que es pot donar

¹² Singer entén per característiques positives característiques que l'home valora positivament que no estan relacionades amb la salut. Alguns exemples podrien ser l'altura, el color dels ulls, la capacitat atlètica, etc.

¹³ Singer, 2002, p. 34.

¹⁴ Singer, 2002, p. 34.

¹⁵ Basat en l'Article 13 de la llei *“Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida”*. Consultat a: www.cnrha.msssi.gob.es/normativa/pdf/Ley_14_2006.pdf [22/03/2015; 14:32]

el cas que aquelles característiques positives que es creuen beneficioses ho siguin només en termes comparatius.¹⁶ En un principi sembla que aquest cas no afecta els embrions del nostre article, en tant que en teoria ells sí van ser seleccionats en pro de característiques que es suposaven vinculades amb la salut. Tot i això, amb les tesis que es presentaran al llarg d'aquest treball, la distància que separa la millora per característiques positives i la millora en pro de característiques relacionades amb la salut pot quedar desdibuixada.

Un tercer problema bioètic vinculat a la selecció genètica d'embrions és que tal selecció pugui comportar l'estigmatització d'aquells individus que tinguin característiques que haurien estat rebutjades en el càsting de la selecció genètica. Si això fos així, aquests individus podrien veure tota la seva vida afectada: a part del fet que en ser embrions potser no haurien estat escollits, haurien de viure amb la inseguretat pròpia de sentir-se portadors d'un estigma, podrien patir certa discriminació laboral, abusos de les companyies d'assegurances i, fins i tot, ser marginats per la societat. Per a una persona de la societat contemporània, que ha nascut submergida en discursos d'igualtat, la possibilitat d'estigmatitzar a les persones en base a les seves característiques es presenta atterradora. No és d'estranyar, doncs, que aquesta mera possibilitat hagi estat utilitzada en paràgrafs anteriors com a objecció davant la selecció genètica. Dit això, per acabar de presentar aquest tercer problema només queda una pregunta: si com amb la llei espanyola s'estableix el límit de la selecció genètica en la salut, permetre tal selecció genètica pot comportar l'estigmatització de les persones considerades no sanes? No pretenc respondre aquí aquesta pregunta. Tot i això, i com en ocasions anteriors, aquesta pregunta s'afrontarà al final del treball.

Un quart problema bioètic associat als fets explicats en l'article d'*El Mundo* versa sobre el consentiment informat i les problemàtiques que l'acompanyen.¹⁷ El metge català Rafael Oliva defineix el consentiment informat (a *Genètica Mèdica*) com "*el consentiment per escrit que dona el pacient o l'individu després d'haver estat informat del que comporta l'anàlisi, l'estudi o el tractament a què serà sotmès*"¹⁸. En aquest sentit, "*el consentiment informat consisteix en què el pacient compregui els avantatges i els possibles desavantatges o problemes que es poden derivar de la intervenció o l'anàlisi*"¹⁹. En el cas explicat en l'article d'*El Mundo* es tractaria, doncs, que els pares en qüestió entenguessin que estaven escollint dos embrions per no tenir ni síndrome de Lynch ni altres "alteracions" cromosòmiques conegudes; en detriment d'altres deu que, per contra, serien congelats (per ser utilitzats en un futur i, si no és el cas, descartats). A més a més, els pares havien de saber també quines probabilitats tenien que els embrions s'implantessin correctament a l'úter de la mare, i quins eren els possibles efectes adversos de les tècniques de reproducció assistida o de les biòpsies portades a terme en els embrions per poder estudiar la seva constitució. Explicat així, sembla no haver-hi cap problema amb el consentiment informat. La pregunta, doncs, és: per què Rafael Oliva l'inclou

¹⁶ Singer, 2002, p. 36.

¹⁷ L'exigència actual de quelcom com el consentiment informat només es pot entendre a partir del principi d'autonomia, un dels quatre principis de la bioètica establerts per Tom Beauchamp i James Childress a *Principios de Bioética Médica*, acceptats actualment per la societat. Els altres principis són el principi de no maleficència, de beneficència i de justícia.

¹⁸ Oliva, Ballesta, Oriola, & Clària, 2008, p. 285.

¹⁹ Oliva, Ballesta, Oriola, & Clària, 2008, p. 285.

com a un dels deu temes problemàtics en relació a la genètica? Perquè “aconseguir això (el consentiment informat, s’entén) no és fàcil, ja que requereix que un professional avalui la capacitat i la formació de l’individu i proporcioni una informació d’acord amb els seus coneixements”²⁰. Així doncs, la problemàtica rau en què per explicar quines pràctiques mèdiques es portaran a terme i quins són els seus avantatges i inconvenients és necessari adaptar el discurs a les capacitats del pacient en qüestió, i això porta amb si dues dificultats: per una banda, que adaptar un discurs mèdic no és mai fàcil; per l’altra, que és possible que en tal adaptació es perdi part de la informació necessària perquè el pacient pugui donar el seu consentiment. Amb les tesis que s’exposaran en aquest treball, el consentiment informat pot incorporar una dificultat més a les ja esmentades, que remarcarà encara més la necessitat d’informar al pacient però que, al mateix temps, posarà encara més en dubte la possibilitat de portar-ho a terme.

L’últim problema bioètic a exposar associat als fets explicats en l’article d’*El Mundo* és en el fons una gran problemàtica que engloba molts problemes bioètics, vinculats a la creació d’un nou individu mèdicament significatiu, el pacient pre-simptomàtic o pre-pacient, i la seva relació amb dues dinàmiques de la societat actual, la prevenció i la medicalització de la vida. Abans d’exposar alguns d’aquests problemes particulars relacionats amb aquesta última problemàtica, doncs, és necessari entendre l’aparició del pre-pacient, de la prevenció i de la medicalització de la vida en la nostra societat. Amb aquest objectiu, pot ser de gran ajuda fer una visita al sociòleg britànic Nikolas Rose i als cinc conceptes que aquest utilitza per explicar, en el seu intent d’abordar la biopolítica des d’una perspectiva mèdica, les transformacions que ha patit la medicina en la contemporaneïtat.²¹ Els cinc conceptes són els següents: *molecularització*, *optimització*, *subjectivació*, *expertització* i *bioeconomia*. Això sí, encara que a través dels cinc conceptes es podrien mostrar diferents cares del pre-pacient, de la prevenció i de la medicalització de la vida, aquí s’explicaran sols els tres primers conceptes, en tant que, crec, són els més importants per la temàtica que ens ocupa.

Nikolas Rose utilitza el concepte de *molecularització* per explicar la transformació que s’ha produït en l’escala en què expliquem la vitalitat. Rose explica que, a causa de la comprensió de la vida molecular que ha possibilitat el desenvolupament de les ciències de la vida i la biomedicina, hem passat de representar la vida d’escala molar a escala molecular. Així, si durant gran part de la seva història la medicina concebia la vida com a quelcom que es podia explicar a ull nu (en els òrgans, els músculs, els vasos sanguinis, els ossos...), la medicina contemporània creu que la vida s’ha d’explicar recorrent a l’estructura molecular. A partir d’aquí, Rose explica que aquest canvi en la profunditat de l’enfoc en què es concep la vida té dues conseqüències. En primer terme, la primera conseqüència és que “en el momento en el que empezamos a visualizar los sistemas vivos como formaciones de componentes moleculares, las propiedades de los cuales vienen determinadas por la química, la física o las cargas eléctricas –propiedades materiales, mecánicas–, la vida (...) deviene mecanismo”²². D’aquesta manera, la vida esdevé quelcom susceptible de ser explicat en

²⁰ Oliva, Ballesta, Oriola, & Clària, 2008, p. 285.

²¹ Em baso en l’explicació que dona Nikolas Rose a “Las políticas de la vida en el siglo XXI”, dins de *El trasfondo biopolítico de la bioética* (p. 19-33). A Rose, 2013.

²² Rose, 2013, p. 23.

termes de propietats físico-químiques, de manera que tota variació en ella es pot representar en termes d'una variació quantitativa en tals propietats. Això comporta, segons Rose, que el cos es pot començar a concebre com un conjunt d'interrelacions mecàniques entre les seves parts, la qual cosa permet a la seva vegada que es concebi l'home com a un mecanisme i, per extensió, com a una màquina. I això condueix a la segona conseqüència d'aquest canvi en la manera de concebre la vida. En segon lloc, i en la mesura que l'home es pot concebre a través d'aquest canvi com una màquina (amb parts de les quals en coneixem els mecanismes i les interrelacions), la vida es converteix en quelcom susceptible al control de l'home. Així, a través d'una certa enginyeria genètica, l'ésser humà pot crear, modificar o escollir les interrelacions o els mecanismes que generin màquines-homes millors del que la naturalesa per si mateixa podria garantir. D'aquesta manera, diu Rose, es genera la creença que res és biològicament impossible.

Ara és el moment d'explicar el segon concepte que Rose utilitza per explicar la segona transformació que ha experimentat la medicina contemporània; a saber: el d'*optimització*. Segons Nikolas Rose, la medicina, contagiada per la preocupació pel futur en què està imbuïda la biologia contemporània, ha perdut interès en la curació de patologies i s'ha centrat en l'intent de control de la vida per poder-la gestionar i, sobretot, optimitzar. Aquesta és la dinàmica que descriu l'*optimització*. Això sí, s'ha de reconèixer que aquí Rose es separa del cas que a nosaltres ens ocupa, en la mesura que, en parlar d'*optimització*, no pensa en una eugenesia com la de l'article d'*El Mundo* (identificar aquells individus dels quals se'n suposa un defecte o una minusvàlua per intentar eliminar o restringir la seva existència), sinó que pensa en l'optimització real dels individus, és a dir, en millorar-los a ells a través de l'enginyeria genètica. Tot i això, hi ha un punt en comú entre l'*optimització* de Rose i la selecció que s'explica en l'article d'*El Mundo*; a saber: ambdues es basen amb un concepte de Nikolas Rose: el de *susceptibilitat*. Aquest es podria definir com la possibilitat d'una persona a tenir un determinat fenotip (en la medicina, a patir una patologia) en base al conjunt de característiques del genoma humà combinades amb una determinada relació amb el medi. En aquest sentit, es podria dir que tant la modificació genètica de Rose i la selecció genètica d'*El Mundo* es basen ambdues en la susceptibilitat dels individus a patir patologies (o a no estar sans). Dit això, s'ha d'esmentar que amb el concepte de *susceptibilitat*, Rose es vol allunyar del determinisme associat a la genètica. Afirmar: "*El desarrollo de la genómica ha transformado completamente el modo como nos representamos nuestra relación con el futuro. (...) Hemos pasado de la idea de un determinismo genético a una suerte de probabilismo.*"²³. I aquí es pot entendre, per fi, l'aparició de la nova entitat mèdica anunciada: el pacient pre-sintomàtic o pre-pacient, és a dir, aquell individu que es converteix en pacient sense tenir, de fet, cap malaltia. La pregunta és: i qui són aquests pre-pacients? Aquesta pregunta pot tenir, segons el que s'ha explicat, dues respostes. Per una banda, en tant que gràcies a la *molecuralització* es poden conèixer els gens que poden desembocar en una patologia, és pacient pre-sintomàtic aquella persona que té una constitució genètica en la qual s'hi reconeix, de fet, una patologia futura. Aquest és el cas dels embrions descartats en l'article d'*El Mundo*, els quals en definitiva van ser rebutjats per tenir una predisposició

²³ Rose, 2013, p. 26.

genètica a patir càncer de colon hereditari. Però, si es mira amb deteniment, es pot veure el que Rose va intuir: en últim terme, tots som pre-pacients. I és que, en tant que les malalties no depenen d'un únic gen, sinó d'un conjunt de combinacions entre el genoma i el medi, tota persona és susceptible a patir alguna patologia en algun moment. Com afirma Rose: *"todos estamos asintomáticamente enfermos, porque todos tenemos alguna probabilidad de desarrollar patologías en el futuro"*²⁴. Aquesta és, doncs, per l'altra banda, la segona resposta a la pregunta abans plantejada: tots som pacients pre-simptomàtics.

En aquest punt, es pot entendre ja la relació entre l'aparició del pacient pre-simptomàtic i la prevenció i la medicalització. Crec que la millor forma de fer explícita aquesta relació és continuar amb Nikolas Rose. Rose explica que una de les conseqüències d'haver-nos convertit en pacients pre-simptomàtics és que sentim que tenim (nosaltres mateixos i les autoritats) l'obligació de predir i gestionar el risc d'emmalaltir. Això condueix, segons com ho anomena Nikolas Rose, a una híper-responsabilitat biològica que, en teoria, posa sobre les espatlles de cada individu la custòdia de gestionar i controlar la seva vida perquè aquesta es mantingui en un estat de salut. I és que, si un té una predisposició genètica a patir càncer de colon, per exemple, haurà d'intentar controlar tant com pugui el seu medi (sotmetre's a colonoscòpies anuals, per exemple) perquè aquesta predisposició es quedi només en això, en una mera predisposició. Però no només això. I és que si s'accepta, com es dedueix del concepte de *susceptibilitat*, que tots som pacients pre-simptomàtics, s'ha d'acceptar també que tots som responsables de la nostra salut en tot moment, en la mesura que tots tenim probabilitats d'emmalaltir en un futur (no molt llunyà). Així és com la societat es veu imbuïda en un espiral de *prevenció* (que era una de les dinàmiques que volíem explicar).

Dit això, és important esmentar que aquesta híper-responsabilitat biològica no està essent assumida pels pre-pacients tal i com Rose vol insinuar, sinó que, almenys en la societat catalana, tal responsabilitat està essent delegada en el sistema sanitari. Així ho afirma almenys la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària (CAMFIC) en l'article "Malalts de salut", en el qual denuncia que la salut s'ha convertit en una obsessió que, combinada amb el fet que es considera que la medicina té solucions per tot, està portant a la saturació del mateix sistema. Així, diuen, la societat viu amb la creença que *"tots aquests riscos que hem etiquetat com a malaltia tenen una prevenció [mèdica] i un tractament"*²⁵ també mèdic. D'aquesta manera, les persones s'estan convertint en pre-pacients apeixats, que consideren que els metges (quasi) els deuen una solució ràpida per tot el que els pugui passar a nivell del cos, el qual conceben com la part vital de la pròpia persona.

Es delegui o no aquesta responsabilitat biològica en el sistema sanitari, Rose estaria d'acord amb CAMFIC en almenys una qüestió: que el cos ha esdevingut (en la concepció de l'home de si mateix) la característica principal de la seva subjectivitat (amb totes les conseqüències que això comporta). I és que, precisament, aquest canvi en la manera de concebre la subjectivitat és la tercera transformació que ha patit la medicina

²⁴ Rose, 2013, p. 26.

²⁵ CAMFIC, 2006, p. 9.

contemporània segons Rose, que el sociòleg britànic descriu amb el concepte de *subjectivació*. En aquest sentit, Nikolai Rose afirma: “*Nos imaginamos como criaturas biológicas y, al menos en parte, como corpóreos, somáticos*”²⁶. I afegeix: “*Nuestro propio soma, nuestro propio cuerpo ha devenido la característica constitutiva de nuestra subjetividad*”²⁷. Això sí, Rose deixa clar que el fet que el cos hagi esdevingut la característica principal de la subjectivitat no implica que l’home es consideri biològicament determinat. Ans el contrari. Segons Rose, es comença a entendre la biologia com a quelcom sobre el qual es pot actuar mèdicament i, per tant, es genera una gran esperança en què tot el que pugui ocórrer al cos tingui algun tipus de solució mèdica. I això ens porta una altra vegada a l’article “Malalts de salut”. I és que, segons CAMFIC, la societat no tant sols creu que tota malaltia (o el mer risc de patir-la) es pot prevenir, sinó que també considera que “*els aspectes normals de la vida, els problemes personals i socials es traslladen al camp de la medicina*”²⁸. En altres paraules: segons la societat, el domini de la medicina ha d’abastar el conjunt de la vida i, per tant, creu que tot, i no sols les malalties, té una solució mèdica. Aquesta és precisament la dinàmica que descriu el concepte de *medicalització de la vida*.

En aquest punt, és important recapitular. S’havia afirmat, quan començàvem a exposar aquesta cinquena problemàtica que, per presentar-la, era necessari abans explicar els fenòmens lligats a la problemàtica en qüestió, a saber: l’aparició del pre-pacient com a subjecte mèdic i de les dinàmiques de prevenció i de medicalització de la vida. Un cop explicats aquests fenòmens, la pregunta és: quins problemes bioètics en relació a aquesta temàtica es poden veure’s afectats pels prejudicis semàntics inherents a certs termes de l’article d’*El Mundo*? En la meua opinió són tres (un per a cada fenomen): el primer és en referència a la informació genètica i el dret a la seva privacitat; el segon és en relació a les conseqüències de la prevenció en què s’ha vist submergida la societat; el tercer està vinculat a les implicacions de la medicalització de la vida.

Comencem pel problema bioètic vinculat a la informació genètica i al dret a la seva privacitat. Joan Brunet i Vidal, cap del Servei d’Oncologia Mèdica i Consell Genètic de l’ICO Girona, en l’apartat “Aspectos éticos y legales” de *Cáncer Hereditario*, publicat per la Societat Espanyola d’Oncologia Mèdica (SEOM), identifica un gran problema bioètic en relació a aquesta temàtica: el conflicte entre el dret a la intimitat genètica i la necessitat d’informació a tercers. Brunet i Vidal explica que el dret a la intimitat està reconegut com a dret fonamental per la Constitució (Article 18), i que està protegit per la “Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen”, que regula qualsevol revelació il·legítima de dades privades d’una persona o d’una família.²⁹ A més a més, explica que el dret a la intimitat genètica està reconegut en particular per la UNESCO i en l’àmbit nacional

²⁶ Rose, 2013, p. 28.

²⁷ Rose, 2013, p. 28.

²⁸ CAMFIC, 2006, p. 9.

²⁹ Per una banda, l’Article 18 de la Constitució Espanyola ha estat consultat a: <http://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf> [13/04/2015; 10:10]. Per l’altra, pot ser útil esmentar que les tesis sobre protecció de dades de la “Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen” apareixen en l’Article 7. Consultat a: http://www.boe.es/boe_catalan/dias/1982/12/31/pdfs/A00057-00059.pdf [13/04/2015; 10:07].

pel Conveni d'Oviedo.³⁰ A partir d'aquí, Brunet i Vidal explica, per emmarcar la problemàtica en relació a la informació genètica, que *“las características de esta información, entre ellas la capacidad de predicción y el hecho que se comparte con otros familiares, hace que entren en colisión diferentes derechos: a ser informado, a la intimidad, a no saber, deber médico de informar...”*³¹. Així doncs, el problema amb la informació genètica amb rellevància mèdica és que, si s'identifica, per exemple, una mutació en una persona afectada per una malaltia (mutació que es pressuposa que ha predisposat a tal persona a patir la patologia en qüestió), implica que el 50% dels familiars directes de la persona afectada poden haver heretat la mutació, de tal manera que tenen una gran probabilitat de patir la malaltia del seu familiar en un futur.

I aquí és on poden entrar en conflicte els drets abans esmentats per Joan Brunet i Vidal. I és que, ja només d'entrada, la persona que pateix un càncer de colon, per exemple, pot exercir el seu dret a no saber si té una predisposició genètica tal com el síndrome de Lynch, encara que negar-se a l'estudi genètic pugui implicar que els seus familiars vius tinguin tal predisposició sense saber-ho.³² Però encara més: imaginem que la persona amb càncer de colon accepta fer-se l'estudi genètic i descobreix que té Síndrome de Lynch. D'una manera semblant a abans, i en pro de la seva intimitat genètica, pot demanar al seu metge que no reveli aquella informació als seus familiars, encara que el fet que tingui Síndrome de Lynch pot comportar que la meitat dels seus familiars directes també el tinguin. Com es pot veure, aquí el metge es troba amb el conflicte entre el seu deure de respectar el dret a la intimitat genètica del pacient i el deure d'informar a les persones que poden emmalaltir. A més a més, encara hi ha un tercer agent en el conflicte. I és que, com afirma el Conveni d'Oviedo (Article 10): *“Toda persona tendrá derecho a conocer toda información obtenida respecto a su salud”*³³. Així que, com es pot veure, entren en conflicte al mateix temps el dret del pacient a la intimitat genètica, el deure del metge a informar, i el dret del familiar del pacient a saber la informació obtinguda respecte a la seva salut. Quina és la solució del conflicte? Brunet i Vidal no dóna cap resposta clara, sinó que sols aconsella que es facin participants als familiars durant l'assessorament genètic per així evitar ja d'entrada aquesta possible problemàtica. Jo, com he anat repetint en aquest apartat, tampoc tinc cap intenció de donar una resposta a aquesta pregunta. Tot i això, les tesis que es defensaran en aquest treball poden apuntar a que l'abast d'aquest problema és diferent al que pot semblar sense una reflexió sobre els prejudicis semàntics associats a certs termes que apareixen en l'article d'*El Mundo*.

³⁰ Per una banda, la Declaració Universal sobre el Genoma i Drets Humans (UNESCO) declara la importància de la protecció de les dades genètiques (per protegir la intimitat genètica) en l'Article 7. Consultat a: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html [13/04/2015; 10:28]. Per l'altra, la Declaració Internacional sobre Dades Genètiques Humanes, de la mateixa UNESCO, declara tal importància ja en els objectius. Consultat a: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=17720&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html [13/04/2015; 10:34]. Pel que fa al Conveni d'Oviedo (1999), declara el dret de les persones a que es respecti la seva vida privada en relació a informacions relatives a la seva salut en l'Article 10. Consultat a: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf> [13/04/2015; 10:46]

³¹ SEOM, 2006, p. 255.

³² Com s'afirma en l'Article 10 del Conveni d'Oviedo: *“Deberá respetarse la voluntad de una persona de no ser informada”*. Consultat a: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf> [13/04/2015; 11:27]

³³ Consultat a: <http://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf> [13/04/2015; 11:24]

El segon problema bioètic associat a aquesta cinquena problemàtica es pregunta per les conseqüències de la prevenció generada per l'aparició del pacient pre-sintomàtic i de la informació genètica. La pregunta és, ja d'entrada, quins són els límits d'aquesta prevenció? En relació a l'article d'*El Mundo*, per exemple, seleccionar uns embrions que no tenen una predisposició genètica a patir càncer de colon en detriment d'altres que sí la tenen (o que tenen suposades "alteracions cromosòmiques" indesitjades) és prevenir una malaltia? A on ens pot portar aquesta prevenció en pro de la salut? Pot portar, com assegura CAMFIC a "Malalts de salut", a que es creï un clima d'inseguretat on la por a la malaltia determini constantment les nostres vides? Pot crear, com denúncia CAMFIC, una sensació d'angoixa en les persones que generi demandes preventives constants insostenibles que, a la llarga, acabin saturant el mateix sistema sanitari? No pretenc respondre aquestes preguntes. Tot i això, crec que amb les tesis que es presentaran en aquest treball (si s'accepten, és clar) tals preguntes trobaran les respostes per si soles.

Arribats a aquest punt, per acabar aquest apartat, és important plantejar un darrer problema, associat en aquest cas a la medicalització de la vida. Aquí només es planteja una pregunta: pot ser, com avisa CAMFIC, que la medicina s'estigui expandint als aspectes normals de la vida, als problemes personals i socials, amb totes les conseqüències que això comporta? Com he esmentat, no respondré aquesta pregunta aquí. Tot i això, espero que, amb les tesis d'aquest treball, la pregunta es respongui per si sola.

Fins ara, he deixat un seguit de preguntes sense resposta. La pregunta és: per què? Perquè, com he anat insinuant, crec sincerament que intentar oferir una resposta a les preguntes anteriors sense abans no prendre consciència dels prejudicis semàntics inherents a certs termes de l'article d'*El Mundo* implicaria respondre a les preguntes anteriors de forma inconscientment tendenciosa, en tant que el plantejament de les preguntes ja incorporaria tals prejudicis esmentats. Això no vol dir en cap cas que la resposta a les preguntes plantejades hagi de ser diferent abans o després de prendre consciència dels prejudicis en qüestió. És més, pot ser que la resposta es mantingui (i això no trauria valor a la resposta assumida). Tot i això, no puc deixar de pensar que hi ha una gran diferència entre una presa de posició basada en certs prejudicis semàntics i una altra on s'és conscient del que hi ha en joc amb les preguntes plantejades. En aquest sentit, si treure a la llum tals prejudicis provoca almenys certa reflexió, es pot considerar que el treball ha complert el seu objectiu. Ara és el moment, doncs, d'introduir en particular els prejudicis lligats a certs termes de l'article d'*El Mundo*.

1.3. PREJUDICIS EN L'ARTICLE D'EL MUNDO

Nietzsche advertia en *El viajero y su sombra*: "Peligro del lenguaje para la libertad intelectual. Toda palabra es un prejuicio"³⁴. Malgrat potser no entendre completament el sentit de la sentència de Nietzsche, la seva veu no deixava de ressonar dins el meu cap mentre llegia l'article d'*El Mundo*. Podia ser, em preguntava, que l'advertència de Nietzsche, com la profecia posterior de Zaratrusta sobre la mort de Déu, estigués ben

³⁴ A Nietzsche, 1985, p. 178.

encaminada? Jo no podia deixar de sentir que així era i que, en l'article *d'El Mundo*, moltes paraules eren de fet un prejudici. Això sí, (probablement) interpretant de forma diacrònica o descontextualitzada la cita, jo entenia prejudici en les dues accepcions que accepta el terme segons el Diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans. Segons aquest, es pot entendre 'prejudici' de dues maneres. Per una banda, com una opinió que s'accepta per endavant sense una reflexió prèvia (però que no implica una valoració positiva o negativa). Si, com afirmava Nietzsche, cada paraula és un prejudici, hi hauria d'haver quelcom en elles que portaria a les persones a acceptar de forma inconscient certes creences sense una reflexió prèvia sobre el contingut d'aquestes. Per l'altra banda, es pot entendre 'prejudici' com aversió o propensió³⁵ no raonada per alguna cosa, és a dir, com el posicionament a favor o en contra d'una qüestió; condicionat, almenys en part, per les creences injustificades lligades a la primera accepció del terme. Així, i tornant a la interpretació potser tendenciosa de la cita de Nietzsche, hi hauria d'haver quelcom en les paraules que provoqués acceptació o rebuig davant quelcom sense una reflexió prèvia.

La pregunta és: es podria afirmar, seguint el recurs retòric de Nietzsche, que cada paraula en l'article *d'El Mundo* és, de fet, un prejudici? Potser es podria afirmar; jo no m'atreveixo. Tot i això, crec que sí es poden detectar en l'article certes paraules que, per la càrrega semàntica que porten a l'esquena, se'ls pot aplicar la sentència esmentada (si s'entén 'prejudici' en la primera accepció del terme). Són les paraules que s'havien remarcat en l'article transcrit en el Prefaci; a saber: 'salut', 'malaltia', 'normalitat', 'alliberar' i 'evitar'. D'aquestes, les dues últimes poden crear prejudicis més fàcils de detectar. Les tres primeres, en canvi, poden generar si no es té cura del llenguatge prejudicis que dificulten molt la presa de consciència de que ho són, en la mesura que no impliquen simples confusions conceptuals sinó, més aviat, i si es pot dir així, decisions conceptuals inconscients preses a causa d'un embuixament del llenguatge [permeteu-me, de moment, el misteri que embolcalla aquesta explicació]. De fet, aquestes tres paraules seran les protagonistes del treball, junt amb els prejudicis que poden crear i l'efecte de tals prejudicis semàntics en els problemes bioètics presentats en l'apartat anterior. Abans d'agafar aquest camí, però, és important explicar els prejudicis lligats als dos últims termes de la llista presentada ('alliberar' i 'evitar'), per poder així descartar-los i centrar-nos després en la tríada protagonista.

Amb la utilització en l'article dels termes 'alliberar' i 'evitar' es genera la creença que gràcies a la selecció genètica han nascut dos nadons sense risc a patir càncer de colon i sense haver de viure les conseqüències negatives de tenir una predisposició genètica com el síndrome de Lynch (com les colonoscòpies anuals). En la meua opinió, aquesta creença (lligada a tals termes) no sols és un prejudici, en acceptar-se sense prèvia reflexió, sinó que a més a més és una creença falsa. En aquest sentit, crec que amb una petita reflexió tal creença no seria acceptada. I és que, ja d'entrada, s'hauria de precisar que als nadons nascuts no se'ls ha alliberat del risc a patir càncer de còlon, sinó només del risc a patir càncer de colon hereditari. Però és que

³⁵ Definicions basades en el DIEC. Consultat a: <http://dlc.iec.cat/results.asp>. [13/04/2015; 23:54]. He esmenat una de les accepcions proposades pel DIEC. El DIEC proposava: el prejudici és "una aversió no raonada per alguna cosa". Tot i això, crec que és interessant d'afegir-hi també propensió (i és que també és un prejudici aprovar quelcom sense raons).

és més. Si es pensa amb deteniment, no se'ls alliberat de res. Per què? Perquè només es pot alliberar algú d'alguna cosa si aquest algú ha tingut – posseït, patit o ha estat predisposat – a la cosa en qüestió. Així doncs, si es té en compte que els nadons nascuts tenien, des de la seva concepció, la mateixa constitució genètica, si haguessin nascut per la loteria tradicional no haurien tingut tampoc el síndrome de Linch, ja que no l'havien tingut en cap moment (precisament per això se'ls va seleccionar quan eren embrions!). En aquesta línia, no se'ls ha evitat tampoc les colonoscòpies anuals per prevenir el càncer de colon hereditari al qual en teoria estaven predisposats, en la mesura que els nadons nascuts, a diferència dels seus (ja no futuribles) germans, no havien tingut en cap moment tal predisposició. Si de cas, es podria acceptar, si es vol, que s'ha evitat al concepte *fill de la parella en qüestió* de la possibilitat de ser ocupat per nadons amb risc de patir càncer de còlon hereditari. D'una manera semblant, als únics que sí es pot haver alliberat de quelcom (en un sentit quasi macabra) és als altres embrions, que se'ls ha estalviat de viure una vida en la qual haurien tingut unes perspectives de futur inferiors de les que els seus pares desitjaven pels seus fills. Però la creença lligada a l'ús en l'article de les paraules 'evitar' i 'alliberar' és totalment falsa. Tot i això, tot i la seva falsedat, no puc deixar de pensar que és comprensible que ens formem tals creences, sobretot si es tenen en compte els nous horitzons que han obert els avenços en genètica. Potser tals avenços estant generant algunes confusions en el concepte d'identitat, en haver canviat la concepció-gestació-naixement tradicional per la possibilitat de crear *in vitro* una nombre determinat d'embrions, dels quals només se n'implanten alguns que, ja sí, són gestats per la mare. Sigui com sigui, la utilització dels termes 'alliberar' i 'evitar' generen creences (falses però comprensibles) que s'accepten sense reflexió: per això s'afirma que són prejudicis.

Tot i això, no crec que sigui a aquest tipus de prejudicis als quals Nietzsche es referia amb la seva cita: són massa evidents, massa obvis, massa fàcils de solucionar, perquè es preocupés a denunciar-los. Els termes 'salut', 'normalitat' i 'malaltia', en canvi, sí porten amb ells prejudicis (semàntics) molt perillosos per a la llibertat intel·lectual, en la mesura que el sol fet de llegir-los ja implica una decisió conceptual inconscient sobre la manera d'entendre'ls (als termes, s'entén). En aquest sentit, 'salut', 'normalitat' i 'malaltia' són prejudicis perquè tenen una càrrega semàntica que porta a acceptar inconscientment una determinada forma de respondre les preguntes *què vol dir estar sa?*, *què vol dir estar malalt?* i *què vol dir ser normal?*. És per això que s'afirma que tals termes són prejudicis semàntics, perquè porten amb si una determinada manera d'entendre's a si mateixos, que compromet (també de forma inconscient) amb una determinada manera d'entendre el món i l'ésser humà.

En el pròxim apartat, s'explicarà quina és aquesta manera d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat que es segueix de la utilització dels termes en l'article d'*El Mundo* (creant el prejudici semàntic esmentat, en acceptar tal concepció de forma inconscient). Després, aquesta concepció es contraposarà a una forma alternativa d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat; la del metge- filòsof francès George Canguilhem. Comencem, però, per explicar la forma d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat que es dedueix de la semàntica de l'article i que s'accepta de forma inconscient.

2. SALUT, NORMALITAT I MALALTIA EN L'ARTICLE D'EL MUNDO

En l'article d'*El Mundo* s'afirma: "Solo cinco de los embriones no presentaban una mutación y, de éstos, solo tres resultaron ser cromosómicamente normales. Se implantaron dos, que resultaron en el nacimiento de un niño y una niña, ambos sanos y sin riesgo de padecer síndrome de Linch". Ja en aquestes poques paraules, crec, es mostra aquesta primera manera d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat (que es segueix de l'article d'*El Mundo*) i que, en acceptar-la inconscientment, es converteix en el prejudici semàntic anunciat en l'apartat anterior. En aquest sentit, per explicar aquesta forma d'entendre la tríada protagonista que es segueix de l'article d'*El Mundo* pot ser útil partir de la cita transcrita al principi del paràgraf, de manera que sigui el context en què apareixen els termes qui mostri quina és la càrrega que porten amb ells. Tot i això, i per molt que es pugui creure que el context (lingüístic i extralingüístic) pot mostrar el significat dels termes, és evident que, en reconstruir a partir de la cita (i la semàntica de l'article) la manera d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat que es segueix de l'article en qüestió, s'està portant a terme un exercici d'interpretació. No obstant, no puc deixar de creure que tal interpretació és la correcta. Per tal de portar-la a terme, recorrerem a certes explicacions de George Canguilhem; el filòsof que, en el pròxim apartat, utilitzarem per explicar la forma alternativa d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat. La pregunta és: si Canguilhem defensa aquesta concepció alternativa, per què s'utilitza per explicar la manera d'entendre la tríada protagonista que es deriva de la semàntica de l'article d'*El Mundo*? Perquè Canguilhem va criticar aquesta manera d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat en les seves obres i, en tant que necessitava explicar abans la concepció que volia criticar per poder-la replicar després, ofereix una presentació clara d'aquesta primera manera d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat, que en aquest apartat es vol explicar. Això sí, s'ha de reconèixer que, sense perdre el contingut de fons, aquí s'utilitza un vocabulari diferent al de Canguilhem, pel fet que la terminologia que aquí es proposa pot ser, crec, més precisa.

Tornem, ara, però, a la cita en qüestió. Com es pot veure, en ella els termes 'salut' i 'normal' apareixen per caracteritzar els nadons seleccionats per la seva constitució genètica en detriment dels embrions descartats (que, per eliminació, si haguessin nascut no se'ls hauria pogut anomenar ni sans ni normals). La pregunta és: què vol dir caracteritzar-los com a sans o normals? En l'article, crec, afirmar que tals nadons (i, per extensió, també els embrions a partir dels quals s'han desenvolupat) són essencialment sans, és a dir, que hi ha algun tret objectiu en el seu cos (en aquest cas, la seva constitució genètica) que exigeix que se'ls anomeni (i se'ls tracti com a) sans i normals, independentment de la percepció que podrien tenir els propis nadons sobre el seu estat un cop nascuts (i crescuts), o de la percepció de la societat sobre ells. En aquest sentit, els conceptes de salut i de normalitat s'entenen com estats objectius del cos (equivalents), que estan definits per trets objectius del cos que els reclamen. Per contraposició, la malaltia s'entén en l'article com un estat igualment objectiu, contraposat però a la salut i a la normalitat.

Aquí pot ser important fer una aclariment terminològic. Canguilhem utilitza, quan vol parlar d'una salut, una normalitat o una malaltia enteses com en l'apartat anterior, la terminologia de *salut en si*, *malaltia en*

si i normalitat en si. Com s'ha vist, jo proposo un altre vocabulari: *estat objectiu de salut*, *estat objectiu de malaltia* i *estat objectiu de normalitat*; respectivament.³⁶ S'entén per *estat objectiu* d'un individu com un estat determinat només per trets objectius del cos, a partir dels quals es pot saber *a priori* si un individu qualsevol està sa, està malalt o si és normal (independentment de la percepció de l'individu del seu propi estat). Precisament per això es bateja com a *estat objectiu*, per remarcar que el subjecte és irrellevant per determinar el seu estat (definit només per trets objectius). Així doncs, pel que fa a la malaltia, si s'afirmés que un individu està en un estat objectiu de malaltia, s'estaria afirmant que es poden observar en el cos de tal individu certs trets objectius que són ells constitutius de malaltia (i que ho serien per a qualsevol individu, independentment del que senti o deixi de sentir). El mateix passaria amb la salut i la normalitat.

Dit això, la pregunta és: encara que pugui ser veritat que en la cita els termes 'salut' i 'normal' s'usaven per caracteritzar els nadons com a sans i normals, què indica que en l'article s'entén la salut i la normalitat (i la malaltia) com a estats objectius? Comencem amb el terme 'salut'. Si es recorda, en la cita s'afirmava que, gràcies a la selecció genètica, s'havia aconseguit que naixessin dos nens sans. En aquest context, i si es recorda que dels dotze embrions set s'havien descartat per tenir el síndrome de Linch ("*la mutación*") i altres dos per altres alteracions cromosòmiques, sembla que afirmar que els nadons van néixer sans és afirmar que van néixer sense la presència de mutacions o alteracions cromosòmiques. En aquest sentit, sembla que, tal i com s'entén en l'article, el concepte de salut descriu la no presència de certs trets que no es corresponen amb els trets que determinen l'estat objectiu de salut, en la mesura que el mer usar els termes 'alteracions' i 'mutacions' pressuposa que hi ha un estat objectiu universal per a l'espècie humana a partir del qual hi puguin haver tals alteracions o mutacions. Podria semblar, per tant, que tot estat que tingués tals mutacions o alteracions (que no es corresponguessin amb l'estat de salut) hagués de ser un estat objectiu patològic. En el cas de les alteracions cromosòmiques (com el síndrome de Down) sí que seria així, en tant que el sol fet de tenir una constitució cromosòmica diferent a la que determina l'estat objectiu de salut ja implicaria la malaltia del subjecte (independentment de la seva percepció).

No seria el cas, però, de les mutacions (o almenys no de mutacions com el síndrome de Linch). En l'article original,³⁷ es pot veure que quan s'afirma que els nadons van néixer sans, s'afirma perquè l'absència de mutacions va permetre que els nadons naixessin sense risc de patir càncer de colon hereditari i no perquè el tinguessin ja de fet. A part del prejudici explicat en la "Introducció" sobre si aquells nadons en concret havien tingut mai algun risc de patir càncer de colon hereditari, és important destacar, en relació al tema

³⁶ La causa del canvi terminològic és que sembla que dir que un individu es troba en un estat de salut en si, de malaltia en si o de normalitat en si, implica que només es pot conèixer objectivament l'estat d'un individu si es miren certs trets del seu cos sense tenir en compte el que aquest senti o deixi de sentir. El problema és que, si es cregués que els estats de salut, de malaltia o de normalitat estan definits també per com es sent l'individu (i no sols pels trets objectius del seu cos), també es podria dir objectivament quan aquest individu està sa o malalt (o és normal): la diferència seria simplement que tals trets objectius del cos necessitarien d'un subjecte per poder-los jutjar com a sans, patològics o normals. És a dir, una persona pot estar malalta objectivament i no estar en un estat objectiu de malaltia. Aquest canvi en la terminologia em permet fer aquesta diferenciació, la qual cosa no podia fer amb el vocabulari de Canguilhem. Un altre canvi terminològic, aquest ja menys important, és que on dic 'trets objectius del cos' Canguilhem diu ' propietats del cos'.

³⁷ Es pot trobar als Annexos.

que ens ocupa que, si el que s'ha afirmat és cert, la salut com estat objectiu tal i com s'entén en l'article no estaria només contraposat a la malaltia, sinó també al mer risc de patir-la. En aquest sentit, la salut descriuria un estat objectiu que està determinat per trets objectius que no només exclouen la possibilitat de tenir un estat patològic, sinó també la possibilitat de tenir-lo en el futur.

Sigui com sigui, el que és clar és que en l'article s'entén la salut com un estat objectiu. Aquesta intuïció crec que es reafirma si es té en compte que, en la cita esmentada, es diu que, dels cinc embrions sense el síndrome de Linch, només tres eren cromosòmicament normals. La pregunta és: què vol dir en l'article que els embrions són cromosòmicament normals? Crec sincerament que sols hi ha una resposta: que els trets de la seva constitució es corresponen amb els que determina l'estat objectiu de normalitat, que és equivalent al de la salut (tal i com s'havia anunciat en un principi). La pregunta, però, és: com es poden identificar aquests trets objectius que determinen l'estat objectiu de normalitat i, per extensió, de salut?

Per respondre a aquesta pregunta és necessari allunyar-nos momentàniament de l'article i recórrer, tal i com s'havia anunciat, a George Canguilhem. Canguilhem explica al capítol "Lo normal y lo patológico", de l'obra *El conocimiento de la vida*,³⁸ que es pot tractar (i entendre) tot ésser viu de dues formes diferents: com un sistema de lleis generals o com organització de propietats sota una norma (establerta pel propi cos). Ell és partidari de la segona concepció. La primera, que va criticar al llarg de la seva vida, és la que està a la base de la manera d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat que es segueix de l'article d'*El Mundo*. Així doncs, aquesta primera concepció és la que aquí es vol explicar.

Segons aquesta primera concepció [que anomenarem *mecanicista*], s'ha d'entendre l'ésser viu (i l'home) com una màquina la constitució i el funcionament de la qual es basa en l'intent d'adequació a unes lleis naturals que generen un ideal pel que fa a la constitució i al funcionalment del cos que els éssers vius han d'acomplir; ideal que, no obstant, varia per a cada espècie. El compliment d'aquest ideal es pot veure en certs trets objectius del cos que són independents de la percepció de l'ésser viu sobre l'acompliment o no de l'ideal en qüestió. Canguilhem explica que si els éssers vius complissin sempre al peu de la lletra aquesta imatge establerta per tals lleis de la naturalesa, és a dir, si tals trets objectius dels éssers vius es corresponguessin sempre amb els trets de l'ideal corresponent, tals éssers vius no emmalaltirien mai; de la mateixa manera que una màquina que sempre seguís el funcionament establert en determinats càlculs tampoc mai s'espatllaria. La pregunta és: i com és, doncs, que els éssers vius emmalalteixen? Perquè, en la mesura que els éssers vius són limitats, no poden adequar-se a la perfecció a la imatge creada per tals lleis naturals; essent sempre particulars imperfectes d'un universal.³⁹ Per aquest motiu, diu Canguilhem, amb aquesta concepció tota diversitat és concebuda *a priori* de forma negativa, en tant que en la diversitat sembla que s'expressi el no seguiment de l'ideal homogeni perfecte establert per les lleis naturals en qüestió. Per extensió, es tendeix a concebre tota anomalia dins d'una espècie com a patològica. En aquest

³⁸ Canguilhem, 1976, p. 183-200.

³⁹ Molt perspicaçment Canguilhem apunta que amb aquesta manera d'entendre els éssers vius la biologia es casa amb unes lleis que s'assemblen a les idees platòniques (amb tots els problemes que això comporta).

sentit, si en els trets objectius del cos es mostra que aquest no s'adequa (en la seva constitució o el seu funcionament) a l'ideal establert per tals lleis naturals, significarà que l'ésser viu en qüestió es troba en un estat objectiu de malaltia, independentment de si ell es sent o no malalt (independentment de quina és la percepció sobre el seu propi estat). Per contraposició, si aquestes lleis naturals són seguides al peu de la lletra per a l'ésser viu (és a dir, si la constitució o el funcionament del cos s'adequa a l'ideal establert per tals lleis), es pot determinar de forma universal que l'estat d'aquell ésser és de normalitat i, per extensió, de salut (independentment del que aquest senti o deixi de sentir).

Aquí es pot començar a veure, doncs, la coincidència entre aquesta concepció que Canguilhem explica (per després poder-la criticar) i la concepció que dèiem que es segueix de l'article d'*El Mundo*. La salut i la normalitat també són ambdós estats objectius del cos que coincideixen i que es contraposen ambdós a un estat objectiu patològic. Tot i això, el que és important és que arribat a aquest punt es pot respondre per fi la pregunta amb la qual començàvem aquesta petita aparent digressió. La pregunta ara és: com l'home és capaç de conèixer, en el cas de la seva espècie, aquestes lleis que creen l'ideal la correspondència amb el qual de certs trets objectius del cos determina la salut i la normalitat (com a estats objectius)?

Per respondre aquesta pregunta és necessari fer explícit abans un pressupòsit que s'amaga sota aquesta concepció: a part del pressupòsit evident (tot i que difícil de demostrar) que hi ha unes lleis naturals que generen un ideal al qual l'ésser humà s'ha d'adequar per assolir un estat objectiu de normalitat i de salut, es pressuposa també que la constitució i el funcionament de l'ésser humà tendeixen naturalment a seguir aquestes lleis i, per tant, a intentar adequar-se a l'ideal que aquestes estableixen; encara que no sempre ho puguin aconseguir. A partir d'aquí, Canguilhem explica que segons aquesta concepció l'ésser humà pot conèixer aquestes lleis a partir de l'observació⁴⁰ de la constitució i el funcionament del cos dels éssers humans, fent la mitjana de la presència o absència d'aquells trets objectius que, en repetir-se en la majoria d'individus, es pressuposa que són veu de la tendència natural de l'home a intentar adequar-se a l'ideal esmentat. D'aquesta manera, més que conèixer les lleis, l'ésser humà es pot formar una imatge d'aquest ideal que les lleis naturals exigeixen que es persegueixi, de tal manera que pot formar-se també un plànol objectiu d'aquells trets la presència o absència dels quals exemplifiquen el compliment o no de l'ideal esmentat. Així doncs, segons aquesta concepció, la normalitat es coneix (en tant que es mostra) a partir de l'observació d'allò més comú per, a través de l'estadística, i partint del pressupòsit que allò més comú és allò que s'aproxima al màxim a l'ideal establert per certes lleis naturals, crear el mapa objectiu de la salut i la normalitat.

Així, diu Canguilhem, des d'aquesta concepció es pot entendre l'aparició d'una ciència com la fisiologia i d'una disciplina com la medicina. I és que de l'observació de la constitució i el funcionament del cos en el seu dia a dia i en diferents individus, i del càlcul estadístic de la regla que es mostra en allò més comú, en pot néixer una ciència com la fisiologia que sistematitzi la constitució i el funcionament correcte del cos

⁴⁰ Aquesta observació pot ser a ull nu o a partir de mitjans tècnics (proves al laboratori, per exemple).

humà, i una disciplina com la medicina que apliqui els coneixements de la fisiologia per detectar i curar els estats objectius de malaltia [això explicaria perquè l'estadística és una gran aliada de la medicina i de la fisiologia]. Per clarificar l'explicació, pot ser útil posar un exemple (que Canguilhem proposa en repetides ocasions a *Lo normal y lo patológico*), en relació a la glucèmia (nivell de glucosa en sang), que seria un cas d'un tret del funcionament del cos. Segons la concepció mecanicista, doncs, el cos com a sistema estaria regit per unes lleis que, en aquest cas, establirien que la glucèmia ha de moure's en uns determinats nivells perquè el cos funcioni correctament. A partir d'aquí, la fisiologia pot observar a partir d'analítiques quins són els nivells més habituals de glucèmia i, pressuposant que tals nivells mostren la tendència de l'ésser humà a seguir el dictamen de les lleis naturals, pot establir un determinat nivell de glucosa en sang que determina (per ell mateix) quin és l'estat objectiu de salut i de normalitat en relació a aquest tret. En l'actualitat, la fisiologia determina que el nivell de glucosa en sang ha de ser, perquè el cos funcioni correctament, entre 60 i 100 mg/dl (en dejú).⁴¹ En aquest sentit, si una persona té el nivell de glucèmia superior a 130 mg/dl de forma habitual, es determina que l'estat objectiu d'aquella persona és patològic (que té diabetis); per molt que no senti mai en vida les conseqüències d'aquesta suposada malaltia. Així, la medicina considera (i tracta) a aquella persona (com a) pacient, encara que ella potser no s'hi senti.

En aquest sentit, una de les conseqüències de la concepció mecanicista (que es pot extrapolar a la que es deriva de l'article d'*El Mundo*), és que s'atorga primacia a la ciència en relació a la salut i la malaltia, de tal manera que és la medicina (a través de la fisiologia) qui determina la salut o la malaltia de les persones, independentment del que elles puguin sentir (o pensar). És per aquest motiu, segons aquesta concepció, que el metge és capaç de detectar la malaltia abans que aquesta s'esdevingui (que l'individu la senti), perquè és capaç d'observar determinats trets del cos, comparar-los amb l'ideal de l'espècie humana obtingut per la fisiologia, i determinar si els trets del cos exemplifiquen un estat de salut o de malaltia. I és per aquesta raó que el metge pot tractar un individu abans que ell es senti malalt, perquè pot veure quan els trets del seu cos no es corresponen amb l'ideal de l'espècie, de manera que pot restablir aquells trets constitutius de la salut segons l'ideal descobert. Així, hi pot haver una terapèutica científica capaç de restablir a través del coneixement l'estat de salut, i es poden curar a les persones amb base científica.

Aquí, i potser fent una petita digressió, pot ser important anar a *Lo normal y lo Patológico*, en tant que en aquesta obra (en particular en el capítol "Las implicaciones de una teoría")⁴² Canguilhem descriu l'origen d'aquesta concepció que en aquest apartat s'està explicant. Aquesta concepció, diu Canguilhem, es va convertir en dogma a partir del segle XIX com a resultat d'una creença que va començar a imposar-se en aquell mateix segle: la creença racionalista de negar una realitat del mal. En el segle XVIII, diu Canguilhem, la salut i la malaltia es concebien com una dualitat equiparable al bé i el mal, que es disputen l'home de la mateixa manera que el bé i el mal es disputen el món. Aquesta equiparació entre salut-bé i malaltia-mal, explica el filòsof francès, comportava que la malaltia fos associada amb el pecat, de tal manera que la

⁴¹ Farreras, 2012, p. 1989.

⁴² Canguilhem, 1971, p. 73-80.

terapèutica tenia més a veure amb la mística que amb el coneixement. En aquest sentit, els metges no es preocupaven en estudiar fisiologia, i la ignorància imperava a l'hora d'actuar. La creença esmentada sobre que no hi ha una realitat del mal apareix, diu Canguilhem, com a reacció a aquesta caracterització de la malaltia com a pecat. Així, es deixa de creure que hi ha una realitat del mal que necessita la màgia per ser exorcitzada i es comença a defensar que tot estat patològic ha de ser observable (i reduïble) a trets objectius que puguin ser sistematitzables i comparables amb altres trets objectius de l'estat normal, de tal manera que es generi una ciència mèdica que doni lloc a una terapèutica científica. És en aquest moment, diu Canguilhem, que es comença a concebre l'home (i els éssers vius) com un sistema de lleis, en el qual no hi ha una diferència qualitativa entre l'estat patològic i l'estat normal (no són dues realitats en lluita, no són el bé i el mal expressats en el cos), sinó sols una mera variació quantitativa (que depèn de la major o menor adequació a l'ideal establert per les lleis naturals).⁴³ Com es pot veure, aquí es reafirma una altra vegada la idea de la insignificança de l'individu pel que fa a la malaltia i a la salut, en tant que per ell sí hi ha una diferència qualitativa entre ambdós estats (dolor o no dolor, per exemple).

Arribats a aquest punt, sembla clara la relació entre la concepció criticada per Canguilhem a *Lo Normal y lo Patológico* i a *El Conocimiento de la vida* i la manera d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat en l'article d'*El Mundo*. I és que si s'accepta que l'estat objectiu de la salut es pot observar en la constitució genètica o cromosòmica de l'ésser humà, llavors hi pot haver una ciència com la genètica que sistematitzi tals observacions de manera que estableixi un estat de salut objectiu que tothom hauria d'acomplir i que serveixi de referència a l'hora d'actuar quan algun individu no ho compleixi (com va passar en l'article d'*El Mundo*, amb els embrions no seleccionats per la seva constitució genètica). Aquí, doncs, es veu clarament que només des d'aquesta forma d'entendre la salut tenen sentit els fets explicats en l'article d'*El Mundo*, només en aquest context té sentit la selecció genètica per una constitució genètica i cromosòmica normal (en el sentit estadístic). I és que és evident que normal s'utilitza també de la forma que Canguilhem critica a *Lo normal y lo patológico*, és a dir, com a una mitjana estadística que expressa allò que ha de ser segons l'ideal de l'espècie en qüestió. Tornant a la cita amb què es començava aquest apartat: "*Sólo cinco de los embriones no presentaban la mutación y, de éstos, sólo tres resultaron ser cromosómicamente normales*". Cromosòmicament normals, doncs, significa normals segons una mitjana estadística que es pressuposa veu d'un ideal establert per unes lleis naturals. I si allò habitual és que la majoria de persones no tinguin el síndrome de Linch o el síndrome de Down; llavors l'ideal de l'espècie humana no pot contenir ni els trets que determinen que hom tingui síndrome de Linch ni els trets que determinen que hom tingui síndrome de Down. En aquest sentit, tot i que sembla que és l'ideal el que determina allò habitual, es pot veure que, en el fons, és allò habitual el que acaba determinant l'ideal. I és que hom no pot conèixer mai directament l'ideal natural pressuposat, sinó que sols pot intentar crear una imatge de tal ideal a través

⁴³ Es pot veure aquí que la medicina contemporània (i, per extensió, la societat actual) accepta la concepció mecanicista, o almenys així és si s'accepten les tesis de Nikolas Rose explicades en la "Introducció". I és que Rose afirmava que una de les conseqüències de la *molecularització* és que la vida esdevé quelcom susceptible a ser explicat en termes quantitativs (i no qualitativs), parlant merament de propietats físico-químiques.

de l'observació d'allò habitual, pressuposant que allò més comú serà veu de l'ideal en qüestió. Com diu el mateix Canguilhem, l'ésser humà no pot conèixer mai les lleis naturals en si mateixes (de les quals ell en dubta de l'existència), sinó que només pot conèixer meres abstraccions que ell mateix ha creat a partir de l'observació del particular.

Arribats a aquest punt, és important recapitular. S'afirmava a l'inici d'aquest apartat que l'objectiu que es perseguia era esbrinar de quina manera s'entenen els termes 'salut', 'normalitat' i 'malaltia' en l'article d'*El Mundo*. Crec que ja ens trobem en disposició d'explicar-ho. En primer terme, s'entén la 'salut' com un estat objectiu determinat per només trets de la constitució genètica o cromosòmica. Aquest estat de salut ha estat descobert per la genètica, la qual, a través de la observació d'una normalitat estadística que s'intueix veu d'un ideal universal establert per unes lleis naturals, determina quin és l'estat corresponent a aquesta normalitat estadística, que pressuposa equivalent al funcionament correcte del cos i, per tant, a la salut. En aquest sentit, i en segon terme, en l'article s'entén 'normalitat' com un estat també objectiu definit estadísticament, que és equivalent a la salut. A partir d'aquí, tota desviació d'aquest estat objectiu normal és considerada patològica (o no sana). Així, i en tercer terme, en l'article s'entén 'malaltia' com un estat objectiu que és patològic perquè els trets que el constitueixen no es corresponen amb els trets de l'estat objectiu de salut establert. Per aquest motiu es van descartar els embrions de l'article d'*El Mundo*, perquè no complien amb l'ideal determinat per la genètica com a ciència. Dit això, s'ha d'esmentar també que aquesta forma d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat pressuposa (o implica) una determinada manera d'entendre l'home: se'l concep com una màquina, amb una constitució i funcionament comú que es pot sistematitzar objectivament de tal manera que es determini *a priori* el funcionament i la constitució correcte de la màquina i també les seves possibles avaries (que podrà reparar un metge concebut com a enginyer).⁴⁴

Aquí algun lector podria objectar que no hi pot haver una concepció que defensi una salut i una patologia com a estats objectius, si es té en compte que les definicions dels conceptes esmentats han anat variant al llarg de la història. La resposta que donaria la concepció mecanicista és la següent: no és que els estats de salut o de malaltia hagin anat canviant (la qual cosa deslegitimaria totalment aquesta concepció: una llei no és llei si canvia amb el temps); el que succeeix és que l'aproximació a aquests estats ideals ha estat progressiva amb el pas del temps, és a dir, que abans de descobrir l'estat ideal real que determina la salut o la malaltia ha estat necessari un gran procés de prova i error, de manera que s'ha anat afinant tal estat ideal a mesura que la ciència ha anat avançant (deixant enrere estats descoberts que estaven equivocats o no eren del tot precisos). Així, de la mateixa manera que el fet que les lleis de Newton s'hagin vist superades per la teoria de la relativitat d'Einstein no invalida la pretensió de la física d'intentar trobar les lleis que regeixen la naturalesa, el fet que l'ideal al qual s'han de correspondre els estats objectius hagi anat variant al llarg del temps tampoc deslegitima la concepció que pretén descobrir tal ideal comú en

⁴⁴ Tornant a Nikolas Rose, crec que en l'article s'accepta la influència del medi en tal estat físic objectiu, però això no treu en cap cas que es cregui, de fet, que hi ha tal estat objectiu de salut o de malaltia.

l'espècie humana, que serveix de referència per determinar els estats objectius de salut, de malaltia i de normalitat.

Superada aquesta possible objecció, es pot dir, doncs, segons el que s'ha explicat, que les proposicions 'els nadons són sans', 'els nadons són normals' i els 'nadons tenen una malaltia' es poden equiparar tal i com s'entenen en l'article d'*El Mundo* a les proposicions 'els nadons tenen dos ulls', 'els nadons són com la majoria de nadons' i 'els nadons són bornis', respectivament. Dit això, aquesta forma d'entendre la salut, la normalitat i la malaltia és la que es converteix en perjudici (en la primera accepció del terme) si hom no fa l'exercici d'interpretació que s'ha portat a terme en aquest apartat. Tot i això, aquest perjudici seria innocu (i, per tant, irrellevant) si no hi hagués una altra manera d'entendre la tríada protagonista (que entrés en conflicte amb la primera), o si la decisió conceptual entre les dues formes d'entendre la salut, la normalitat i la malaltia no tingués conseqüències en la manera d'aproximar-se a certs problemes bioètics o en la concepció mateixa de l'ésser humà. Com s'ha esmentat, però, ambdues coses succeeixen (o això és el que aquí es pretén defensar). En aquest sentit, podria ser que les proposicions amb què es començava aquest apartat no s'entenguessin com 'els nadons tenen dos ulls', 'els nadons són com la majoria de nadons' i 'els nadons són bornis' sinó com 'els nadons són bons', 'els nadons segueixen una norma establerta pel propi cos' i 'els nadons són dolents'? Podria ser, per tant, que la salut i la malaltia no fossin només estats objectius sinó que incorporessin una valoració d'uns trets del cos? Podria ser, doncs, que la normalitat no estigués determinada per allò que és comú sinó per una norma establerta per un mateix? Aquestes preguntes són les que intentarem respondre, a través de Canguilhem, en el següent apartat.

3. SALUT, NORMALITAT I MALALTIA EN CANGUILHEM

George Canguilhem (1904-1995) va presentar per primera vegada aquesta manera alternativa d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat en la seva tesi doctoral de 1943, que portava per nom: *Ensayo acerca de algunos problemas relativos a lo normal y lo patológico*. En aquest apartat ens centrarem (sobretot) en les tesis que va exposar en aquest assaig, complementant-les amb altres d'un assaig que va escriure vint anys després com a complement del primer (i que està recollit, junt amb la tesi, sota un mateix llibre anomenat *Lo normal y lo patológico*). De forma més puntual, es recorrerà també a dos altres llibres del mateix autor. A saber: *El conocimiento de la vida*, publicat per primera vegada el 1971 i *Escritos sobre medicina*, una obra publicada pòstumament en el qual es recullen tres conferències transcrites i dos articles del filòsof-metge francès. Dit això, s'ha de reconèixer que, tot i que les tesis que en aquest apartat s'exposaran seran les que Canguilhem explica en les obres esmentades, algunes d'elles seran adaptades o, en alguns casos, esmenades (tornant a la metàfora de l'instrument: no és cert que el paleta a vegades introdueix alguna modificació en el trepant per fer-ne un ús especial?). Això sí, intentaré deixar clar sempre fins a on arriben les tesis de Canguilhem i a on comencen les meves. Dit això, comencem.

Explicàvem en l'apartat anterior que Canguilhem diferencia a l'obra *El conocimiento de la vida*⁴⁵ dues maneres d'entendre l'ésser humà: com un sistema de lleis generals o com una organització de propietats sota una norma. Ara toca explicar la segona forma d'entendre (i tractar) l'ésser humà, en tant que està a la base de la manera d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat que George Canguilhem va defensar al llarg de la seva vida, i que en aquest apartat es vol explicar.

Segons aquesta segona concepció [que anomenarem vitalista], s'ha d'entendre l'ésser humà (en tant que ésser viu) com una ordenació de propietats sota una norma (establerta pel propi organisme). Què vol dir aquesta afirmació? Per esbrinar-ho pot ser útil convertir-nos momentàniament en mecànics, per poder així desmuntar-la i explicar-la per parts. En primer lloc, és important explicar què són per Canguilhem aquestes propietats que s'han d'organitzar. En el fons ja les coneixem: són els trets de la constitució i el funcionament del cos, que no depenen de la percepció de l'individu sobre ells (per això se'ls bateja com a trets *objectius*). La glucèmia, per exemple, és un tret del funcionament del cos, d'entre els quals es poden comptar totes les constants fisiològiques, com el nivell de glòbuls vermells en sang, el nivell d'insulina o el de glucagó. Per la seva banda, són trets que expressen la constitució del cos els gens, que determinen la constitució genètica, o els cromosomes, que determinen la constitució cromosòmica.

En segon lloc, i si es té en compte que la tesi esmentada afirma que aquests trets estan ordenats sota una norma (per exemple, que una norma determina quin és el nivell de glucosa en sang), la segona peça que s'ha d'explicar és què són per Canguilhem aquestes "normes", com ordenen tals normes els trets esmentats i si aquestes normes són equivalents a les lleis naturals que regien el cos segons la concepció mecanicista.

⁴⁵Canguilhem, 1976, p. 185.

Per afrontar aquestes qüestions pot ser útil recórrer (una altra vegada) a l'obra *Lo normal y lo patológico*, on Canguilhem caracteritza les normes com a regles que estableixen un ordre en determinats trets del cos amb l'objectiu últim que l'individu es pugui adaptar al medi en què es troba (a partir d'ara, refereixo les meves tesis als éssers humans, encara que tals tesis són en general extrapolables a tots els éssers vius). En paraules de Canguilhem, una norma és un "*modo de andar fisiológico*"⁴⁶, amb el qual l'organisme pretén adaptar-se al medi ambient present en el qual es troba. En aquest sentit, aquestes normes són particulars, és a dir, serveixen sols per a un individu en un medi concret, en la mesura que és el propi cos de l'individu qui determina la norma amb la qual organitza els trets (almenys) del seu funcionament en relació amb el medi en què es troba. Aquí es pot veure ja la primera diferència amb les lleis que postulava la concepció mecanicista, les quals havien de ser vàlides per a tota una espècie i que, més que determinades pel propi cos, estaven determinades per una mena de saviesa natural. Segons Canguilhem, que els trets del cos de dos individus diferents mostrin una ordenació similar no implica que ambdós comparteixin *la* mateixa norma, o que aquestes siguin normes diferents que expressen una mateixa essència (una mateixa llei). En comptes d'això, es podria dir, encara que potser Canguilhem no ho afirmi explícitament, que aquelles normes són semblants perquè els organismes els trets dels quals les normes ordenen i els medis en els quals aquests individus es troben són semblants. En l'últim apartat d'aquest treball, aquesta constatació prendrà molta importància.

Ara, però, tornem a l'explicació d'aquesta segona peça de la tesi bàsica sobre com concep l'ésser humà la concepció vitalista (que defensa Canguilhem). Com s'ha explicat, les normes que organitzen els trets del cos són particulars, és a dir, serveixen només per un individu (i en un medi determinat). La pregunta és: i com és això? Com ja s'ha esmentat, perquè aquestes normes són instituídes pel propi organisme, és a dir, és l'ésser humà mateix en tant que ésser viu qui institueix la norma a través de la qual s'ordenen els trets del funcionament (i la constitució) del cos. En paraules de Canguilhem: "*la norma de vida de un organismo está dada por el organismo mismo, está contenida en su existencia*"⁴⁷. Per aquest motiu no tindria sentit que una norma instituída pel propi organisme servís per un altre individu. Tal i com entén el filòsof francès les normes, aquestes només poden ser individuals, particulars i en relació a un medi determinat.

La pregunta és: i com és que l'organisme institueix les seves normes? Segons Canguilhem, perquè la vida no és indiferent respecte a ella mateixa. No hi ha indiferència biològica. La vida lluita per sobreviure, lluita per adaptar-se al medi i, així, allargar la seva existència: "*la vida no es indiferente a las condiciones en las cuales ella es posible*"⁴⁸ [aquí es mostra que Canguilhem defensa una concepció vitalista]. I aquí es pot entendre què vol dir que l'organisme institueixi les seves pròpies normes: no és que l'ésser humà en tant que subjecte conscient determini quina ha de ser la seva norma de vida, sinó que és la vida mateixa en ell, que no és indiferent respecte a la seva existència, qui busca sempre aquella norma que li permeti una

⁴⁶ Canguilhem, 1971, p. 132.

⁴⁷ Canguilhem, 1971, p. 206.

⁴⁸ Canguilhem, 1971, p. 92.

major adaptabilitat al medi, que li possibiliti allargar al màxim la seva existència.⁴⁹ Però no només això: i és que, no és només que l'organisme institueixi ja d'entrada una norma pel que fa a la constitució i funcionament del cos, sinó que a més a més, diu Canguilhem, l'ésser humà, en tant que ésser viu, té la capacitat d'instituir normes diferents pel que fa a l'ordenació dels trets del funcionament del seu cos segons el medi ambient amb què es troba; és a dir, és capaç de rebutjar normes antigues i instaurar-ne de noves en relació al funcionament del seu cos, amb l'objectiu de garantir l'adaptació al medi present.⁵⁰

Canguilhem anomena aquesta capacitat *normativitat*. Afirmar: "*la vida es de hecho una actividad normativa (...i...) normativo es aquello que instituye normas*"⁵¹. Ser normatiu és ser capaç com a organisme d'ordenar de diferent forma els trets del funcionament del cos per adaptar-se a un medi ambient concret. Com pot ser això possible? Segons Canguilhem, amb una norma que no sigui estàtica, que pugui transformar-se en una altra en el cas que sigui necessari. Per ser interessant clarificar aquesta afirmació amb un exemple. Anem ara a una norma que marqui un nivell de glòbuls vermells en sang. Quan s'afirma que l'ésser humà és normatiu s'afirma simplement que el seu cos pot canviar un nivell de glòbuls vermells en sang (una organització particular marcada per una norma) per un altre (una altra organització particular marcada per una norma diferent), de manera que l'individu s'adapti a dos medis ambients diferents (un amb un 21% d'oxigen atmosfèric i un altre, amb 18%, per exemple).⁵² Així, que l'organisme tingui la capacitat d'instituir normes implica que és capaç, seguint amb l'exemple, d'anivellar la quantitat de glòbuls vermells en relació al medi amb què es troba per tal d'adaptar-s'hi. Si la norma biològica present possibilita una bona adaptació al medi present, aquesta norma es manté. Si la norma, en canvi, no permet tal adaptació, és rebutjada i l'organisme n'institueix una de nova que li permeti adaptar-se de nou al medi ambient esmentat. Què vol dir, doncs, també, que l'organisme es dona a si mateix la seva pròpia norma? Doncs que ordena els trets objectius del funcionament del seu cos en base a si l'ordenació en qüestió li permet o no adaptar-se al medi concret en què es troba. Aquí es pot entendre perquè Canguilhem afirma que les normes en qüestió estan contingudes en l'existència de l'organisme: perquè és l'organisme mateix qui es dona normes a si mateix, qui les institueix, i no una llei universal instituïda per algun tipus de naturalesa en abstracte. Com es pot veure, això ens porta a la tercera (i última) peça de l'afirmació amb la qual es començava aquest apartat. La tesi afirmava: s'ha d'entendre i tractar l'ésser humà com una ordenació de propietats sota una norma establerta pel propi organisme. Què vol dir, doncs, que és el propi organisme que estableix la norma de l'ordenació? Que és ell qui instaura la norma pel que fa a la constitució i el funcionament del cos i, a més a més, en tant que ésser normatiu, qui és capaç d'instaurar noves normes d'ordenació pel que fa als trets del funcionament del seu cos.

⁴⁹ Canguilhem intenta fonamentar aquesta tesi apel·lant a la selecció natural.

⁵⁰ S'ha de recalcar la idea que no és un subjecte conscient qui té la capacitat d'instituir normes, sinó que és l'ésser humà en tant que organisme viu. De la mateixa manera que respirem i fem la digestió inconscientment, segons el filòsof francès és el cos mateix qui institueix normes.

⁵¹ Canguilhem, 1971, p. 92.

⁵² Els glòbuls vermells són els encarregats de transportar l'oxigen des dels pulmons als teixits.

Arribats a aquest punt, és important centrar l'atenció en la normativitat. Havíem dit que la normativitat és la capacitat dels éssers vius d'instituir diferents normes en pro de l'adaptació d'ells mateixos en un medi ambient determinat. El que és rellevant (vital) és adonar-se que aquesta tesi de Canguilhem es basa en dos pressupòsits. En primer lloc, pressuposa que el medi ambient és infidel, que no es manté estable, que canvia: sols així es pot entendre que l'organisme es vegi obligat a ser normatiu, a instaurar noves normes per adaptar-se als nou medis ambient amb els quals els troba. Això sí, segons Canguilhem, creure que el medi ambient és infidel no és contradictori amb una ciència que defensi que aquest medi es regeix per lleis físiques constants. En paraules de Canguilhem: *"Por cierto ese medio ambiente que la ciencia define está constituido por leyes, pero tales leyes son abstracciones teóricas. El ser vivo no vive entre leyes sino entre seres y acontecimientos que diversifican esas leyes"*⁵³. I continua: *"Nada existe por azar, pero todo sucede en forma de acontecimientos. He aquí el aspecto por el cual el medio ambiente es infiel. Su infidelidad es en rigor su devenir, su historia"*⁵⁴. Així doncs, per Canguilhem és evident que en el nivell de l'abstracció analítica el medi ambient no és més que determinades lleis físiques invariables; però per ell és igualment evident que en aquest nivell d'abstracció analítica no es pot parlar en rigor ni de medi ambient, ni de vida. Així, des de la mirada de l'ésser humà (en tant que ésser viu) el medi ambient és infidel, i això no és incompatible amb que des d'una altra mirada (la de la ciència) el medi ambient es mantingui sempre estable sota certes lleis. Per tant, l'ésser humà, en tant que ésser viu, sí necessita ser normatiu. En paraules del filòsof francès: *"La vida no es para el ser vivo una deducción monótona (...), sino que (...) es debate o ajuste de cuentas (...) con un medio ambiente en el que hay huídas, agujeros, escamoteos y resistencias inesperadas"*⁵⁵.

Aquesta última cita ens porta al segon pressupòsit amb què es basa la idea de normativitat. S'ha explicat que, segons Canguilhem, la vida és un ajustament de comptes, un debat (o una discussió) amb un medi en el qual es troben resistències inesperades. S'ha explicat també que l'individu lluita per adaptar-se a tal medi infidel, i busca superar les dificultats que aquest li posa a través de la normativitat. Aquí es mostra el segon pressupòsit esmentat: la normativitat pressuposa que l'organisme (tant dels éssers humans com dels éssers vius) percep d'alguna forma si la seva norma li permet o no l'adaptació al medi present, ja que només així es pot explicar que l'organisme sigui capaç d'instituir una nova norma si la present no li permet l'adaptació esperada. Aquí és quan Canguilhem introdueix un altre concepte clau en la seva concepció: el de *polaritat dinàmica de la vida*, que és en últim terme la idea que pressuposa la normativitat. La vida és sempre assignació de valors vitals negatius i positius. La vida és una activitat normativa que qualifica trets, que rebutja i desitja i, en base a aquestes intencions normatives, institueix normes noves o manté normes antigues (encara útils) en base a si li permeten o no l'adaptació al medi ambient present. La pregunta que podria plantejar-se és: de què depèn aquesta adaptació? Segons la concepció mecanicista, que com es pot veure es correspon amb la mirada de la ciència, l'adaptació depèn de si certs trets del cos de l'organisme permeten el funcionament correcte del cos en aquell medi determinat. En aquest sentit, en la concepció

⁵³ Canguilhem, 1971, p. 150.

⁵⁴ Canguilhem, 1971, p. 151.

⁵⁵ Canguilhem, 1971, p. 151.

mecanicista el que senti l'èsser humà no té cap rellevància per determinar la seva adaptació a un medi. Amb la concepció de Canguilhem això canvia, en tant que el filòsof francès no centra l'atenció en els trets objectius del cos sinó en l'organisme en la seva totalitat. Així doncs, segons Canguilhem, l'adaptació a un medi determinat depèn en últim terme d'una valoració de l'individu en base a si sent que en aquell medi (i amb la seva norma) pot gaudir d'allò que considera valuós (poder sobreviure, per exemple).⁵⁶ Així, tot i que les normes defineixen una ordenació particular de determinats trets objectius del cos, en últim terme la decisió sobre si aquestes normes són vàlides per a un medi ambient és del propi individu. Això no vol dir que sigui una decisió arbitrària: és la relació del medi amb la norma present, tot tenint en compte què és valuós per l'individu en qüestió, el que defineix la seva valoració.

Aquí un lector es podria preguntar si aquesta valoració la pot fer només l'èsser humà en tant que subjecte conscient o qualsevol ésser viu en tant que ésser amb algun tipus de percepció del seu estat. Canguilhem no respon a aquesta qüestió directament. Tot i això, des del que s'ha explicat es pot intentar construir una resposta. En un principi, qualsevol ésser viu, en tant que organisme que lluita per sobreviure, pot valorar el seu estat i el seu medi. En paraules de Canguilhem: "*Vivir es, incluso en una ameba, preferir i excluir*"⁵⁷. I per preferir i excludre sembla que hi ha d'haver abans algun tipus de valoració. Així doncs, tot organisme (sigui humà o no) valora el seu estat d'alguna manera. La diferència, es podria dir, és que la valoració d'un ésser viu qualsevol depèn de la percepció del seu estat (sigui quina sigui), mentre que la valoració d'un ésser humà depèn no només de la seva percepció sinó també de la seva consciència: l'èsser viu només valora, l'èsser humà també jutja.⁵⁸ En aquest sentit, si s'accepta que des de la mirada de Canguilhem el que determina l'adaptació a un medi és una valoració de l'individu segons si es sent adaptat (en relació al que considera valuós), es podria dir (en una terminologia pròpia) que tal estat d'adaptació és, en el cas dels éssers humans, un *estat subjectiu*; on un *estat subjectiu* és un estat que no depèn només de certs trets objectius del cos (que hi segueixen sent), sinó també de la percepció del subjecte del seu propi estat. Això no vol dir que el subjecte pugi determinar el seu estat amb independència dels trets objectius del seu cos; el que vol dir és que aquests trets necessiten ser patits o gaudits per un individu per tenir significat i que, en últim terme, la ciència ha de recordar que la única referència objectiva que pot tenir per entendre la particularitat de les normes individuals (dins la diversitat de normes), és la valoració del subjecte respecte a si sent que tal norma li permet l'adaptabilitat. Però això utilitzem la terminologia d'*estat subjectiu*.⁵⁹

La pregunta és: aquest treball no versa sobre la salut, la malaltia i la normalitat? I encara més important: quina relació pot tenir tot això amb l'objecte del nostre treball? Molta. És més, en les frases anteriors rau la clau que obra l'escrinny de la forma de Canguilhem d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat. I és que, sense voler-ho, ja hem definit la tríada protagonista tal i com Canguilhem l'entén. En primer terme,

⁵⁶ Canguilhem afirma, citant el psiquiatre Karl Jaspers, que el que els éssers humans considerem valuós és: "*una larga vida, la capacidad de reproducción, (...)de trabajo físico, la fuerza, la resistencia a la fatiga, la ausencia de dolor, un estado en el cual se note lo menos posible al cuerpo fuera del gozoso sentimiento de la existencia.*" A Canguilhem, 1971, p. 88.

⁵⁷ Canguilhem, 1971, p. 100.

⁵⁸ La distinció entre *valorar* i *jutjar* és pròpia, no de Canguilhem.

⁵⁹ Es podria dir que l'estat objectiu (que hi segueix sent), amb la valoració del subjecte, es converteix en un estat subjectiu.

la salut no és més que un estat subjectiu veu d'una norma a la qual l'individu li atorga valor vital positiu en tant que sent que li permet fer, esperar o gaudir d'allò que considera valuós (el fa sentir adaptat al medi). En segon terme, la malaltia és un estat subjectiu en el qual l'individu atorga ara valor negatiu a certs trets objectius del cos que sent que li impossibiliten fer, esperar o gaudir d'allò que considera valuós, o perquè li fan experimentar allò que considera rebutjable. En tercer terme, la normalitat s'equipara a la presència d'una norma valorada positivament per l'individu. Com es pot veure, les implicacions del que s'acabava d'afirmar són inacabables: no es pressuposen estats universals de salut, normalitat i malaltia; els mateixos trets objectius poden ser patològics per un individu i constitutius de salut per a un altre (segons el que considerin valuós); la fisiologia es pot trobar amb que no té el domini exclusiu sobre el seu objecte de coneixement; la medicina es veu obligada a escoltar què és el que el seu pacient considera valuós; i innumerables conseqüències més, que intentarem explicar en els pròxims apartats. Dit això, començarem explicant quins efectes té la concepció vitalista en la idea de normalitat.

3.1. NORMALITAT COM A NORMA

La concepció mecanicista defensava que ser normal és trobar-se en un determinat estat objectiu del cos, el qual es pot conèixer si es traça la mitjana d'aquells trets de la constitució i el funcionament del qual són més comuns en l'espècie humana (presa en conjunt). Defensava també que sols hi pot haver un estat objectiu del cos que expressi tal normalitat, amb la qual cosa obligava a titllar d'anormals, si no patològics, tots els estats diferents a aquell establert com a normal objectivament (per una ciència com la fisiologia). Això implicava una condemna implacable a la diversitat, que era considerada com a portadora (de fet o en potència) de malalties. Respecte a la relació entre la normalitat i la patologia, defensava que sols hi ha una diferència quantitativa entre l'estat patològic i l'estat de normalitat, que depèn del major o menor grau de compliment de l'estat objectiu ideal que en teoria marcaven unes lleis naturals abstractes, però que al final acaba marcant la mitjana abans esmentada. La concepció vitalista (que defensa Canguilhem) inverteix totes les tesis que s'acaben d'esmentar.

Segons Canguilhem, tota norma és, *a priori*, abans de ser posada en relació amb un medi i que un subjecte la jutgi, susceptible a ser normal. Així doncs, no hi ha cap tret del cos o cap ordenació de trets que siguin en si mateixos expressió d'una normalitat i, per tant, no hi ha tampoc cap norma que sigui en ella mateixa normal. En paraules de Canguilhem: “no existe un hecho normal (...) en si”⁶⁰. Segons Canguilhem, tot i que citant al metge americà Andrew Conway Ivy, que a la vegada recorda una tesi del psiquiatre francès Eugène Minkowski: “lo normal (...) no es un juicio de realidad, sino un juicio de valor”⁶¹. La normalitat, doncs, segons aquesta concepció, no és més que una norma a la qual el subjecte li assigna un valor vital positiu en tant que és capaç d'organitzar els trets de la constitució i el funcionament del cos de tal manera que el subjecte, en tant que ésser viu, es sent adaptat al medi present. En paraules de George Canguilhem: “Un

⁶⁰ Canguilhem, 1971, p. 108.

⁶¹ Canguilhem, 1971, p. 86.

*ser vivo es normal en un medio ambiente dado en la medida en que es la solución morfológica y funcional hallada por la vida para responder a todas las exigencias del medio ambiente*⁶². I aquesta solució morfològica i funcional, aquest “modo de andar fisiológico” adequat, pot estar expressat en qualsevol norma. En un principi, això no vol dir que tota norma sigui normal, sinó que tota norma pot ser valorada com a normal. Tot i això, tot i que s’acaba d’afirmar que Canguilhem afirma que no tota norma és normal, en algunes ocasions sembla que es veu seduït per aquesta idea. En la mesura que tota norma és una determinada ordenació de certs trets de la constitució i el funcionament del cos, sembla que tota norma, encara que sigui valorada com a patològica, podria ser normal pel sol fet de ser una norma, és a dir, de contenir una ordenació particular. És en aquest sentit que Canguilhem afirma en algunes ocasions que la normalitat, a diferència del que creu la concepció mecanicista, no coincideix totalment amb la salut (encara que, amb rigor, ambdues són una norma a la qual se li ha assignat un valor vital positiu). En paraules de Canguilhem: *“Estar sano y ser normal no son cosas totalment equivalentes, porque lo patológico es un tipo de normalidad”*⁶³. Si això fos així, tot ésser viu seria sempre normal, per molt que patís una patologia.

Sigui com sigui, es pugui afirmar o no que una norma patològica és també normal, amb aquesta concepció s’ha superat clarament l’estaticisme que marcava la concepció mecanicista, amb la qual la normalitat sols tenia un estat objectiu que li corresponia. Amb aquesta concepció, com s’ha esmentat, tota norma pot ser normal, tota organització de trets objectius del cos pot ser considerada normal si l’individu així ho sent en base a l’adaptabilitat de tal ordenació respecte al medi. Aquesta creença té fortes conseqüències en la manera d’entendre les anomalies, les anormalitats i les mitjanes que es porten a terme per descobrir una normalitat en l’espècie. Tot i això, aquí em veig obligat a, tot i que basant-me en les seves tesis, separar-me momentàniament de Canguilhem, en tant que crec que en aquest punt la seva posició és (almenys) inconsistent pel que fa a la terminologia. George Canguilhem, tot i la concepció que s’acaba d’esmentar, continua parlant d’anomalies a nivell d’espècie, per esmentar això sí que aquestes no són anormals en si, sinó que ho són només en la mesura que incorporen un judici de valor negatiu. El problema és que, si es mira amb deteniment, el terme ‘anomalía’ perd sentit col·lectiu si s’accepta la concepció que Canguilhem proposa, en la mesura que sembla que en rigor, tot i que es pot acceptar la idea d’espècie per una qüestió funcional, la única espècie possible per Canguilhem (almenys en relació a les normes) hauria de ser l’ésser viu individual particular. En aquest sentit, parlar d’anomalies d’una espècie seria com parlar d’anomalies respecte dues “espècies funcionals” diferents: seria com afirmar, per exemple, que el nivell de glucosa en sang d’una marmota és anòmal perquè no es correspon amb el nivell establert per la mitjana portada a terme per la fisiologia per establir la glucèmia normal en l’espècie humana. Si es porta la concepció de Canguilhem a les últimes conseqüències, una anomalia només té sentit en relació a un mateix individu. En aquest sentit, seguint amb la glicèmia, encara que com s’ha esmentat el nivell de glucosa habitual en sang és en teoria entre 60 i 100 mg/dl (en éssers humans), si es dóna el cas que una persona té, en canvi, un

⁶² Canguilhem, 1971, p. 107.

⁶³ Canguilhem, 1971, p. 149.

130 mg/dl de glucosa en sang de forma habitual i això no té cap efecte en la seva adaptabilitat, és a dir, no percep en cap moment de la seva vida que aquest tret tingui alguna conseqüència negativa (limitació) en allò que ella considera valuós, s'hauria d'afirmar, sempre segons aquesta concepció, que aquesta persona no té cap anomalia; per molt que la fisiologia afirmi a través de l'estadística que no sols té una anomalia, sinó que a més a més té una patologia (la diabetis). En canvi, si el nivell de glucosa en sang habitual de la persona en qüestió és de 90 mg/dl, i en un determinat moment de la vida aquest nivell augmenta de tal forma que aquest canvi quantitatiu té efectes qualitius en la seva vida (comença a perdre la sensibilitat en un peu, per exemple), es podrà considerar no sols que s'està davant d'una anomalia, sinó també que s'està davant d'una anormalitat.

Tornant a Canguilhem, i com ja s'ha insinuat, és important esmentar aquí que el filòsof francès dissocia les anomalies de les anormalitats. Al contrari de com s'utilitzen habitualment, diu, l'anomalia és un concepte descriptiu i l'anormalitat un concepte normatiu (que fa referència a un valor). Una anomalia, doncs, sols és considerada una anormalitat si l'organisme li assigna un valor negatiu (convertint-la, així, en veu d'una patologia). En paraules de Canguilhem: *“la anomalía es ignorada en la medida que carece de expresión en el orden de los valores vitales”*⁶⁴.

Dit això, s'ha de reconèixer que la inconsistència esmentada en Canguilhem de parlar d'anomalies dins d'una mateixa espècie quan la pròpia concepció elimina la idea rígida d'espècie (almenys pel que fa a les normes) tenia un objectiu: portar a terme una crítica a la idea de mitjana estadística i fer una apologia a la diversitat (dins d'una mateixa espècie). En aquest sentit, pot ser important recuperar breument aquestes dues consideracions. Pel que fa a la idea de mitjana, és evident que Canguilhem, com el metge que era, sabia perfectament que hi ha determinats valors comuns en els éssers humans pel que fa a determinats trets del cos: seguint amb l'exemple, sabia quin era el nivell de glucosa en sang habitual en les persones. És evident, també, que com a metge considerava que aquest nivell observat mitjançant l'estadística seria probablement el normal en la gran majoria d'individus. Quina és, doncs, la diferència? Que en no creure en cap ideal abstracte, entenia que tal mitjana és només l'expressió de diferents normes semblants en diferents individus (semblants) en un medi (semblant). En aquest sentit, i en contraposició a la concepció mecanicista, no es veu obligat a definir l'ideal de normalitat a partir de la mitjana obtinguda, sinó que simplement creu que tal mitjana és una expressió casual d'unes semblances en les normes dels éssers humans. Hi ha independència lògica entre la norma i la mitjana; i tota possible coincidència no deixa de ser, en el fons, una coincidència (basada això sí en la constitució dels éssers humans i en el medi ambient). Per tant, si abans l'ideal de la natura estava subordinat a la mitjana, ara és la mitjana qui està subordinada al concepte de norma [més endavant veurem quanta importància té això en la concepció de la fisiologia i la medicina]. Dit això, aquest reconeixement de la individualitat originària de les normes de vida va lligat, com s'ha insinuat, a un reconeixement intrínsec de la diversitat. En paraules de Canguilhem, i a diferència

⁶⁴ Canguilhem, 1971, p. 100.

de la concepció mecanicista: *“La diversidad no es la enfermedad”*⁶⁵. La diversitat, mostrada en les normes de vida de cada ésser viu, és l’expressió de la riquesa de la vida, així com també de la seva saviesa. I és que per Canguilhem en la diversitat descansa la clau de l’adaptabilitat i de la supervivència d’una espècie: en la mesura que una espècie és diversa, és a dir, que conté éssers amb normes semblants però diferents, és capaç d’adaptar-se a un major nombre de medi ambient i, per tant, té majors possibilitats de sobreviure en ells. Per contra, una espècie que només acceptés una norma, només seria capaç de sobreviure en els medis determinants en què la seva norma possibilita l’adaptació i tendiria a extingir-se en tots els altres medis diferents (en no ser capaç d’adaptar-se a ells). Per Canguilhem, doncs, és *“normal que exista una variabilidad fisiológica, es necesaria para la adaptación y, por consiguiente, para la supervivencia”*⁶⁶.

A part de la diversitat de normes dins d’una mateixa espècie, el que segons Canguilhem també és clau per a l’adaptabilitat i la supervivència és la normativitat. Afirmàvem en l’apartat anterior que ser normatiu era tenir la capacitat d’instituir noves normes en el cas que la norma present no permeti adaptar-se al medi concret en què l’ésser es troba. Així, quan més normatiu sigui un organisme, és a dir, com més normes noves sigui capaç d’instituir per adaptar-se a les infidelitats del medi, més capaç serà de viure i sobreviure en diferents circumstàncies. En aquest sentit, Canguilhem afirma en algunes ocasions, en la que crec que és una altra confusió, que ser normal és ser normatiu. En paraules de George Canguilhem: *“Si se puede hablar de hombre normal (...) es porque existen hombres normativos”*⁶⁷. Aquesta aparent confusió servirà de punt de partida per introduir la concepció de Canguilhem sobre la salut.

3.2. SALUT COM A NORMA DESITJADA

Segons el que s’ha explicat, hi ha en la concepció de Canguilhem certa coincidència, encara que no total, entre la normalitat i la salut, en tant que ambdós estats depenen d’una valoració de la norma en base a si permet l’adaptació al medi en què l’individu es troba (convertint-la en el cas que permeti tal adaptació, en normal i sana al mateix temps). Tot i això, el filòsof francès afirma que aquesta equivalència entre salut i normalitat es mostra també en què ambdues requereixen certa normativitat per fer-se presents, és a dir, requereixen no sols que la norma sigui valorada com a sana i normal, sinó també que la norma sigui capaç de convertir-se en una altra si arriba un moment en què no garanteix l’adaptació esperada. En paraules de Canguilhem: *“El hombre sólo se siente en buen estado de salud – y tal es la salud – cuando (...) se siente normativo, apto para seguir nuevas normas de vida”*⁶⁸. Però, quina és la confusió de Canguilhem anunciada? Que Canguilhem confon, en equiparar el binomi salut-normalitat amb normativitat, dos fets relacionats entre si però diferents; a saber: confon el fet que l’individu es sent sa i normal quan és sent normatiu amb el fet que la normativitat sigui equivalent a la normalitat i a la salut. Això sí, Canguilhem mostra gran perspicàcia en notar la connexió entre normativitat i normalitat i salut. I és que, si es té compte el que

⁶⁵ Canguilhem, 1971, p. 101.

⁶⁶ Canguilhem, 1971, p. 215.

⁶⁷ Canguilhem, 1971, p. 124.

⁶⁸ Canguilhem, 1971, p. 152.

s'ha explicat, l'ésser humà només pot *mantenir* un estat subjectiu de salut i de normalitat si és normatiu, ja que és la normativitat el que li permet instaurar noves normes que pugui valorar com a constitutives de salut quan aquelles normes a les quals abans li havia atorgat un valor vital positiu hagin deixat de servir perquè el subjecte es senti adaptat al medi ambient. Per tant, és ben cert que una salut i una normalitat mantingudes en el temps necessiten de normativitat. I és cert també que la normalitat, la normativitat i la salut van sempre de la mà. Però això no implica que la normativitat sigui equivalent a la normalitat o la salut. Com s'ha insinuat, normal és tot estat subjectiu veu d'una norma que permet adaptar-se a totes les exigències d'un medi ambient determinat. De la mateixa manera, la salut és un estat subjectiu en el qual el subjecte ha assignat un valor vital positiu a la norma present (ara sana), en base a la capacitat d'aquesta d'adaptabilitat en relació al medi ambient present.

En aquest punt, es pot entendre la concepció de Canguilhem de la salut: la salut no és més que una norma a la qual el subjecte li ha assignat un valor positiu en base a la seva capacitat d'adaptar-se al medi present. Així, d'una manera semblant que amb la normalitat, qualsevol norma de vida pot ser constitutiva de salut si és jutjada positivament en base a la seva adaptabilitat al medi en el qual el subjecte es troba. No es pressuposa, per tant, un estat universal de salut; i una determinada organització de trets objectius del cos no diu res sobre la salut si no s'escolta la paraula del subjecte sobre aquests trets. En aquest sentit, la salut depèn de la consciència del subjecte sobre el seu propi estat, d'una valoració dels trets objectius, d'un anomenar bo a un determinat estat objectiu (convertint-lo en subjectiu). Com afirma Canguilhem: *“una norma sólo es la posibilidad de una referencia cuando ha sido instituida o escogida como expresión de una preferencia y como instrumento de una voluntad de substitución de un estado de cosas que decepciona por un estado de cosas que satisface”*⁶⁹. L'ésser humà sa no és més que l'ésser particular conscient de la seva situació afavorida respecte a l'existència, en base a allò que considera valuós.

Aquí la pregunta és: i què considera valuós? Segons Canguilhem, l'adaptabilitat al medi ambient present i a les possibles infidelitats a les quals el medi el pugui sotmetre. Si el subjecte sent que la norma present li garanteix aquesta adaptabilitat, el subjecte es sent sa. El problema és que l'adaptabilitat, des de la mirada de Canguilhem, no és un concepte estanc, és a dir, el seu contingut no està determinat *a priori*. Així, en la mesura que el que determina que l'individu es senti adaptat a un medi és el que aquest vol fer o ser en el medi en qüestió, tal adaptabilitat (i també la salut) pot canviar d'individu a individu segons el que aquests considerin valuós. Tot i això, Canguilhem afirma, citant el psiquiatre alemany Karl Jaspers, que en línies generals els humans ens sentim sans quan tenim una norma que garanteix: *“una larga vida, la capacidad de reproducción, la capacidad de trabajo físico, la fuerza, la resistencia a la fatiga, la ausencia de dolor, un estado en el cual se note lo menos posible al cuerpo fuera del gozoso sentimiento de la existencia”*⁷⁰. Una norma que garanteixi tots aquests aspectes, diu, és desitjada. En aquest sentit, es converteix en un *ideal normatiu*,⁷¹

⁶⁹ Canguilhem, 1971, p. 188.

⁷⁰ Canguilhem, 1971, p. 88.

⁷¹ El concepte *ideal normatiu* és propi, i em serveix per descriure aquella norma ideal que el subjecte busca en tant que creu que li permet obtenir en un medi determinat (o en diferents medis) allò que considera valuós.

és a dir, en una norma buscada en tant que es considera portadora de l'adaptabilitat que tant es valora. Dit això, com s'ha esmentat el concepte d'adaptabilitat no és estanc. Per tant, la pregunta que un es pot fer és: podria ser que una persona no considerés valuosa la capacitat reproductiva o la capacitat de treball físic, per exemple? Podria ser que una persona es sentís adaptada en un medi ambient determinat tot i que allò que considera valuós fos diferent als paràmetres marcats per Canguilhem? La resposta, crec, és clara: sí. L'ésser humà, en tant que ésser conscient cultural, pot valorar aspectes molt diferents de la vida i, per tant, pot marcar-se com a ideals normatius normes molt diferents. Això sí, s'ha d'esmentar aquí que aquest ideal esmentat és molt diferent a aquell del qual es parlava en explicar la concepció mecanicista. I és que, amb Canguilhem, aquest ideal normatiu no és un ideal abstracte imposat per la natura sinó que és *instituit* pels éssers humans i ha de ser acceptat conscient o inconscientment per ells. Per tant, es pot donar el cas que dos subjectes tinguin com a ideals normatius dues normes biològiques diferents i, tot i això, ser ambdós igualment sans, en tant que ambdós es senten, en el cas que la seva norma s'adeqüi a tal norma idealitzada, sans.

Com es pot veure, aquí es crea una situació paradoxal. I és que, al mateix temps, el que determina la salut és la valoració del subjecte de la norma present en base a com es sent i la valoració de la mateixa norma en base a si és com creu que hauria de ser (si es correspon a l'ideal normatiu). El problema és, però, que ambdues valoracions es retro-alimenten: si el subjecte es sent bé tendirà a marcar com a ideal normatiu la norma present; però, al mateix temps, el subjecte difícilment es sentirà bé, per molt que no pateixi, si la norma no es correspon amb el seu ideal normatiu. En aquest sentit, és important apuntar aquí el possible perill de la imposició d'ideals normatius. Podria ser, per exemple, que hi hagués una ciència que cregués que determinades normes són en si mateixes constitutives de salut en tant que expressió de les lleis de la natura, i que les imposés com els únics ideals normatius vàlids? Quan s'explicava la concepció mecanicista s'ha vist que aquesta hipòtesi no sols és possible, sinó que sembla fàcil de contrastar. Aquesta possibilitat s'explorarà en l'apartat "Salut, Normalitat i Malaltia en l'article d'El Mundo (des de Canguilhem)".

Dit això, pot ser important centrar aquí l'atenció en una idea que porta estona remolejant a darrera del nostre discurs: la tesi que el subjecte té primacia total respecte a determinar que el seu estat és de salut. En aquest punt, pot ser interessant (per explicar tal primacia) fer una petita digressió. I és que amb la tesi anterior es pot entendre el títol d'una de les conferències més conegudes del filòsof francès, mal entès la majoria de vegades. La conferència, transcrita a *Escritos de medicina*, porta per nom: "La salud: concepto vulgar y cuestión filosófica"⁷². A partir del títol, molts entenen que en tal conferència Canguilhem mostra les dificultats per aproximar-se a un concepte que, no obstant, és utilitzat pel poble quotidianament com si el seu significat fos clar. En aquesta línia, podria semblar que Canguilhem, en tal conferència, va explicar que el concepte de salut és vulgar precisament perquè és utilitzat vulgarment pel poble, quan en el fons

⁷² Com explica Armand Zaloszyk en la "Nota sobre la procedencia de los textos" del llibre *Escritos sobre Medicina*, en el qual està recollit l'article en qüestió, aquest "article" és en realitat una conferència que Canguilhem va proferir el 1988. A Canguilhem, 2004, p. 14. La conferència es pot trobar en el mateix llibre de la pàgina 47 a la 69.

és una qüestió profunda sobre la qual se n'hauria d'abstenir. Certament, es podria pensar tot això a partir del títol de la conferència. Tot i això, no és aquest el significat del títol esmentat, ni tampoc són aquestes les tesis que el filòsof va presentar en aquella conferència.

Què vol dir, doncs, què la salut és un concepte vulgar? Per respondre aquesta pregunta, que potser ja està mig contestada, pot ser útil submergir-nos una mica en l'article esmentat. Canguilhem repassa en l'article diferents aproximacions al concepte de salut per part d'alguns dels filòsofs més importants de la història de la filosofia (Diderot, Descartes, Leibniz, Kant...). El filòsof francès mostra que, tot i que en un principi semblen defensar una forma d'entendre la salut contrària a la defensada per ell, tots comparteixen una mateixa idea que reafirma la tesi de la primacia del subjecte respecte a la seva salut. La idea és la següent: en últim terme, és el subjecte (i no el metge) qui percep el seu propi estat de salut (en base a l'absència de la sensació subjectiva de dolor o malestar). Així, tot i que la majoria d'aquests filòsofs defensen una concepció mecanicista, Canguilhem mostra que no poden evitar acceptar aquesta tesi sobre la primacia de la percepció del subjecte respecte a la seva pròpia salut; que, com s'ha explicat, entra en contradicció amb la concepció que en teoria pensen defensar i, no sols això, sinó que a més a més està a la base de la manera alternativa d'entendre la salut (la malaltia i la normalitat) que Canguilhem pretén reivindicar.

Si ens fixem en aquesta tesi, es pot veure que d'ella se'n segueix una altra; a saber: que l'estat de salut es percep subjectivament amb l'absència de percepció de dolor o malestar (els quals serien veu d'una mala adaptació de la norma al medi ambient en què es troba el subjecte). És en aquest sentit que Canguilhem afirma repetides vegades al llarg de les obres (que d'ell s'han treballat), tot citant el cirurgià francès René Leriche, que la salut és la vida en silenci dels òrgans. Dit això, Canguilhem explica que, en la mesura que s'accepta la primacia del subjecte respecte a la seva salut, i en la mesura que el subjecte es sent sa quan no percep cap dolor que l'avisí de quelcom que no funciona, s'ha d'acceptar també una tercera tesi; a saber: que és el subjecte i no el metge qui, en sentir-se sa, apunta que es troba en tal estat de salut que, es suposa, es correspon amb el funcionament correcte del propi cos. Si això és cert, allò que determina quin és el funcionament correcte del cos en un context determinat o, amb la terminologia anterior, quina és la norma que permet a l'individu adaptar-se a un medi concret és, en últim terme, la percepció del subjecte sobre si el seu estat és de salut. D'una manera (més tècnica): la salut percebuda subjectivament és *la veritat del cos*.⁷³ Així doncs, és la percepció de salut del subjecte el que apunta quin és el funcionament correcte del cos i no a la inversa (com defensava la concepció mecanicista). I aquí es pot respondre per fi a la pregunta amb què es començava aquesta petita digressió; i entendre també quines són les implicacions de defensar tal primacia del subjecte. Canguilhem anomena vulgar al concepte de *salut* perquè no pertany a la ciència, sinó al *vulgo* (al poble). És a dir, són les persones, i no la ciència, qui tenen primacia respecte al seu estat de salut.

⁷³ La tesi sobre la veritat del cos apareix per primer cop en l'article a Canguilhem, 2004, p. 51.

Aquí es pot veure que defensar la primacia del subjecte respecte al seu estat de salut implica un canvi en la manera de fer de la ciència, que amb la concepció mecanicista actuava com si fos la única propietària de la salut, i com si no existissin persones; la salut no era, doncs, un concepte vulgar, sinó científic. En tant que des de la mirada de Canguilhem la salut ja no és un estat sols objectiu, sinó que depèn de la valoració del subjecte de la seva norma particular (en base a com es sent), la ciència, en aquest cas la fisiologia, no pot establir, com sí podia amb la concepció mecanicista, un mapa d'aquells trets de la constitució i el funcionament del cos que determinen el funcionament correcte d'aquest sense tenir present que tals trets són ordenats per normes individuals de les quals la única referència objectiva n'és la valoració del subjecte en base a si sent que la seva norma particular li permet l'adaptació al medi ambient present. Tot i això, diu Canguilhem: *"No hacemos profesión de indeterminismo. (...) Sostenemos que la vida de un ser vivo, aunque se trate de una ameba, sólo reconoce las categorías de salud y enfermedad en el plano de la experiencia (...) y no en el plano de la ciencia"*⁷⁴. No fem professió d'indeterminisme: Canguilhem no demana al fisiòleg que deixi d'intentar entendre la constitució i el funcionament del cos humà. El que li demana és sols que reconegui la primacia del subjecte respecte el seu estat fisiològic, per tal de no fer extrapolacions perilloses sense el seu consentiment. El que li demana és que tingui present que ell, com a fisiòleg, realitza abstraccions, però que en el pla de la vida aquestes abstraccions poden tenir una utilitat limitada. El que li demana és, en el fons, que recordi que ell és secundari, i que en primer pla està el pacient i la seva norma particular. I és que la salut entesa com una mera descripció de trets objectius implica mirar a l'home com un objecte mort, sense vida, del qual se'n pot parlar de forma universal.

Per entendre millor el paper de la ciència (i la medicina) en aquesta concepció, així com quina ha de ser la seva relació amb els individus, pot ser útil traslladar-nos a l'últim concepte de la tríada protagonista, en la mesura que, com Canguilhem bé fa notar, i en contra del que creu la concepció mecanicista, en el fons és la patologia qui ha generat una ciència com la fisiologia. En paraules de Canguilhem: *"el pathos es quien condiciona el logos"*⁷⁵.

3.3. MALALTIA COM A NORMA DEPRECIADA

La malaltia s'entén segons la concepció de Canguilhem com un estat subjectiu veu d'una norma a la qual el subjecte li ha assignat un valor vital negatiu en la mesura que considera que no es correspon amb la norma desitjada, és a dir, en tant que és una norma que no garanteix que el subjecte en qüestió es senti adaptat en el medi en què es troba. Així, de la mateixa manera que el subjecte tenia primacia sobre el seu estat de salut, manté tal primacia en la malaltia. Això comporta, segons el filòsof francès, un relativisme col·lectiu (però no individual) respecte a les patologies: *a priori* pot ser que una mateixa norma sigui per a un individu patològic i, per l'altre, no. Per tant, no es pot determinar a partir de la mera observació de determinats trets objectius (o d'una norma) si hi ha o no una patologia: tals trets en si mateixos no poden

⁷⁴ Canguilhem, 1971, p. 151.

⁷⁵ Canguilhem, 1971, p. 151.

dir res, necessiten ser inscrits en un organisme que els valori. Aquesta afirmació pot semblar molt forta: s'està dient que des de la mirada de Canguilhem un metge no pot determinar que una persona té càncer, observant certs trets del seu cos? No. S'està afirmant que aquests trets del cos que defineixen el càncer no tenen significat (no tenen valor) i poden ser mal interpretats si no hi ha una persona darrera que pateix tal càncer. I la medicina (i la fisiologia) han de ser conscients d'aquest fet.

Així doncs, el problema, diu Canguilhem, és que la ciència coetània a la seva època [i l'actual] ha acceptat la concepció mecanicista, amb les conseqüències que això implica en la concepció de la salut i la malaltia. La fisiologia veu les patologies com meres variacions quantitatives en relació a una norma (universal), i tendeix a oblidar que hi ha una persona (amb una norma particular) per la qual sí hi ha una diferència qualitativa entre l'estat patològic i l'estat normal. És per això que Canguilhem critica la tesi sobre que sols hi ha una diferència quantitativa entre l'estat patològic i l'estat normal. Canguilhem afirma: *"Del hecho que el mal no sea un ser no se sigue que sea un concepto privado de sentido, (...) que no existan valores negativos"*⁷⁶. I continua: *"desde un punto de vista biológico no querer admitir que la vida hace diferencia entre sus estados, significa condenarse a no poder distinguir entre un alimento y un excremento"*⁷⁷. Així doncs, que la causa que una persona es senti malalta pugui ser la variació quantitativa en certs trets, no implica que la diferència entre la salut i la malaltia sigui merament quantitativa. La diferència entre la salut i la malaltia és qualitativa, i negar això pot portar a l'eliminació de l'estat de salut i de malaltia. A més a més, això pot portar a cometre errors molt perillosos, com pensar que un tret del cos determina necessàriament l'estat del subjecte, sense tenir en compte la diversitat de normes que George Canguilhem s'ha preocupat per reivindicar. Així, si la fisiologia determina que el nivell de glucosa en sang ha de ser entre 60 i 100 mg/dl, es pot cometre l'error de pensar que una persona que tingui la glucèmia a 110 mg/dl de forma habitual hagi de ser sempre diabètica; quan pot ser que la seva glicèmia normal tingui tal particularitat (i que sigui, doncs, una anomalia que no és anormal ni patològica). El problema que es pot trobar la fisiologia, doncs, és que concebi la diabetis en tant que el nivell de glucosa no és el normal estadísticament, i no en tant que afecta a una persona amb una norma particular. Com afirma Canguilhem, la fisiologia corre el risc de confondre la localització de la malaltia amb la malaltia; i creure que la malaltia està en la part i no en el tot.

Amb la concepció de Canguilhem, com es pot intuir, el lloc (que no la funció) de la fisiologia canvia. Es veu obligada a treure's l'uniforme de Veritat I i a posar-se el mono de servei. La fisiologia, amb la concepció de Canguilhem, passa a un segon pla, "subjugada" a la primacia del subjecte. En paraules de Canguilhem: *"La vida sólo se eleva a la conciencia y a la ciencia de si misma por la inadaptación, el fracaso y el dolor (...). Si no existiesen obstáculos patológicos tampoco existiría la fisiología por que no existirían problemas fisiológicos a resolver"*⁷⁸. La malaltia és també un concepte vulgar, del poble: són les persones qui tenen la primacia per

⁷⁶ Canguilhem, 1971, p. 74.

⁷⁷ Canguilhem, 1971, p. 169.

⁷⁸ Canguilhem, 1971, p. 160.

determinar el seu estat, són elles qui senten la seva patologia i són elles, per tant, qui demanen al metge (o al fisiòleg) la seva ajuda si ho creuen necessari.

En aquest punt, algun lector podria objectar que el metge, a través del coneixement de la fisiologia, pot detectar les malalties en les persones abans que aquestes n'hagin pres consciència. Si això fos així, que ho és, semblaria en un principi que la concepció de Canguilhem no va pel bon camí. “La malaltia no és un concepte vulgar, sinó científic!”, cridarien alguns fisiòlegs, satisfets. La resposta de Canguilhem és, crec, brillant: *“Actualmente una patología objetiva procede de la fisiología, pero ayer la fisiología procedió de una patología que es necesario declarar subjetiva (...). Toda patología es subjetiva con respecto a mañana”*⁷⁹. Com es pot veure, Canguilhem no nega que la fisiologia pugui determinar l'estat patològic d'una persona sense tenir en compte què sent o deixa de sentir la persona en qüestió, observant certs trets de la constitució o el funcionament del seu cos. El que afirma és que el fisiòleg pot detectar aquesta patologia només perquè abans hi ha hagut persones que es van sentir malaltes de manera que, per observació (a ull nu o a través de tècniques en un laboratori), es va poder relacionar tals trets objectius del cos amb l'estat patològic que les persones en qüestió afirmaven tenir. En aquest sentit, el fisiòleg, com a bon científic, va fer abstracció de tals trets establint un mapa general del tipus de trets que podien ser patològics, tot pressuposant que, pel fet que els éssers humans són semblants entre si, les normes patològiques per alguns subjectes serien també sentides com a tals per tots els éssers humans. Tot això, i tot i que tal pressupòsit hagi demostrat una gran funcionalitat, això no implica que tals normes hagin de ser patològiques per a tots els individus. Si s'accepta amb Canguilhem la diversitat de normes i que no hi ha una norma universal, s'ha d'acceptar que en teoria només el subjecte, en base a com es sent, pot dir-li al fisiòleg quina norma valora de forma negativa, de manera que el fisiòleg ara sí determini quina norma és objectivament patològica per aquell individu concret. La primacia del subjecte, doncs, no implica que sols el subjecte pot saber quin és el seu estat a partir de les seves sensacions, independentment de la fisiologia; el que implica és que la fisiologia necessita (o ha necessitat) del subjecte per determinar la seva malaltia objectivament. És per això que s'afirma, encara que es pugui detectar una malaltia objectivament per a un individu, que la malaltia és en últim terme un estat subjectiu; per remarcar aquesta necessitat del subjecte.

Així doncs, segons Canguilhem no és correcte dir que la fisiologia és la ciència de les lleis o les constants de la vida normal. La fisiologia és, si de cas, la ciència de les normes individuals habituals, que es preocupa no obstant per les infraccions a tals normes, en tant que és en aquelles infraccions quan el subjecte es sent invàlid i impotent. En paraules de Canguilhem: *“Esta noción de invalidez merecería un estudio por parte de un médico experto que no considerase sólo al organismo como una máquina cuyo rendimiento tiene que ser puesto en cifras”*⁸⁰.

⁷⁹ Canguilhem, 1971, p. 163.

⁸⁰ Canguilhem, 1971, p. 87.

I aquí es pot entendre, ara, quin és el paper de la medicina en la concepció de Canguilhem. D'una manera semblant a la fisiologia, també està subjugada a la consciència del pacient sobre el seu estat: i és que, si la patologia crida el logos pel que fa a la fisiologia, és també la patologia sentida qui crida una terapèutica exercida per la medicina.⁸¹ La pregunta, però, és: quin és doncs el paper de la medicina respecte a la seva funció, és a dir, la curació? Crec que, en últim terme, és el mateix de sempre: tot i que amb la prudència pròpia de saber que la fisiologia amb què basa les seves accions està subordinada a la consciència del subjecte respecte a la seva malaltia. Així doncs, si la malaltia és un estat subjectiu veu d'una norma amb valor vital negatiu en no permetre l'adaptació a un medi ambient determinat, una medicina vitalista ha d'intentar a través de les seves tècniques (aquestes sí científiques) restaurar una norma que permeti l'adaptació esmentada per a cada subjecte. Així, si abans ens trobàvem amb cert relativisme col·lectiu pel que fa a l'estat patològic, la medicina ha de partir també de cert relativisme col·lectiu (que no individual) pel que fa a la terapèutica: ha d'intentar restaurar aquella norma que faria sentir a un pacient particular, en tant que individu concret, adaptat al seu medi ambient. Això no ha de voler dir, avisa Canguilhem, que la medicina hagi de recuperar una norma anterior perduda, sinó que pot voler dir ajudar a crear una nova norma que permeti tal adaptació. Es podria dir que la medicina ha d'ajudar a la normativitat pròpia de l'ésser viu, prenent consciència que, en últim terme, *"el organismo (...) es el primero de los médicos"*⁸² (en tant que ésser normatiu). Es pot veure, doncs, en la concepció de Canguilhem de la medicina, el mateix que s'ha vist en tota la seva concepció: en el fons, si es mira amb deteniment, res no canvia en el fet (la medicina continua, per exemple, exercint la seva funció). Tot i això, li regala una dosi d'humilitat que pot evitar (crec) molts maldecaps. En paraules de Canguilhem: *"Cuando se habla de patología objetiva (...) se es víctima (...) de la confusión filosófica más grave y terapéuticamente a veces más peligrosa. Un microscopio, un termómetro, un caldo de cultivo, no conocen una medicina que el propio medico ignoraría. Dan un resultado. Ese resultado no tiene de por sí ningún valor diagnóstico. Para formular un diagnóstico es necesario observar el comportamiento del enfermo"*⁸³. El malalt, i no la fisiologia o la medicina, és qui té la paraula. Només ell pot declarar en rigor com es sent (amb la seva norma) i ni la medicina, ni la fisiologia, ni la societat tenen, en un principi, res a dir si no és amb el seu consentiment.

Crec que per acabar aquest apartat de Canguilhem pot ser interessant fer un recordatori d'una idea amb la qual s'ha començat: que tota norma és, en tant que és una determinada ordenació de certs trets de la constitució i el funcionament del cos, normal, encara que sigui valorada com a patològica. Si això fos així, tot ésser seria sempre normal, per molt que patís una patologia; no sols perquè cap norma és patològica en si mateixa, que també, sinó perquè fins i tot en la patologia hi hauria algun tipus de normalitat.

⁸¹ Canguilhem afirma: *"Hay medicina ante todo porque los hombres se sienten enfermos. Sólo secundariamente los Hombres, porque hay medicina, saben de qué están enfermos"* A Canguilhem, 1971, p. 176.

⁸² Canguilhem, 1971, p. 96.

⁸³ Canguilhem, 1971, p. 174.

4. SALUT, NORMALITAT I MALALTIA EN L'ARTICLE D'EL MUNDO (DES DE CANGUILHEM)

En aquest apartat s'intentaran aplicar les tesis de Canguilhem explicades en els apartats anteriors als fets explicats en l'article d'*El Mundo*. Si es recorda, l'article presentava la notícia de dos nadons nascuts sense la predisposició genètica a patir càncer de colon hereditari (síndrome de Linch), que el seu pare els podia traspasar en herència genètica, a través de la realització d'un diagnòstic pre-implantacional de doble factor genètic en dotze embrions. D'aquests, set es van descartar per tenir el síndrome de Linch, dos per tenir "alteracions cromosòmiques" i un perquè, tot i que científicament no se li va detectar res, només es volien implantar dos embrions. Així, es van implantar aquests embrions, que van resultar en dos nadons que van néixer sense el síndrome de Linch i sense cap "alteració cromosòmica" científicament coneguda.

En un apartat anterior, havíem explicat que aquests fets es presentaven en l'article des de la mirada de la concepció mecanicista (que s'acceptava inconscientment creant així un prejudici semàntic). Si es recorda, la concepció mecanicista entenia la salut i la malaltia com estats objectius els quals es poden detectar en els trets de la constitució i el funcionament del cos a partir de la correspondència o no a un ideal universal establert per certes lleis de la naturalesa i descobert (l'ideal, s'entén) per la fisiologia, qui és l'encarregada de determinar la correspondència esmentada. A més a més, la normalitat s'entenia equivalent a la salut i en total contradicció amb la malaltia. És en aquest sentit, dèiem, que en l'article d'*El Mundo* es diu que els nadons nascuts (desenvolupats a partir dels embrions seleccionats) són sans, perquè es va detectar en ells un estat objectiu de salut expressat en la seva constitució genètica i cromosòmica. Afirmàvem també que tal estat objectiu de salut no es contraposa en l'article directament a l'estat patològic, que també, sinó al risc de tenir tal estat. Pel que fa als embrions descartats, afirmàvem que des de la mirada que proposa la semàntica de l'article es considera que els embrions amb "alteracions cromosòmiques" ja tenien un estat patològic objectiu, mentre que els embrions amb el síndrome de Linch tenien un estat intermedi, ni patològic ni de salut, en el qual la mera *susceptibilitat* (recordem el concepte de Rose) de tenir un estat patològic objectiu era suficient per descartar-los (i no anomenar-los sans).

Amb la concepció de Canguilhem, i aquí comença pròpiament aquest apartat, la manera d'entendre (i, per tant, d'explicar) els fets narrats en l'article d'*El Mundo* hauria estat diferent. Tot i això, abans d'aproximar-nos a tals fets a través de la mirada de Canguilhem (per poder veure quines implicacions té aquesta nova mirada en la salut, la malaltia i la normalitat), és necessari fer una reflexió sobre els ideals normatius i els medis als quals aquests prometen una perfecta adaptació. Fins ara, s'ha donat a entendre conscient o inconscientment que l'ideal normatiu que el subjecte estableix com a norma ideal en la qual es sent (o es sentiria sa) està establert en base a l'adaptació a un medi ambient *natural*. A partir d'aquí, crec que hi ha tres qüestions a tenir en compte. En primer lloc, i com s'ha esmentat en repetides ocasions, que sentir-se adaptat a un medi particular depèn del que un considera valuós, és a dir, del que un subjecte vol o espera fer o ser en tal medi. Això sí, tot i que és cert que *a priori* hi ha relativitat col·lectiva en relació al que les persones puguin considerar valuós respecte a un medi, sembla que en línies generals, en un medi natural

els humans valoren (com afirmava Canguilhem) *“una larga vida, la capacidad de reproducción, la capacidad de trabajo físico, la fuerza, la resistencia a la fatiga, la ausencia de dolor, un estado en el cual se note lo menos posible al cuerpo fuera del gozoso sentimiento de la existencia”*⁸⁴. La pregunta és: per què sembla que moltes persones firmarien poder gaudir d'aquests aspectes de la vida? Perquè aquestes persones són éssers vius semblants en medis naturals en línies generals semblants en els quals volen sobreviure. És per això que hi ha certa coincidència entre allò que valoren els éssers vius en un medi natural. Tot i això, el que és important recordar és que l'ésser humà no és un ésser viu qualsevol i que, per extensió, no es troba quasi mai en un medi sols natural. Es sol trobar en un medi social construït, això sí, sobre un medi natural. Així, encara que s'accepti que hi ha certa coincidència en els ideals normatius en medis naturals, si s'accepta que l'ésser humà es troba inscrit en un medi social, es retornaria a la relativitat col·lectiva respecte a què determina sentir-se adaptat i, també, es recuperaria la relativitat respecte als ideals normatius.

I aquí, en segon lloc, apareix la segona qüestió a tenir en compte respecte als ideals normatius i als medis, la que es pregunta precisament què determina l'adaptació a un medi social (una societat). Afirmàvem que el que determina sentir-se adaptat a un medi és que hom pugui fer (o ser) en ell el que vol fer (o ser). La pregunta és: què determina en un medi social què vol fer (o ser) una persona? Moltes vegades, la societat mateixa, o el que aquesta considera valuós. En aquest sentit, en una societat en què es valori l'autonomia i la ment, per exemple, sembla que els éssers humans en ella es sentiran sans només si poden exercir tal autonomia i la seva intel·ligència és suficientment valorada per tal societat. En canvi, en una altra societat (un altre medi social) en què es valorés per sobre de tot la capacitat de donar amor, sembla que en aquest medi social les persones es sentirien sanes només si poguessin exercir tal capacitat. Com afirma el mateix Canguilhem: *“Estar enfermo significa ser perjudicial o indeseable o socialmente desvalorizado”*⁸⁵. Tot i això, s'ha de reconèixer que aquí hi ha, com passa amb l'article, un desfalc entre salut i malaltia: el subjecte es sent sa si la seva norma s'adequa a l'ideal normatiu amb referència social, però el subjecte no té perquè sentir-se malalt si la seva norma no s'adequa a tal ideal normatiu amb referència social. I és que sembla que moltes vegades les persones només es senten malaltes quan la seva norma no els permet l'adaptació al medi natural, probablement perquè això implica que està en perill la seva pròpia supervivència.⁸⁶ Sigui com sigui, tornant al tema, el que es considera valuós en un medi social és totalment relatiu (que no vol dir que no sigui legítim valorar-ho) i, per extensió, els ideals normatius que poden resultar de creure que una norma pot garantir tals capacitats valorades seran també totalment relatius. Si això és així, només el subjecte pot acceptar individualment una ideal normatiu a consciència, tot sabent que aquella norma que s'idealitza és una entre d'altres, per molt que la societat en què es trobi, en tant que incorpora certs valors, tendeixi a voler certs ideals normatius en detriment d'altres.

⁸⁴ Canguilhem, 1971, p. 88. Canguilhem extreu la cita de *Psychopatologie Générale*, de Karl Jaspers.

⁸⁵ Canguilhem, 1971, p. 88.

⁸⁶ Això no sempre és així: hi ha persones amb síndrome de Down o que són paralítiques i que sí es senten malaltes.

Dit això, és important abans de continuar per aquest camí esmentar la tercera qüestió a tenir en compte en relació al medi i els ideals normatius. En aquest cas, es tracta d'extreure una conseqüència del fet que l'ésser humà hagi construït un medi social. I és que, si s'accepta que l'ésser humà ha creat un medi social, s'ha d'acceptar també que té la capacitat d'influir en el medi, és a dir, que no només lluita contra les seves infidelitats, sinó que també intenta dominar-les perquè no l'afectin.

Anem ara, doncs, a l'article d'*El Mundo*. L'objectiu d'aquesta aproximació als fets explicats en l'article a través de la mirada de Canguilhem és esclarir com s'utilitzarien els termes 'salut', 'malaltia' i 'normalitat' per explicar els fets des d'aquesta concepció. Ja d'entrada, sembla que als embrions seleccionats (o als nadons) no se'ls podria dir ni sans, ni normals, ni malalts, en la mesura que en no tenir encara consciència (ni percepció), no podien jutjar (ni valorar) si la seva norma particular era sana o patològica. Des de la mirada de Canguilhem, tals embrions van ser escollits per part de tercers (els seus pares i els metges) en base a un ideal normatiu particular que no busca només l'adaptació a un medi natural (garantir, per tant, els valors que es busquen en tal medi), sinó l'adaptació a un medi social. Per què? Perquè, si es mira amb deteniment, els nadons van ser seleccionats quan eren embrions en pro de la seva futura qualitat de vida, incorporada en un ideal normatiu com a part d'aquest sentir-se sa. I és que no era del tot segur que si els nadons haguessin tingut el síndrome de Linch haurien patit segur càncer de colon hereditari. Sols haurien tingut el risc de patir-lo en un futur. A més a més, amb la prevenció adequada, és a dir, amb colonoscòpies anuals, tal càncer de colon s'hauria pogut detectar a temps i, per tant, no hauria posat necessàriament en risc la supervivència de tals nadons. Es podria dir, doncs, que tals embrions es van seleccionar perquè els fills de la parella en qüestió no sentissin el malestar propi de les colonoscòpies, la inseguretat de saber que es té un risc elevat de patir càncer de colon hereditari o perquè no haguessin hagut d'afrontar, en el cas que tal càncer de colon s'hagués materialitzat, el tractament d'una patologia com aquesta. Amb això no es vol dir que sigui il·legítim seleccionar uns embrions perquè els fills nascuts no passin pel que s'ha esmentat. El que s'afirma és que no es pot dir que aquesta elecció és en pro de la supervivència dels fills. És en pro de la seva qualitat de vida. Els embrions seleccionats, en no tenir el risc de patir càncer de colon hereditari (o alteracions cromosòmiques), tenien majors i millors perspectives de futur que els embrions descartats (en base al que els pares i els metges consideraven valuós). Per això se'ls va seleccionar. Aquí es pot entendre la importància dels conceptes de *susceptibilitat* i de *subjectivació* de Nikolas Rose.

Sigui com sigui, sembla que els embrions no seleccionats es van descartar precisament en base al mateix ideal normatiu particular que demana una norma que garanteixi una qualitat de vida suficient. I és que els embrions descartats tampoc podien ser ni sans ni malalts, en la mesura que no tenien encara consciència per poder percebre el seu estat. En aquest cas, la seva norma de vida va ser descartada en no adequar-se a l'ideal normatiu acceptat pels metges i els pares. Aquí un lector podria objectar que, per molt que l'ideal normatiu sigui relatiu al que els pares consideressin valuós, i que per molt que tals embrions (o els nadons que haurien pogut néixer d'ells) no tenien (o haurien tingut) consciència per sentir el seu estat, és evident que les seves normes de vida haurien sigut problemàtiques en algun sentit. I, és més, aquest lector podria

defensar aquesta tesi tot i acceptar la concepció de Canguilhem, al·legant que la similitud entre éssers humans i l'experiència de normes passades semblants als embrions descartats, avalen una suposició (de gran fiabilitat) respecte a la problemacitat de tals normes. En aquest punt, només podria respondre que la problemacitat d'una norma és sempre relativa a allò que es considera valuós. Però aquest lector d'abans podria continuar: hi podria haver algun ésser humà en alguna societat que no considerés valuós no haver de sotmetre's al que comporta tenir síndrome de Linch? La meua resposta només podria ser una: crec, sincerament, que no. I aquí, tal lector, amb l'espasa preparada per infligir el cop final, preguntaria: encara que les tesis de Canguilhem puguin ser interessants, per què centrar tota l'atenció en l'article d'*El Mundo*, si sembla que tothom compartiria l'ideal normatiu a partir del qual es van seleccionar uns embrions i descartar-ne uns altres? Per dues raons, respondria jo. Per una banda, perquè, com ja s'ha esmentat, la semàntica de l'article porta amb si una sèrie de prejudicis que és important treure a la llum. Però, és més: per l'altra banda, perquè l'article mostra la tendència latent en la societat contemporània d'incorporar cada cop més aspectes a l'hora de valorar la norma que estableix l'ideal normatiu que determina la salut, de tal manera que la salut s'està convertint progressivament en quelcom cada cop més exigent i difícil d'assolir. L'article d'*El Mundo* mostraria un estadi d'aquesta seqüència d'ideals normatius cada cop més exigents que es dona en la nostra societat. Però no un estadi qualsevol: mostraria el començament de la incorporació de factors cada cop més culturals en tals ideals normatius, en explicar un fet en què s'han seleccionats un embrions en pro de la seva qualitat de vida (i no de la seva supervivència).

Dit això, és important ara parar-se uns instants en explicar d'on sorgeix aquesta intuïció sobre l'augment en l'exigència dels ideals normatius que accepta la nostra societat. I és que la tesi que el concepte de salut ha anat augmentant el seu camp d'aplicació en els últims anys ha estat ja defensada per diferent autors (sota la idea de medicalització progressiva). En el meu cas, són tres autors els que van fer néixer la intuïció sobre l'augment de l'exigència dels ideals normatius (encara que cap d'ells utilitzés aquesta terminologia): Carlos Ponte Mittelbrunn, Xavier Puntí i Nikolas Rose.

Comencem pel metge espanyol Carlos Ponte Mittelbrunn que, en l'article "Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente",⁸⁷ explica la incorporació del benestar en l'ideal normatiu que defineix la salut. Mittelbrunn explica que abans de 1947 s'entenia la salut com absència de malaltia. Tot i que és cert que necessita un exercici d'interpretació, el que crec que vol dir Mittelbrunn és que abans de 1947 l'ideal normatiu només exigia una norma capaç d'adaptar-se al medi natural, en la mesura que una norma no adaptada a tal medi posava en risc la supervivència (i, per tant, era sentida com a patològica). A partir de 1947, explica el metge espanyol, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va proposar una nova definició de salut. Va passar de ser entesa sols com a absència de malaltia a entendre's com "*un estado de completo de bienestar físico, mental i social, y no sólo la ausencia de enfermedad*"⁸⁸. Com es pot veure, la nova definició de la salut proposada per l'OMS incorpora una referència social que, en la meua opinió,

⁸⁷ Mittelbrunn, 2008.

⁸⁸ Mittelbrunn, 2008, p. 1.

mostra el primer cop que l'ideal normatiu proposat per la societat exigeix una norma que permeti l'adaptació no sols al medi natural, sinó també al medi social. Aquest és, crec, el tret de sortida d'aquesta escalada sense fi cap a una salut cada cop més exigent. I és que si la salut és entesa com un estat de complet benestar físic, mental i social, la norma que garanteixi tal benestar està subjugada en la seva totalitat a què s'entén per benestar. En aquest sentit, com més exigents siguin les persones a l'hora de creure que es troben en un estat de benestar, més exigent serà l'ideal normatiu corresponent. I crec precisament que ens trobem en aquesta situació. Sembla que és necessari sentir-se acceptat socialment per trobar-se en un estat de benestar social. Però, què determina aquesta acceptació social? L'èxit laboral, la intel·ligència, la bellesa... però també el talent musical, la sociabilitat o una capacitat atlètica. Podria ser que la salut incorporés tots aquests valors com a propis? Podria ser que l'ideal normatiu exigís que la norma d'un subjecte garanteixi tots aquests valors culturals?

Encara que la resposta m'espanta, no puc deixar de creure que sí: i que no sols pot passar, sinó que ja està començant a succeir. L'article d'*El Mundo* en què es centra aquest treball n'és una mostra. Però és que la qüestió és més complexa (i més perillosa): i és que si es recorda que la ciència i la societat actuals sembla que només volen mirar el món (i l'home) des de la concepció mecanicista, hi ha la possibilitat que tal ideal normatiu particular cada cop més exigent sigui concebut com un ideal objectiu establert per unes lleis de la naturalesa; amb tots els perills (i prejudicis) que això comporta.

Dit això, un altra mostra d'aquesta incorporació de valors socials en l'ideal normatiu que la societat actual proposa, pot ser el treball final de grau que va realitzar Xavier Puntí Campeny el 2014, anomenat "Salut, bellesa i ànima: una arqueologia de la cirurgia estètica"⁸⁹. S'ha d'explicar, doncs, perquè tal treball final de grau es pot interpretar com una mostra d'aquesta incorporació progressiva de diferents factors dins del concepte de salut. Com anuncia el seu títol, Xavier Puntí porta a terme en el seu treball una arqueologia de la cirurgia estètica, on un dels objectius que persegueix (el que a nosaltres ens interessa) és, crec, determinar el procés a partir del qual la bellesa es va incorporar progressivament en el concepte de salut, de manera que la cirurgia estètica es va començar a entendre ja no com una qüestió merament estètica, sinó que també, en alguns casos, com una mesura terapèutica. En aquest sentit, crec que és clau la tesi del Nuffield Council on Bioethics que el mateix Xavier Puntí cita en el seu treball:

*"En la majoria dels casos, les demandes de cirurgia estètica venen motivades per un desig d'auto-millora (o el que es concep com a tal). En altres casos, es pretén alleujar les dificultats psicològiques i socials originades per l'aparença individual. En aquests últims casos, la cirurgia estètica pot interpretar-se com una mesura terapèutica."*⁹⁰

Xavier Puntí afirma que el seu treball pretén posar en dubte aquesta distinció en aparença clara, mostrant que, en tant que el saber mèdic "ja no concep la salut com l'absència de malaltia, sinó com un procés sempre

⁸⁹ Puntí, 2014.

⁹⁰ Puntí, p. 7.

*millorable*⁹¹, la bellesa s'ha incorporat en el concepte de salut de tal manera que la distinció en aparença clara entre cirurgia com a pràctica pel mer desig d'auto-millora i la cirurgia com a mesura terapèutica s'ha difuminat. És en aquest sentit que es pot interpretar el treball de grau del company Xavier Puntí Campeny com una prova, en general, de l'engreixament progressiu que pateix el concepte de salut i, en particular, de la incorporació de la bellesa en l'ideal normatiu que defineix la salut.⁹² I és que Xavier Puntí Campeny, a diferència d'aquest treball (que peca de parlar potser sempre en abstracte), realitza en el seu esborrany, com diu ell massa modestament, un treball de camp en el qual mostra a través d'un seguit de revistes científiques⁹³ com ha canviat des de 1915 fins l'actualitat la concepció de la cirurgia estètica: com ha passat de concebre's com una pràctica amb fins estètics a entendre's com una terapèutica (i a com, per la seva banda, la salut ha anat incorporant progressivament la bellesa a partir d'un *desbloqueig psicològic*, és a dir, a partir d'un "*procés segons el qual la medicina comença a interessar-se per la faceta més emocional del pacient i va adquirint un nou saber sobre les vicissituds de l'ànima del malalt*"⁹⁴).

En aquest punt, és important fer una petita visita a aquell tercer autor que havíem anunciat que, d'alguna manera, mostrava el progressiu augment en l'exigència de l'ideal normatiu proposat per la societat actual. L'autor en qüestió és Nikolas Rose, i el concepte que li manllevem és el de *molecularització* (que proposa per explicar una de les cinc transformacions que ha patit la medicina actual: el canvi en l'escala en què ens representem la vitalitat; d'escala molar a escala molecular). En aquest sentit, crec que es pot aplicar tal concepte no per mostrar la incorporació a l'ideal normatiu de factors socials que es creuen necessaris per l'adaptació al medi social (com passava abans amb la bellesa o el risc de patir càncer), sinó per mostrar que ha canviat l'escala en què observem les normes per tal de jutjar-les: com passava amb la vitalitat, s'ha passat d'una escala molar a una escala molecular. Així, a causa de la comprensió de la vida molecular que ha possibilitat el desenvolupament que han experimentat les ciències de la vida i la biomedicina, es podria afirmar que les normes que abans es jutjaven (per part de tercers) a partir de l'observació a ull nu (en els òrgans, els músculs, els ossos...), ara es jutgen en base a l'estructura molecular. La pregunta és: per què s'afirma que amb tal *molecularització* ha augmentat l'exigència de l'ideal normatiu? Perquè, amb aquest canvi en la profunditat de l'enfoc, sembla que les normes de vida estan totalment despulades, de manera que l'ideal normatiu pot enxampar normes que en aparença (a nivell molar) semblaven adequar-se a ell, però que en el fons (a nivell molecular) expressen una ordenació de trets que no es corresponen amb l'ideal esmentat.

⁹¹ Puntí, 2014, p. 8.

⁹² Però no només això. En mostrar que el saber mèdic pensa que la distinció entre la cirurgia estètica per raons estètiques i la cirurgia estètica per raons psicològiques és clara (i que la distinció entre la cirurgia estètica per mer gust i la cirurgia estètica com a terapèutica també ho és), mostra en últim terme que els prejudicis que aquest treball vol mostrar no es produeixen només en l'article sinó també en altres camps de la medicina.

⁹³ "La Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya. Revista perfecta per una tasca arqueològica ja que, tot i iniciada el 1992, és la continuació de la Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona. Aquesta darrera revista, iniciada el 1986, al seu torn és la continuació dels *Anales de medicina y cirugía de la Real Academia de Medicina de Barcelona* (que s'inicià el 1945), que també resulta ser la continuació d'una altra revista: la dels *Annals de l'Acadèmia de Medicina de Barcelona*, revista breu que es publicà entre el 1932 i el 1935, però que també és la continuació dels *Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona* (...) nascuda el 1915." A Puntí, 2014, p. 6.

⁹⁴ Puntí, 2014, p. 8.

Arribats a aquest punt, i ja per acabar aquest apartat, només queda una qüestió pendent. Si s'accepta que de la semàntica de l'article d'*El Mundo* es deriva el prejudici d'acceptar la concepció mecanicista (sense reflexió) com la única mirada vàlida, i si s'accepta que hi ha una mirada com la que Canguilhem proposa, es pot veure que de l'article d'*El Mundo* se'n segueix un segon prejudici: s'accepta inconscientment un ideal normatiu particular relatiu com si fos un ideal normatiu universal establert per unes lleis naturals. I és que, segons el que s'ha explicat, tot i que els embrions seleccionats van ser escollits per part dels seus pares i els metges en base a un ideal normatiu particular relatiu, en l'article es presenta unívocament com si tal ideal a partir del qual s'han seleccionat uns embrions i descartats uns altres fos un ideal universal. En la meua opinió, aquest prejudici té dues problemàtiques. En primer terme, que en la mesura que els ideals normatius proposats per la societat i presentats per la ciència com a objectius no deixen d'augmentar la seva exigència, pot arribar un dia (no molt llunyà) en què es rebutgin normes de vida que ara considerem part de la diversitat natural de l'espècie. Crec que això ja els està passant a les persones amb síndrome de Down; les normes de les quals són jutjades *a priori* com a anormals (amb independència del que aquestes persones pensin o deixin de pensar). Un tracte semblant reben les persones amb una lleugera obesitat. Però és que és més, si s'accepten les tesis defensades en paràgrafs anteriors, quant creieu que tardarà a arribar el dia en què es jutgin *a priori* com a patològiques normes que no s'adeqüen a l'ideal de bellesa, o d'èxit laboral, de sociabilitat, de cos atlètic... i un sense fi d'ítems més que una societat com la nostra pot valorar? Deixo aquesta pregunta a l'aire, amb la sensació d'angoixa que oprimeix el pit com a resposta.

Afirmàvem que el segon prejudici podia tenir dues conseqüències problemàtiques. La primera s'acaba de plantejar. La segona és la que es pretén explicar en el següent apartat: la creació d'un tercer prejudici (en aquest cas, de valoració inconscient) en relació als problemes bioètics que es segueixen dels fets explicats en l'article d'*El Mundo*. Per portar a terme aquest apartat, recuperarem els problemes bioètics plantejats en la introducció per mostrar que, a partir del que s'ha explicat al llarg del treball, aquelles preguntes deixades sense resposta inicialment demanen ara en alguns casos un replantejament, en altres que se'ls doni un nou abast, i en altres que simplement se les deixi de formular, en tant que contindran en elles mateixes la resposta.

5. REFLEXIONS FINALS

Fins ara, hem explicat que són dos els prejudicis que es deriven de la semàntica de l'article d'*El Mundo*. El primer és acceptar sense reflexió la concepció mecanicista a l'hora d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat en l'article d'*El Mundo*, obviant que hi ha una altra manera d'entendre tals termes. El segon prejudici, per la seva banda, és acceptar sense reflexió l'ideal normatiu particular a partir del qual els metges i els pares van seleccionar uns embrions en detriment d'uns altres com si fos un ideal universal establert per lleis naturals. S'ha explicat també que, amb aquests dos prejudicis, se'n genera un tercer (en la segona accepció del terme) en relació al posicionament respecte als problemes bioètics explicats en la introducció. S'ha de reconèixer aquí que en tal introducció es van plantejar a consciència tals problemes sense tenir cura del llenguatge, és a dir, explicant-los mantenint el vel sobre els prejudicis esmentats. D'aquesta manera, es pretenia mostrar com es plantegen tals problemes bioètics si s'accepta la concepció mecanicista inconscientment. Ara és el moment de treure aquest vel en una re-aproximació als mateixos problemes bioètics, sent conscients de la manera d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat proposada per Canguilhem, que s'ha explicat al llarg del treball.

5.1. RE-APROXIMACIÓ ALS PROBLEMES BIOÈTICS

Afirmàvem que un primer problema bioètic a presentar en relació als fets explicats en l'article d'*El Mundo* versa sobre la legitimitat i els límits de la selecció genètica. Dèiem també que davant d'aquest problema hi ha tres posicions possibles: rebutjar la selecció genètica, acceptar-la sota qualsevol condició o acceptar-la tot establint condicions que tracin un límit per tal selecció. En la introducció, havíem intentat proposar arguments que bastessin les diferents posicions. I aquí el canvi de la mirada mecanicista a la mirada de Canguilhem comença a tenir conseqüències. Si es recorda, el primer argument en contra de la selecció genètica afirmava que amb aquesta pràctica s'està intentant eliminar una forma de vida que es jutja com a inferior des d'una perspectiva (una forma de vida) diferent a la que es vol eliminar. Tot i que en aquell moment no havíem entrat en debats o valoracions, sembla clar que, des de la concepció mecanicista, hom tendiria a desconfiar de la idea que un estat objectiu patològic pugui ser considerat una forma de vida. Si més no, encara que un mecanicista generós ho pogués considerar, sembla que igualment tendiria a creure que tal forma de vida és errònia o, almenys, inferior a la seva, en tant que la seva és científicament una forma de vida constitutiva de salut. Amb la concepció vitalista de Canguilhem això canvia: en no haver-hi un estat ideal universal de salut (si de cas estats comuns), tota forma de vida és igualment vàlida *a priori*, de manera que ningú pot jutjar tal forma de vida des de fora, és a dir, si no la viu. Així, si per exemple una persona amb síndrome de Down per una sèrie de raons valora de forma positiva la seva norma de vida, i encara que tal norma pugui tenir altres desavantatges, ningú ha de tenir dret a dir-li que la seva norma és anormal, en la mesura que ell té primacia per jutjar la seva norma. Com es pot veure, amb aquesta nova mirada, aquest primer argument en contra de la selecció genètica pren una força inesperada. El mateix passa amb el segon argument, que apel·lava a la possible estigmatització d'aquelles trets considerats

patològics, de manera que les persones que els posseïssin es sentissin portadores d'un estigma. Ara, si es té en compte que la societat s'ha posicionat a favor de la concepció mecanicista, tal possibilitat sembla molt real. I és que, amb aquesta concepció, el fet de considerar una norma patològica és, de fet, pintar una marca sobre tal constitució (i les persones que la posseeixen) amb una pretesa objectivitat que oblida que, en el fons, està emetent un judici de valor relatiu sobre aquella norma de vida. En aquest sentit, l'estigmatització no sols és possible, sinó que a més a més es dóna sense que la societat se n'adoni, en considerar que no està emetent un judici de valor, sinó de fet.

Així, sembla que dos dels arguments que Singer oferia en contra de la selecció genètica s'han apoderat, amb la concepció de Canguilhem, d'una profunditat que amb la concepció mecanicista no tenien. Però és que, a més a més, amb aquest canvi de mirada els arguments que Singer oferia en aquest cas a favor de la selecció genètica pateixen l'efecte contrari: mentre que abans semblaven tenir una base sòlida sobre la qual assentar-se, ara veuen trontollar els seus fonaments. Els dos arguments que Singer oferia a favor de la selecció genètica apel·laven al fet que, amb ella, els pares poden donar als seus fills el millor inici de vida possible (i evitar-los el màxim sofriment). Explicàvem que Singer atacaria a uns pares que potser no voldrien seleccionar uns embrions (en detriment d'altres) per no tenir el síndrome de Linch, al·legant que tal decisió seria quasi sotmetre a un maltractament als futurs fills. Sembla, doncs, que Peter Singer no té en compte que aquests "evitar el sofriment" o "oferir el millor inici de vida possible" depenen de què consideren valuós els pares en qüestió. Així, a part del fet que, en últim terme, només el fill podria decidir una qüestió com aquesta (amb el seu ideal normatiu particular), *a priori* tot els pares estarien igualment legitimats a oferir l'inici de vida als seus fills que ells consideressin oportú.

Fins ara ens hem re-aproixat a les posicions a favor i en contra de la selecció genètica. Ara toca fer una visita a la llei espanyola, en la mesura que ocupa aquella posició que accepta la selecció genètica sota certes condicions. Quines? En el cas de la llei espanyola, que la selecció genètica busqui garantir la salut i evitar la malaltia i no la selecció de característiques positives. Havíem dit que Singer responia a aquesta posició afirmant que "*no hay una línea clara entre la selección ante las discapacidades y la selección de características positivas*"⁹⁵ i que ell utilitzava aquesta ambigüitat per acceptar sempre la selecció genètica. En un principi, no puc més que acordar amb Singer en aquesta intuïció, tot i que crec que s'ha de matisar. I és que no és que la línia no sigui clara i que no es puguin veure amb claredat quins trets constitueixen l'estat objectiu de salut i quins altres són meres característiques positives, sinó que tal línia no existeix en ella mateixa a no ser que les persones la tracin en relació al seu ideal normatiu particular. Els mateixos trets poden ser, en base a diferents ideals normatius particulars, considerats al mateix temps pertinents a la salut i pertinents a meres característiques positives. Aquí es veu quant irònic és que hi hagi una llei que estableixi els límits de la selecció genètica en quelcom que no té límits en si mateix, sinó que depèn d'allò que la societat creu o deixa de creure. En aquest sentit, pot succeir, si es té en compte l'engreixament de

⁹⁵ Singer, 2002, p.34.

l'ideal normatiu abans explicat, que la llei espanyola actual acabi legitimant la selecció d'embrions en pro de seleccionar el color dels seus ulls apel·lant a la salut, si arriba un moment en què es considera que el color dels ulls és necessari perquè tal individu es senti acceptat en la societat (adaptat al medi social). Tot i que temo per la riquesa i bellesa de la diversitat humana, no estic per jutjar si la selecció d'embrions pel color dels seus ulls (en el cas que algun dia es pugui portar a terme) seria quelcom positiu o negatiu. Tot i això, no puc deixar de pensar que és necessari que prenem consciència que, si aquesta qüestió ha entrat dins del camp de la salut, és perquè la salut està definida per un ideal normatiu particular que ha patit un procés d'engreixament progressiu; ideal que pot ser acceptat o no (aquí ja no puc dir res!), però que si és acceptat ha de ser a consciència.

Aquestes reflexions serveixen per re-aproximar-nos al segon problema bioètic, que es preguntava per la legitimitat i els límits de la millora humana. Com abans, els arguments en contra i a favor de la millora de l'espècie humana pateixen un mateix enfortiment i afebliment respectiu. De la mateixa manera, si es creu que la millora de l'espècie s'ha de permetre només per eradicar malalties (i no per buscar característiques positives), s'ha de ser conscient que aquesta distinció no existeix en si mateixa.

El tercer problema que presentàvem en la introducció es preguntava per si la selecció genètica explicada en l'article d'*El Mundo*, és a dir, la selecció genètica d'uns embrions en detriment d'uns altres en pro de la seva salut, pot portar a l'estigmatització de les persones que tenen en vida una constitució tal que, si hagués estat observada a partir de la tècnica DF-DGP quan eren embrions, haurien estat descartades. Pot ser il·luminador recuperar una pregunta deixada en aquell moment sense resposta. Ens preguntàvem: permetre la selecció genètica en pro de la salut ha de comportar l'estigmatització de les persones considerades no sanes? En aquell moment afirmàvem que, al final del treball, aquesta pregunta contindria la resposta en ella mateixa, la qual cosa (crec) no passava quan s'acceptava inconscientment la concepció mecanicista. I és que, en un principi, si s'accepta la concepció mecanicista és compatible que es consideri que certes característiques són patològiques amb que no es faci un judici sobre tals característiques o sobre les persones que les posseeixen. Per què? Perquè, segons aquesta concepció, dir que un estat és patològic és simplement descriure uns trets objectius, sense cap tipus de valoració que pugui portar a una estigmatització futura. En canvi, si es mira amb deteniment, amb la concepció de Canguilhem això canvia radicalment: el mateix considerar sa o no sa és ja un judici de valor (positiu o negatiu) sobre una norma de vida, és assignar un valor vital (o social) positiu o negatiu. Dir que una persona no és sana, amb la mirada de Canguilhem, és afirmar que la seva norma de vida no és bona. És per això que la pregunta conté en ella mateixa la resposta: perquè en el fons pregunta si el fet de seleccionar en pro d'un judici de valor (relatiu) pot portar a que es faci un judici de valor sobre les persones que han suspès el judici en qüestió. Aquí, un lector podria dir certament que en el cas de l'article d'*El Mundo* sembla que això es desmenteix: o no és cert que el pare dels nadons té el síndrome de Linch i no se'l tracta com si portés un estigma? Potser sí. Però la meua pregunta a tal lector seria: passaria el mateix si el pare, en compte de tenir el síndrome de Linch, tingués el síndrome de Down? Crec que la resposta és clara: no. I és que és evident que actualment

es tracten a les persones amb aquest síndrome com si fossin portadores d'un estigma, fins al punt que algunes persones que el tenen (i dic tenen, no pateixen!)⁹⁶ consideren també elles que el porten. Per què, doncs, al pare no se l'estigmatitza de la mateixa manera? Precisament perquè l'article mostra, com he esmentat, l'inici de l'engreixament del concepte de salut, de manera que l'estat objectiu patològic del pare (que cinquanta anys abans s'hauria considerat estat objectiu de salut) està encara només a la perifèria del compliment de l'ideal normatiu. Així, tot i que s'assigna un valor social negatiu a la norma del pare, encara es considera (inconscientment) que tal norma no és incompatible totalment amb l'adaptació social dels individus que la posseeixen. Vés a saber que passarà d'aquí cinquanta anys.

Afirmàvem, continuant amb aquesta re-aproximació, que un quart problema associat als fets explicats en l'article d'*El Mundo* versa sobre el consentiment informat i les problemàtiques que l'acompanyen. Així, a través de Rafel Oliva havíem mostrat la dificultat del metge d'informar a les persones sobre les pràctiques mèdiques que es porten a terme en un determinant moment (i els seus avantatges i inconvenients), en haver d'adaptar el discurs als coneixement i la capacitat cognitiva de les persones en qüestió. Aquí s'ha de dir, en aquesta re-aproximació, que la feina del metge es multiplicaria si s'accepta que hi poden haver almenys dues mirades diferents respecte la salut, la malaltia i la normalitat. I és que el metge es trobaria que no sols hauria d'adaptar el seu discurs a la persona que el rep (amb les dificultats que això comporta), sinó que també hauria d'informar que el seu discurs es basa probablement en una concepció mecanicista que considera que hi ha estats objectius que s'han d'adequar a un ideal general establert per certes lleis naturals, però que hi ha una altra mirada que defensa que la salut i la malaltia són en el fons estats que depenen d'un ideal normatiu particular, el qual pot ser acceptat o rebutjat, en tant que depèn del que el subjecte en qüestió considera valuós. Sóc conscient que, explicat d'aquesta manera, és impossible que el metge pugui formular un discurs com aquest o que algun pacient pugui entendre'l. Tot i això, tampoc no és necessari arribar a aquest nivell: si el metge simplement digués que tota norma de vida té avantatges i inconvenients (tant a nivell vital com a nivell social), i fes professió d'almenys cert respecte a la diversitat, ja tindríem molt guanyat.

Arribats a aquest punt, queda només re-aproximar-nos a aquella última problemàtica vinculada als fets explicats en l'article d'*El Mundo*, que es pregunta sobre els problemes bioètics relacionats amb l'aparició del pacient pre-simptomàtic (o pre-pacient) i les seves conseqüències directes: la prevenció desmesurada i la medicalització de la vida. En aquest sentit, havíem dividit aquesta problemàtica en tres problemes que es corresponien amb les tres temàtiques acabades d'anunciar (pre-pacient, prevenció i medicalització de la vida).

⁹⁶ I és que moltes vegades diem 'pateix el síndrome de Down', pressuposant que tal síndrome ha de fer patir a totes les persones que el tenen en concebre'l com un estat objectiu patològic que, en conseqüència (i no com a causa), ha de fer patir tot individu. Però això no té perquè ser així. Hi ha persones que tenen el síndrome de Down i no el consideren un patiment, sinó una norma de vida particular diferent a la que té la majoria.

Anem ara al primer problema d'aquesta última problemàtica relacionada amb el fet explicat en l'article d'*El Mundo*. Havíem explicat, a través de Joan Brunet i Vidal, que un dels problemes de l'aparició del pre-pacient a causa de la *molecularització* és el conflicte entre el dret a la intimitat genètica i la necessitat d'informació a tercers. Com explica el metge català, el problema amb la informació genètica és que, en la majoria dels casos, detectar quelcom amb suposada rellevància mèdica en un estudi genètic pot afectar als familiars de la persona afectada. Així, pot entrar en conflicte el dret del pacient a la intimitat genètica, el dret dels mateixos familiars a conèixer la informació obtinguda respecte a la seva salut i el deure del metge d'informar els familiars sobre el seu possible risc a emmalaltir. El que és important fer notar aquí és que el plantejament d'aquest conflicte pressuposa la concepció mecanicista. I és que el problema és, en el fons, que una persona no vol que es doni a conèixer el seu estat objectiu patològic, la qual cosa comporta que el metge es veu en una disjuntiva entre el deure com a metge d'informar als familiars del seu possible futur estat objectiu patològic i el dret del pacient de preservar la informació sobre el seu estat objectiu patològic. Es pressuposa, doncs, que hi ha un ideal universal al qual les normes dels familiars poden no adequar-s'hi en ser semblants a una norma que la genètica ja ha determinat que no es correspon amb l'ideal universal esmentat. És per això que el plantejament del problema, encara que potser no ho sembli, condueix una altra vegada als dos primers prejudicis. Això no vol dir que amb la concepció de Canguilhem el conflicte es solucionaria. Ans el contrari: el conflicte es complica. I és que, en la mesura que no hi ha tal cosa com un ideal universal, el dret a informació sobre la pròpia salut i a la intimitat genètica respecte a tercers estan condicionats en certa mesura a la diversitat de normes i al que puguin valorar els diferents individus. Com s'havia anunciat, l'abast del problema augmenta amb la concepció de Canguilhem.

El segon problema bioètic d'aquesta cinquena problemàtica es preguntava sobre les conseqüències de les demandes de prevenció constant en què està imbuïda la societat a partir de l'aparició del pre-pacient i la imatge de quasi omnipotència que la gent s'ha creat de la medicina a causa de les tres transformacions descrites per Rose (*molecularització*, *optimització* i *subjectivació*) i la capacitat demostrada per aquesta (la medicina, s'entén) de curar malalties que semblaven incurables i prevenir-ne d'altres (que encara ho són) abans de la seva aparició. En aquest punt, ens preguntàvem si, a partir d'aquests processos, la salut es pot convertir en una obsessió tal que les persones es sentin constantment malaltes, de forma que demanin mesures preventives constants per evitar no sols malalties a les que estan genèticament predisposats sinó també totes les malalties que creuen poder contraure pel sol fet de ser mortals; amb la conseqüència última que el sistema sanitari no pugui suportar tals exigències i s'acabi saturant. Així doncs, la pregunta planteja la possibilitat que es generi una por patològica a emmalaltir, és a dir, que la societat emmalalteixi de salut, de manera que es titllin de patològics estats que no ho eren abans i, per tant, s'exigeixin mesures preventives que ara (encara) són considerades excessives. Amb la mirada de Canguilhem, i si s'accepten les tesis sobre l'engreixament del concepte de salut, aquesta pregunta es respon per si sola. Ja no planteja una possibilitat, sinó que avisa d'un fet que s'està donant silenciosament: i és que de fet s'està imposant un ideal normatiu particular (tant exigent que el sistema sanitari no és capaç de satisfer) com si fos un

ideal universal. Amb aquest ideal normatiu, la prevenció serà la terapèutica de la nova salut (amb totes les conseqüències que això comporta).

Dit això, s'ha de reconèixer que CAMFIC a "Malalts de salut" també avisa que la possibilitat que plantejava la pregunta anterior s'està donant ja actualment. Tot i això, el problema de CAMFIC és, crec, que accepta inconscientment la concepció mecanicista, encara que reconegui que la salut depèn de les creences de la societat. Per què accepta la concepció mecanicista? Perquè, en últim terme, la seva denúncia sembla ser una crítica al nou ideal normatiu com si no fos el real, és a dir, com si (per incloure precisament aquestes consideracions socials) no fos l'ideal normatiu objectiu. Així, tal article sembla ser veu de la desesperació d'alguns metges en sentir-se obligats a atendre persones que encara no són pacients, i que potser no ho seran mai. En aquest sentit, la pregunta anterior mostraria, en últim terme, el conflicte entre dos ideals normatius particulars que es venen ambdós com a objectius, de tal manera que s'està produint una lluita per determinar qui té la pretesa objectivitat. No pretenc determinar quin ideal normatiu mereix guanyar la batalla. Tot i això, el que sí pot ser important recordar (en aquesta re-aproximació) és que ambdós dos ideals tenen el mateix grau d'objectivitat: cap. Així, el problema de la denúncia de CAMFIC, per la qual no puc deixar de sentir certa simpatia, és que en últim terme ajuda a consolidar l'ideal normatiu contrincant, perquè en acceptar la mirada mecanicista, ofereix la possibilitat a tal ideal normatiu (que pot portar a la saturació del sistema sanitari) a que es digui a ell mateix objectiu, de tal manera que es pot escudar en pretesos fets que demostren la pretesa objectivitat de tal ideal, quan aquesta qüestió depèn, com s'ha mostrat, d'una valoració. En canvi, si CAMFIC acceptés la concepció de Canguilhem, podria desbancar l'ideal normatiu particular apel·lant ja no a la seva realitat, sinó a que els valors que aquest busca garantir no són els que s'han de perseguir. Acceptant la mútua subjectivitat, podria proposar des de la prudència el seu ideal normatiu particular com el millor per la societat.

Per acabar aquest apartat, toca ara re-aproximar-nos a l'últim problema bioètic d'aquest últim problema en relació als fets explicats en l'article d'*El Mundo*, que es pregunta, ara, per les implicacions de la segona dinàmica associada a l'aparició de la figura del pacient pre-simptomàtic; a saber: la medicalització de la vida. En aquell moment només s'havia plantejat una pregunta: pot ser, com diu CAMFIC, que la medicina s'expandeixi als "*aspectes normals de la vida, els problemes personals i socials*"⁹⁷? Com abans, amb la concepció de Canguilhem aquesta pregunta es respon per si sola: és evident que pot ser, si tals problemes personals i socials són incorporats en l'ideal normatiu. El problema és, precisament, que tal pregunta, que sembla pressuposar una separació clara entre la salut i els aspectes normals de la vida, pressuposa una concepció mecanicista que provoca que tals aspectes normals es puguin incorporar com a aspectes a valorar en l'ideal normatiu particular sense que molts se n'adonin, és a dir, sense que molts puguin decidir si accepten o no tal ideal normatiu. I és que, com dèiem abans, fins i tot la denúncia de CAMFIC a "Malalts de Salut" pot portar a l'acceptació de tal ideal normatiu; que exigeix ara, a part d'una prevenció constant,

⁹⁷ CAMFIC, 2006, p. 9.

que la medicina s'ocupi d'aspectes que no han estat mai del seu domini. Dit això, no estic aquí per decidir si CAMFIC té raó en la seva denúncia. El que és evident, però, és que si es combina el fet que la societat delega totalment la seva responsabilitat biològica en la medicina, amb l'acceptació d'aquest nou ideal normatiu tant exigent (sigui concebut com a objectiu o subjectiu), la situació es torna insostenible tant pel sistema sanitari com per l'individu mateix.⁹⁸

Després d'aquesta re-aproximació, es pot explicar quin és el tercer prejudici que es segueix de l'article d'*El Mundo*. Com s'ha esmentat, aquest tercer prejudici s'ha d'entendre en la segona acceptació del terme: és a dir, com aversió o propensió no raonada davant d'alguna qüestió. La pregunta és: on es dona aquest prejudici? Per una banda, en acceptar o rebutjar la selecció genètica i la millora de l'espècie humana. Per l'altra, en l'acceptació o no de la possibilitat que la selecció genètica (com la que es porta a terme en l'article d'*El Mundo*) pugui portar a l'estigmatització de les normes descartades, o que tal selecció tingui algun tipus de relació amb l'aparició del pacient pre-simptomàtic, la prevenció patològica o la progressiva medicalització de la vida. Pel que fa al primer grup de qüestions, s'ha pogut veure que acceptant-se la concepció mecanicista inconscientment hom tendia de forma inconscient a acceptar la selecció genètica i la millora humana quan aquestes es portaven a terme en pro d'un suposat estat objectiu de salut, veu d'una ideal objectiu universal. Amb l'apologia a la diversitat de normes que porta amb si la concepció de Canguilhem, la discussió entre l'acceptació o el rebuig de la selecció genètica i de la millora de l'espècie humana s'ha anivellat. Així doncs, qui no accepta la selecció genètica o la millora humana en pro d'un estat objectiu de salut no és necessàriament un maltractador, com Peter Singer pot insinuar amb el seu "principi preventiu": simplement valora diferents aspectes de la vida i entén (i respecta) la diversitat. Per l'altra banda, pel que fa al segon grup de qüestions que es poden veure afectades per aquest tercer prejudici, s'ha mostrat (crec) que acceptar inconscientment la concepció mecanicista pot portar a que l'estigmatització i l'aparició del pacient pre-simptomàtic, la prevenció patològica i la medicalització de la vida es donin sense que la societat se n'adoni, en pensar-se que 1) considerar que un individu està malalt no implica un judici de valor sobre la seva norma de vida, que 2) la prevenció no és més que un tipus de terapèutica necessària per garantir la salut i que 3) el que alguns consideren problemes personals i socials són, en últim terme, problemes d'una salut (ja) objectiva que, dic jo, sembla no perdre mai la gana.

Arribats a aquest punt, en què ja s'arriba al final d'aquest treball final de grau, s'han explicat ja les dues formes d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat [mecanicista i vitalista]; tot indicant que l'article d'*El Mundo* explica els fets a partir de la concepció mecanicista, la qual cosa es pot veure en la seva semàntica. S'han exposat també els tres prejudicis que porta amb si l'article, començant per l'acceptació inconscient de la concepció mecanicista, continuant, un cop exposada la concepció de Canguilhem, per l'acceptació sense reflexió d'un ideal normatiu particular com si fos un ideal universal establert per les lleis naturals i acabant, per últim, amb les conseqüències dels dos prejudicis en el posicionament davant els problemes

⁹⁸ Per a aquesta qüestió, vaig realitzar un treball anomenat: "CAMFIC, Spinoza i l'acceptació del dolor, la malaltia i la mort". A Pardini, 2014.

bioètics associats als fets explicats en l'article d'*El Mundo* (creant així un tercer prejudici). Dit això, sembla que només queda un fil pendent: que potser no s'ha donat consistència a la intuïció que el llenguatge podia ser perillós per a la llibertat intel·lectual. Donar algunes indicacions sobre com es podria explicar aquesta qüestió és un dels objectius del pròxim apartat. Un cop enllaçat aquest fil, i després d'una reflexió sobre el periodisme i la medicina, només quedarà una qüestió molt residual: una última reflexió sobre la salut, la malaltia i la normalitat. Abans, però, traslladem-nos momentàniament al llenguatge.

5.2. REFLEXIONS SOBRE LLENGUATGE, PERIODISME I MEDICINA

*“Tot un núvol de filosofia es condensa en una goteta de gramàtica”*⁹⁹. Aquesta era la meua sensació quan vaig llegir l'article d'*El Mundo* per primera vegada, i aquesta sensació es manté cada vegada que el llegeixo de nou: en les gotes de gramàtica de l'article es condensa tot un núvol de filosofia que, no obstant, passa desapercebut si hom no pren certa perspectiva. I és que, de la mateixa manera que hom només veu boira quan es troba enmig d'un núvol, qui llegeix l'article sense prendre distància amb el seu llenguatge es perd en la boira que la gramàtica d'aquest desprèn i, en la seva desorientació inconscient, acaba embruixat pel llenguatge i perd de vista tota càrrega que aquest pogués ocultar. És per aquesta raó que el llenguatge és portador de prejudicis, perquè la seva gramàtica s'aprofita de la intel·ligibilitat inconscient d'aquest per, en una boira densa, ocultar la seva càrrega de manera que l'home la incorpori de forma inconscient.

Però, la pregunta és: i com és que la gramàtica embruixa i, en el seu embruixament, provoca que l'home accepti sense adonar-se'n la càrrega que el llenguatge porta amb si, creant així els prejudicis esmentats? És a dir, què hi ha en la gramàtica que provoqui tal embruixament? Per respondre a aquesta pregunta és necessari recórrer a l'autor de la cita amb què es comença aquest apartat. Wittgenstein afirma:

“Allò que se'ns grava immediatament en l'ús d'una paraula és la manera com s'utilitza en la construcció de la frase, la part del seu ús –es podria dir– que es pot copsar amb l'oïda”.¹⁰⁰

Segons Wittgenstein, i com es pot veure en la cita, l'home quan sent una paraula copsa inconscientment (immediatament: sense mediació, sense consciència) la manera com aquesta s'utilitza en la construcció de la proposició, és a dir, en copsa la seva funció sintàctica (que en teoria està recollida en la gramàtica de l'oració). El problema que veu Wittgenstein és que algunes vegades allò que se'ns grava immediatament no es correspon amb la gramàtica real de l'oració en el seu ús particular, sinó que hi ha un desfalc entre el que apareix a primera vista com la gramàtica de l'oració i la gramàtica que, en el fons, regeix l'oració en qüestió. Wittgenstein sistematitza aquest desfalc amb la distinció entre gramàtica superficial i gramàtica profunda.¹⁰¹ Pel que fa la gramàtica superficial, el llenguatge es presenta com a uniforme, és a dir, es presenta de tal manera que sembla que totes les seves paraules s'utilitzin d'una mateixa manera en la

⁹⁹ Wittgenstein, 1992, p. 372.

¹⁰⁰ Wittgenstein, 1992, p. 287.

¹⁰¹ La distinció entre gramàtica superficial i profunda apareix al paràgraf 664. A Wittgenstein, 1992, p. 287.

construcció de les proposicions (independentment del context de proferència), com si les paraules amb la mateixa categoria gramatical exercissin sempre una mateixa funció sintàctica. Per Wittgenstein això no és així, i és per això que la gramàtica superficial no sempre mostra correctament com s'utilitzen les paraules en la construcció de les oracions. Segons el filòsof austríac, és necessari immersir-se en la gramàtica profunda, és a dir, observar el context en què es diuen les proposicions, perquè la funció real (i en cada cas) dels termes surti a la llum. Quan hom es perd en la distinció entre gramàtica superficial i gramàtica profunda (i, per tant, es queda en la gramàtica superficial i veu el llenguatge com a uniforme) roman, diu Wittgenstein, embuixat pel llenguatge.

Wittgenstein explica que si hom es deixa enganyar per aquesta gramàtica superficial i no es submergeix en la gramàtica profunda, creu que la funció (en general) del llenguatge és sempre descriure la realitat i interpreta dels usos de les paraules i de les proposicions (extretes del seu context) teories que no es segueixen d'ells si un té en compte la gramàtica profunda (tots els contextos en què els termes s'usen). Aquest fet, diu Wittgenstein, aboca a l'home a una sèrie de dubtes insensats, que el porten a preguntes encara més insensates que, a la seva vegada, demanen respostes (atractives però) d'una insensatesa flagrant. La pregunta, ara, és: i quines són aquestes insensateses? Narracions inventades que el filòsof creu necessitar per donar raó a la naturalesa descriptiva del llenguatge. Així, el fet de deixar-se embuixar per la gramàtica superficial, obliga, segons Wittgenstein, a comprometre's de forma inconscient amb una determinada concepció del món, de les persones i del llenguatge (crea, per tant, un prejudici). Quina és aquesta concepció? El cartesianisme. Així, la filosofia, segons com l'entén Wittgenstein, ha d'evitar que l'home caigui en el cartesianisme de forma inconscient a causa de la confusió entre gramàtica superficial i gramàtica profunda. Per tant, la filosofia orienta al filòsof en la seva confusió entre gramàtica superficial i profunda i, així, l'ajuda a supera els prejudicis lligats a la mala interpretació del llenguatge esmentada.

I aquí es pot veure clarament la relació entre les tesis de Wittgenstein i les que s'han exposat en aquest treball, de manera que la intuïció sobre l'embuixament del llenguatge en l'article d'*El Mundo* pren sentit per si sola. I és que no puc deixar d'establir un vincle entre les tesis de Wittgenstein aquí presentades i la decisió conceptual inconscient que produeix el primer prejudici explicat en relació a l'article d'*El Mundo*, a saber: entendre la salut, la normalitat i la malaltia des de la concepció mecanicista i, pensar, per tant, que aquests termes descriuen sempre un estat objectiu del cos, i mai un estat subjectiu. I és que com s'havia esmentat sembla que en l'article s'entenen 'els nadons tenen salut', 'els nadons són normals' i els 'nadons estan malalts' com a 'els nadons tenen dos ulls', 'els nadons són com la majoria de nadons' i 'els nadons tenen un ull borni'. En aquell moment s'havia explicat que això passava perquè s'acceptava de forma inconscient la concepció mecanicista. Pot ser, però, que s'accepti la concepció mecanicista també perquè s'entenen tals proposicions de la forma aquí anunciada? És a dir, pot ser que pel fet que els dos grups de proposicions tinguin respectivament la mateixa gramàtica superficial, i que el segon grup descriu estats objectius del cos, es pressuposi que el primer també n'ha de descriure? Pot ser que això porti a pensar que l'únic joc del llenguatge vàlid és el mecanicista, i que porti a oblidar el joc que en últim terme proposa

Canguilhem (que és el joc del poble, del dia a dia)? Si fos així, el llenguatge seria portador de prejudicis en l'article d'*El Mundo* a causa d'una confusió entre gramàtica superficial i gramàtica profunda. Així, si hom s'immergís en la gramàtica profunda de les proposicions 'els nadons tenen salut, 'els nadons són normals' i els 'nadons estan malalts' veuria que, a diferència del que pot semblar a causa de l'engany de la gramàtica superficial, moltes vegades s'usen i s'entenen com 'els nadons són bons', 'els nadons segueixen una norma' i 'els nadons són dolents', encara que la gramàtica superficial sigui diferent. En la immersió en la gramàtica profunda, la salut, la malaltia i la normalitat descriuen normalment estats subjectius.

Tot i això, com ja he anunciat en l'apartat anterior, en contra del que pensava en un primer moment no crec que els prejudicis esmentats es creïn només a partir d'aquesta confusió entre gramàtica superficial i gramàtica profunda (i que s'accepti la concepció mecanicista només per aquesta confusió). I és que crec que aquesta confusió entre gramàtica superficial i gramàtica profunda es genera també perquè s'accepta inconscientment la concepció mecanicista. En aquest sentit, els dos processos es retro-alimenten, ja que la concepció mecanicista s'accepta encara més quan tal confusió entre gramàtica superficial i profunda sembla corroborar que la salut, la malaltia i la normalitat només descriuen estats objectius.

Sigui com sigui, el que sí està clar és que el llenguatge no és mai innocu, sinó que porta amb si una càrrega de la qual és necessari prendre'n consciència, si no es vol caure en els prejudicis esmentats al llarg del treball. La pregunta que jo em faig és: n'és conscient el periodisme? N'és conscient la medicina? La resposta per mi és clara, tot i que no em trobo en condicions de poder-la demostrar. En la meua opinió: no en són conscients. És per això (crec) que la medicina proposa inconscientment en els seus llibres i manuals una forma d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat, encara que alguns metges rebutjarien les conseqüències d'acceptar només aquesta concepció. Un exemple es pot trobar en el manual *Genètica Mèdica*, en què Rafael Oliva explica els problemes bioètics relacionats amb la genètica des de la concepció mecanicista; la qual cosa, com s'ha pogut veure, en alguns casos condiona el posicionament respecte a ells i, en altres, els agreuja en tant que impedeix veure que la possibilitat que aquests plantegen ja s'ha fet real. En aquesta línia, no deixa de ser rellevant el fet que el Grau en Medicina a la Universitat de Girona només té en sis anys una assignatura que pot intentar mostrar una manera diferent d'entendre la salut, la malaltia i la normalitat a l'establerta. Aquesta assignatura és la de Bioètica, que es troba però com un oasi en un desert, i evidentment no es pot centrar només en tractar una qüestió com la que en aquest treball s'ha presentat.¹⁰² Amb una assignatura com "Filosofia de la Medicina", per exemple, que es centrés en la lectura de *Lo normal y lo patológico*, de Canguilhem, molt més fàcil per estudiants de medicina, es podria almenys fer trontollar la manera actual d'entendre la tríada protagonista i, d'aquesta manera, almenys s'evitarien els prejudicis que s'han exposat al llarg del treball. Dit això, és cert que la medicina sol tenir altres qüestions a preocupar-se que el llenguatge i els seus prejudicis.

¹⁰² Consultat a: <http://www.udg.edu/tabid/13296/default.aspx?idpla=3109G0111&anyacad=2011>. [11/05/2015 ; 11:06]

Però el periodisme no: el llenguatge és la seva única eina i no es pot entendre que no sigui conscient de la seva càrrega, i menys si es té en compte que hi ha una llarga sospita sobre el llenguatge, que comença en la modernitat amb Wilhem von Humboldt, i continua amb Nietzsche, Heidegger i Wittgenstein (per posar alguns exemples). I aquí un lector podria dir: però bases la teva crítica al periodisme en un únic article d'una periodista que no sabem ni qui és ni la seva reputació? Primer de tot, s'ha de dir que Ainhoa Iriberry, l'autora de l'article, és considerada una de les millors periodistes científiques de l'actualitat i, en aquest sentit, va rebre el 2013 el premi Boehringer Ingelheim, per un article a la revista *Muy Interesante*, però també com a reconeixement a la seva llarga trajectòria professional en el periodisme biomèdic (escrit).¹⁰³ Però és que, a més a més, es va buscar la notícia (ja en aquell primer treball de Bioètica) en sis mitjans¹⁰⁴ diferents (de tendència molt diversa) i en tots s'explicaven els fets de la mateixa manera, i induint als mateixos prejudicis.¹⁰⁵ La pregunta és: per què? Crec que la resposta es troba en què el periodisme, com la societat en general, té tant acceptada la concepció mecanicista com la única possibilitat que no pot ser conscient dels prejudicis esmentats: el periodisme només es preocupa per explicar els fets objectivament, de fer honor a la ciència; de les càrregues i dels prejudicis se n'ha d'ocupar el filòsof (que és qui, sembla que diguin alguns, les crea).

Sóc conscient de les grans limitacions d'aquesta petita crítica al periodisme i la medicina, que es basa més en meres intuïcions que no en un coneixement sòlid sobre el tema. Tot i això, no podia acabar aquest treball sense plantejar aquesta qüestió, i deixar aquesta porta oberta. I és que, de la mateixa manera que les intuïcions d'aquell primer treball de l'assignatura de Bioètica em van portar a aquest treball final de grau, qui sap on em portaran aquestes noves intuïcions.

5.3. REFLEXIONS SOBRE NORMALITAT, SALUT I MALALTIA

Seguint amb l'esperit de l'apartat anterior, aquest últim apartat d'aquest treball final de grau també vol plantejar una última intuïció que, en un futur (pròxim o llunyà), pot ser interessant estudiar. Si es recorda, s'havia afirmat que de la concepció de Canguilhem es seguia certa relativitat col·lectiva pel que fa a la salut i a la malaltia, en tant que en últim terme són normes individuals valorades de forma positiva o negativa pel subjecte en base a si li permeten fer allò que ell considera valuós en un medi determinat. Tot i això, també s'havia afirmat que, tot i aquesta relativitat, la fisiologia i la medicina no havien de canviar la seva funció, sinó simplement els "aires" amb la qual l'exercien. La pregunta és: com és, doncs, que la fisiologia i la medicina poden continuar pensant en un mena d'ideal normatiu conjunt a descobrir o a recuperar (respectivament) si s'accepta aquesta relativitat col·lectiva? Per què poden continuar jugant al

¹⁰³ Consultat a: <http://www.elmundo.es/salud/2013/11/22/528f54430ab740a2588b4589.html>. [11/05/2015 ; 11:27]

¹⁰⁴ ABC, El Punt Avui, La Vanguardia, El Periódico i ARA (a més a més d'El Mundo). Si es vol es poden trobar a la bibliografia.

¹⁰⁵ A més a més, dos articles científics, on el segon és l'article original on van sortir explicats els fets per primera vegada, també utilitzaven una terminologia semblant. "Twins born with no hereditary pathology", de Joaquina Navarro, i "First successful double-factor PGD for Lynch syndrome: monogenic analysis and comprehensive aneuploidy screening" de G. Daina, L. Ramos, Obradors, M. Rius, O. Martinez-Pasarell, A. Polo, J. del Rey, J. Obradors, J. Benet i J. Navarro. A Navarro, 2012 i Daina, et al., 2012.

seu joc del llenguatge? Perquè aquesta relativitat és *a priori* i, per tant, res impedeix que, de fet, els ideals normatius particulars volguts siguin comuns si el que valoren els subjectes per a la seva vida és el mateix. En aquest sentit, no puc deixar d'establir una altra relació entre Wittgenstein i Canguilhem, en aquest cas relacionant la concordança amb les *formes de vida* (que el filòsof austríac explica a les *Investigacions Filosòfiques*) i la concordança amb les *normes de vida* (que el filòsof francès explica implícitament a *Lo normal y lo patológico*). Així, de la mateixa manera Wittgenstein explica que concordem en les *formes de vida* (parlar, per exemple) perquè “certs fets naturals molt generals”¹⁰⁶ es mantenen, els éssers humans concordem en les *normes de vida* també perquè el medi natural en el qual estem i en el qual de forma general volem adaptar-nos-hi (en tant que valorem la supervivència) també es manté.¹⁰⁷ Així doncs, el fet que siguem agents que volem sobreviure en un medi natural semblant amb agents i objectes semblants, amb els quals ens hem d'interrelacionar, podria ser una explicació bastant interessant a la concordança entre ja no només de les *formes de vida*, sinó també de les *normes de vida*. D'aquesta manera, la fisiologia i la medicina podrien actuar com si el seu objecte fos de fet general, tot sabent, però, que en últim terme no hi ha cap ideal normatiu universal, sinó una coincidència en el fet que es pot trencar en qualsevol moment. Així, es conservaria la gran utilitat que han demostrat la fisiologia i la medicina, tot garantint que la diversitat sigui sempre respectada i que, encara que l'ideal normatiu estigui creixent exponencialment en l'actualitat, sempre es pugui dir, si es vol, que no a descartar, ja no uns embrions per tenir síndrome de Linch, que com s'ha dit es troben en el límit, sinó a descartar-los per tenir síndrome de Down, per no ser suficientment alts o, qui sap si algun dia, per interessar-se per qüestions com la filosofia.

¹⁰⁶ Wittgenstein, 1992, p. 383.

¹⁰⁷ En tant que l'ésser viu busca persistir, el subjecte tendeix a valorar allò que li garanteix la supervivència. Dit això, també podria ser interessant, seguint aquesta línia, mostrar la correspondència entre les formes de vida primitives i les normes de vida que busquen l'adaptació al medi natural i les formes de vida més complexes i les normes de vida que volen adaptar-se al medi social.

6. BIBLIOGRAFIA

OBRES

- Canguilhem, G. (1971). *Lo normal y lo patológico*. (R. Potschart, Trad.) Buenos Aires: Siglo xxi editores.
- Canguilhem, G. (1976). Lo normal y lo patológico. En G. Canguilhem, *El conocimiento de la vida* (F. Cid, Trad., p. 183-200) Barcelona: Anagrama.
- Canguilhem, G. (1976). *El conocimiento de la vida*. Barcelona: Anagrama.
- Canguilhem, G. (2004). *Escritos sobre medicina*. (I. Agoff, Trad.) Buenos Aires: Amorrortu.
- Farreras, P. (2012). *Medicina Interna* (17 ed., Vol. 2). Barcelona: Elsevier.
- Nietzsche, F. (1985). *El viajero y su sombra*. (C. Vergara, Trad.) Madrid: Edaf.
- Oliva, R., Ballesta, F., Oriola, J., & Clària, J. (2008). *Genètica Mèdica*. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Rose, N. (2013). Las políticas de la vida en el siglo XXI. A A. Q. Feixas (Ed.), *El Trasfondo biopolítico de la bioética* (p. 19-33). Girona: Documenta Universitaria.
- SEOM. (2006). *Cáncer hereditario*. Madrid.
- Wittgenstein, L. (2009). *Cuadernos de notas (1914-1916)*. (J. D. Alonso, Trad.) Madrid: Síntesis.
- Wittgenstein, L. (1992). *Investigacions filosòfiques*. (J. M. Terricabras, Trad.) Barcelona: Edicions 62.

ARTICLES

- Armora, E. (8 / 11 / 2012). Una técnica pionera de diagnóstico genético libera a dos bebés del riesgo de sufrir cáncer de colon. *ABC*.
- Barcelona, A. (8 / 11 / 2012). Neixen els primers bessons sense predisposició a patir. *Ara*.
- Ciércoles, M. (8 / 11 / 2012). Alliberen dos nadons del risc genètic de tenir càncer de còlon. *El Punt Avui*.
- Daina, G., Navarro, J., del Rey, J., Ramos, L., Benet, J., Rius, M., et al. (1 / Juliol / 2012). First successful double-factor PGD for Lynch syndrome: monogenic analysis and comprehensive aneuploidy screening. *Clinical Genetics*, 84(1), 70-73.
- Gallardo, À. (8 / 11 / 2012). Sant Pau i Puigvert logran el primer nacimiento de bebés libres de predisposición a sufrir cáncer de colon. *El periódico*.
- Iriberry, A. (8 / 11 / 2012). Bebés liberados de un cáncer de colon. *El Mundo*.
- Macpherson, A. (8 / 11 / 2012). Dons nadons neixen lliures de càncer de còlon hereditari. *La Vanguardia*.

Mittelbrum, C. P. (2008). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. A C. Ponte, V. Martínez, R. Huertas, R. Cobo, C. Amorós, & A. González, *Salud y Ciudadanía* (p. 12-18). Gijón.

Navarro, J. (2012). *Twins born with no hereditary pathology*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

Singer, P. (2002). De compras por el supermercado genético. *Isegoría*, 27, 19-40.

DOCUMENTS I TREBALLS

CAMFIC. (2006). Malats de salut. *Document del grup de qualitat de la CAMFIC*, 24.

Puntí, X. (2014). *Salut, Bellesa i Ànima: una arqueologia de la cirurgia estètica*. Girona. [Treball final de Grau del Grau en Filosofia de la Universitat de Girona (Setembre 2015)]

Pardini, P. (2014). *CAMFIC, Spinoza i l'acceptació del dolor, la malaltia i la mort*. Girona. [Treball final de l'assignatura Bioètica del Grau en Filosofia de la Universitat de Girona (Setembre 2015)]

LLEIS, DECLARACIONS I CONVENIS:

Constitució Espanyola; Cortes Generales (1978).

Convenio de Oviedo; Jefatura del Estado (1999).

Declaració Internacional sobre Dades Genètiques Humanes; UNESCO (2003).

Declaració Universal sobre el Genoma i Drets Humans; UNESCO (1997).

“Ley BOE – 14/2006, de 26 de mayo de 2006, sobre tècniques de reproducció assistida.

“Ley Orgánica – 1/1982, de 5 de mayo, de protecció civil del dret a l'honor, a la intimitat personal i familiar y a la pròpia imatge”

WEBGRAFIA

http://www.cnrha.msssi.gob.es/normativa/pdf/Ley_14_2006.pdf

<http://dlc.iec.cat/results.asp?txtEntrada=estigma&operEntrada=0>

http://www.boe.es/boe_catalan/dias/1982/12/31/pdfs/A00057-00059.pdf

<http://www.boe.es/boe/dias/1999/10/20/pdfs/A36825-36830.pdf>

<http://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>

http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=17720&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13177&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

<http://www.udg.edu/tabid/13296/default.aspx?idpla=3109G0111&anyacad=2011>

<http://www.elmundo.es/salud/2013/11/22/528f54430ab740a2588b4589.html>

7. ANNEXOS

A Iriberry, A. (8 / 11 / 2012). Bebés liberados de un cáncer de colon. *El Mundo*. [En la pàgina següent es pot trobar l'article original].