

La salud y la enfermedad

Pedro Laín Entralgo

Catedrático de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

De la Real Academia Española.

Siempre ha preocupado a los hombres el estado de su salud; y aunque con notables oscilaciones históricas, porque no todas las culturas han estimado de igual manera su valor, siempre la salud ha sido para la humanidad uno de los bienes terrenales más importantes. Nunca, sin embargo, ha sido tan altamente valorado ese bien como en nuestro tiempo, y con toda elocuencia lo demuestran dos visibles hechos de la vida actual: uno de orden privado, el tiempo y el dinero que cada hombre dedica al empeño de mantenerse sano, y otro de carácter público, el esfuerzo económico y la organización administrativa que la sociedad y el Estado ponen en juego para conservar la salud y curar la enfermedad, si ésta sobreviene. En el frontispicio de la colosal Exposición de la Higiene celebrada en Dresde el año 1911, podía leerse esta inscripción: "¡Ninguna dicha te iguala, oh Salud!" Pese a la grande y perturbadora importancia social de la droga, con la cual muchos buscan el placer y la evasión a costa de la salud, la contemplación de la sociedad actual en su conjunto permite afirmar que en la gran mayoría de ella sigue vigente la exclamación de quienes en 1911 planearon esa Exposición de Dresde. Vale la pena, pues, formarse una idea precisa de lo que, tal y como hoy las vemos, son la salud y la enfermedad.

Idea de la salud

Esta es la pregunta inmediata: ¿cuándo puede decirse que un hombre está sano? Dirigida a una persona cualquiera, a uno de los que solemos llamar "hombres de la calle", esa interrogación tendrá muchas veces una respuesta más o menos parecida a la siguiente: "Yo pienso que estoy sano cuando siento que lo estoy; es decir, cuando en mi cuerpo no me duele ni me molesta nada, y cuando puedo hacer sin pena todo aquello que para ser yo mismo, la persona que yo soy, debo o quiero hacer: comer lo que me gusta, trabajar en mi profesión o en mis estudios, hacer el deporte que corresponde a mi edad, viajar, etc."

Basta un minuto de reflexión, sin embargo, para advertir que esa idea de la salud no es correcta, porque yo puedo sentirme perfectamente sano y tener en alguno de mis órganos internos una lesión —por ejemplo, un cáncer que empieza a desarrollarse o una acumulación de microbios patógenos—, que al cabo de pocos meses, pocas semanas, acaso pocos días, haga de mí un enfermo y me obligue a acudir al médico. En tal caso, ¿acertaba cuando, por sentirme bien, decía yo con seguridad: "Estoy sano"? Evidentemente, no, y tal es la razón por la cual se ha hecho tan frecuente en nuestro tiempo la práctica de lo que con un ya inevitable anglicismo suele llamarse "chequeo" (*chek-up*): el examen médico, sólo por vía de precaución, del estado de nuestro organismo. Práctica ésta especialmente frecuente en los países desarrollados y en los medios sociales económicamente más favorecidos.

Moviéndose en un nivel superior al del hombre de la calle, la Organización Mundial de la Salud, organismo internacional dependiente de las Naciones Unidas, propuso hace años que la definición de la salud abarcase dos términos complementarios: por una parte, la ausencia de enfermedad; por otra, la existencia de un completo bienestar físico, mental y social. Bienestar completo y no-enfermedad serían, pues, las condiciones necesarias y suficientes para poder decir: "Estoy sano."

A poco que se piense, sin embargo, pronto se advierte que esa definición de la salud peca de extremada y aún de utópica. Quien ocasionalmente ha de residir en un ambiente demasiado cálido o demasiado fétido, vive con malestar físico, mas no por eso deja de estar sano, como también puede estar sano el alumno que no sabe responder a la pregunta que le hacen en el examen, pese a su malestar mental, y como, pese a su habitual malestar social, puede estarlo el obrero manual que vive en una sociedad injusta. La ambiciosa definición propuesta por la OMS es un ideal al que la sociedad y el individuo deben aproximarse todo cuanto puedan, pero no una fórmula que exprese adecuadamente lo que en la vida real del hombre solemos llamar "salud".

Para pasar, en lo tocante a nuestro problema, del ideal deseable a la realidad aceptable, es preciso, pues, tener en cuenta todo lo que sigue:

1.º Es necesario distinguir entre *salud perfecta* o *ideal* y *salud relativa* o *real*. Sólo a título de exageración convencional puede uno decir: "Yo estoy perfectamente sano." Es seguro que un examen exigente y detenido del organismo del hombre que así habla —pese a molestias leves y pasajeras, radiografías, análisis de laboratorio, etc.—, permitirá descubrir alguna pequeña anomalía enteramente compatible con una vida notoriamente sana o normal. Con humor, pero también con verdad, un distinguido médico americano ha escrito hace poco: "Una persona sana es una persona que no ha sido suficientemente explorada." En suma: mejor o peor, nuestra salud real es siempre una salud relativa.

2.º Para diagnosticar la salud —esto es: para poder afirmar con seguridad que un hombre está sano—, es preciso tener en cuenta hasta cinco hechos distintos: *a)* Un relativo bienestar en el sentimiento del propio organismo y en el ejercicio de las funciones psíquicas. *b)* Una relativa normalidad en la forma y en la estructura del cuerpo, entendiéndolo por normalidad la desviación no excesiva respecto de las imágenes y las cifras mensurativas a las que estadísticamente se atribuye un valor normal o medio. *c)* Una relativa normalidad en el curso de las funciones orgánicas según los datos obtenidos mediante los análisis de laboratorio. Por ejemplo: pueden considerarse normales las cifras relativas a la concentración de glucosa en la sangre comprendidas entre 0,8 y 1,2 por 100, y deben considerarse anormales o patológicas las cifras por encima y por debajo de esos dos límites. *d)* Una relativa normalidad del rendimiento del individuo en la práctica de sus actividades habituales —trabajo, deporte, comidas, viajes, etc.— y en la ejecución de los esfuerzos extraordinarios que a veces exige la vida. *e)* Una relativa normalidad, en fin, en la conducta dentro del medio social en que uno vive.

3.º La posesión de la salud, entendida ésta como relativa, y establecida según los cinco puntos de vista antes consignados, nunca será verdaderamente completa si, como enseña un ilustre médico alemán, el titular de ella no es capaz de responder satisfactoriamente a la pregunta: "Salud, ¿para qué?" Porque a la normalidad de la vida humana pertenece también una relativa adecuación entre el buen estado del cuerpo y el alma, por una parte, y los fines que la persona en cuestión se haya propuesto alcanzar o por cuyo logro se vea obligado a esforzarse, por otro. Un nuevo ejemplo: tanto objetiva como subjetivamente, no es lo mismo la salud de un peón de albañil que la de un filósofo o un poeta, ni la de un boxeador que la de una monja carmelita.

En resumen, pues, la salud real se halla integrada: subjetiva-

mente, por un sentimiento de relativo bienestar respecto del propio cuerpo y la propia vida ; objetivamente, por una relativa normalidad en la forma y en la estructura del organismo, en los datos y cifras que dan expresión a las distintas actividades y funciones fisiológicas y psicológicas, en el rendimiento vital y social de la persona en cuestión y en el ajuste de la conducta al mundo social e histórico a que esa persona pertenezca. Lo cual quiere decir que entre lo que habitualmente llamamos “salud” y lo que habitualmente llamamos “enfermedad” hay una transición continua. O, con otras palabras, que no es posible señalar una línea precisa que permita decir: “Hasta aquí, la salud ; desde aquí, la enfermedad.”

Idea de la enfermedad

Nada más fácil que decir: “Este hombre está enfermo.” Y de decirlo con acierto, ante un hombre que vomita sangre, padece una fiebre muy alta o tiene paralítico uno de sus miembros. Hay otros muchos casos, sin embargo, en que no será tan fácil el establecimiento de ese juicio, ni podrá ser tan firme la seguridad del acierto. En ellos es donde se hace patente esa transición continua entre el “estar sano” y el “estar enfermo” más arriba señalada.

Cuatro son las principales situaciones en que el problema puede presentarse :

1.º Depende una del grupo cultural y del nivel socioeconómico a que el individuo pertenece. En ciertas tribus de América del Sur no se atribuye carácter morbozo, sin duda por su gran frecuencia y su relativa levedad, a la enfermedad llamada *pinto*, una espiroquetosis con cambios en la coloración de la piel. Naturalmente, en una sociedad civilizada nadie pondría en duda la condición patológica de dicho trastorno. El estudio de la actitud de los llamados pueblos primitivos ante el hecho de la enfermedad —de lo que para las sociedades cultas es enfermedad— ha permitido descubrir discrepancias semejantes a esa.

Mas también en el seno de las sociedades civilizadas es posible descubrirlas. En los Estados Unidos ha sido estadísticamente estudiada la relación entre la clase social de que la persona es parte y la atribución de carácter morbozo a determinados síntomas. A título de ejemplo, citaré dos de los resultados obtenidos. Los dolores articulares y musculares no muy intensos son considerados como enfermedad por el 80 por 100 de quienes los padecen, cuando la persona afecta pertenece a las clases económicamente elevadas, y sólo por un 19 por 100 cuando pertenece a las clases económicamente bajas. Cifras análogas han sido encontradas en lo relativo a la tos leve y pertinaz: 77 por 100 entre las clases altas, 23 por 100 entre las bajas. Lo cual quiere decir dos cosas; que hay un cierto número de personas para las cuales un dolorcillo muscular más o

menos prolongado y una tosecilla más o menos duradera *no son* enfermedad; y que ese número —sin duda porque, como suele decirse, “los pobres aguantan más”— es mucho mayor en las pertenecientes a las clases económicamente inferiores.

2.º El carácter y la educación de quien sufre la molestia que puede dar lugar al sentimiento de estar enfermo. Es bien conocido, por ejemplo, el hecho de que las mujeres sobrellevan el dolor físico mejor que los varones; hecho que, como es obvio, da lugar a que entre aquéllas ciertos dolores poco intensos sean vividos con frecuencia dentro de un convencional “estado de salud”. Hay, por otra parte, individuos a quienes la menor contrariedad o el más leve conflicto moral producen desórdenes digestivos, circulatorios o nerviosos. En el momento en que los estén padeciendo, ¿cómo llamaremos a esos individuos, sanos o enfermos? O bien, pasando del carácter a la profesión y la educación: ¿dónde acaba el “estar sano” y empieza el “estar enfermo” para un sufrido campesino y para una hipersensible *prima donna*?

3.º La cuantía objetiva de la desviación de la normalidad, cuando es un médico quien la determina, y la relación entre ella y el estado subjetivo del presunto enfermo. Como antes se dijo, la normalidad del resultado de un análisis de laboratorio —cifra de la glucosa, del ácido úrico o de la urea en la sangre, etc.— o de una determinación clínica instrumental —temperatura de la piel, tensión sanguínea, etc.— se halla siempre dentro de un margen más o menos amplio. Pues bien: imaginemos el caso de una persona que dice al médico: “Mire, doctor, yo no me encuentro muy bien, pero no puedo decir que esté enfermo.” Y que, convenientemente explorada, no ofrece resultados que se apartan mucho de los valores comúnmente tenidos por normales. En tal situación, ¿qué hará el médico: decir que ese hombre no está enfermo, afirmar que lo está o pensar que se encuentra en un estado intermedio entre la salud y la enfermedad?

4.º Ciertos casos de ese peculiar modo de enfermar, tan frecuente hoy, al que médicos y profanos dan el nombre de “neurosis”. Se trata de desórdenes orgánicos y psíquicos en los cuales no es posible encontrar, como causa inmediata de ellos, una lesión del organismo, y que se hallan determinados por la existencia de conflictos —sexuales, familiares, sociales, morales, etc.— en la vida de quien los padece. En muchas ocasiones, el carácter patológico de la neurosis no ofrecerá la menor duda; pero basta lo indicado para advertir que en algunas no será tan fácil la solución, porque el médico vacilará entre las tres siguientes posibilidades: pensar que el desorden en cuestión es una auténtica neurosis, y por tanto, una verdadera enfermedad; afirmar que la persona afecta es víctima de una excesiva sensibilidad a las contrariedades y disgustos, y que tal sensibilidad pertenece a su modo de “ser normal”, y en consecuencia de “estar sana”; sospechar que se trata de una simulación

más o menos inconsciente, esto es, de una reacción de la persona que, con deliberación previa o sin ella, le sirve para salir del paso en una situación difícil y enojosa.

Como se ve, son relativamente frecuentes los casos en que se hace patente la transición continua entre el estado de salud y el estado de enfermedad; realidad que también se pone de manifiesto en el hecho de que, salvo en los accidentes súbitos, como el infarto de miocardio o la hemorragia cerebral, el estado de enfermedad va estableciéndose poco a poco desde el inicial estado de salud. Ahora bien, el carácter continuo de esa transición no impide que, en el momento en que la enfermedad propiamente dicha comienza, aquél en que el paciente tiene fiebre muy alta o vomita sangre, su “Yo estoy enfermo” y el “Este hombre está enfermo” del médico puedan ser pronunciados con toda certidumbre.

Cuando a fines del siglo pasado y a comienzos del nuestro empezaron a ser verdaderamente eficaces los medicamentos y las vacunaciones, surgió en muchas almas la esperanza de que en un plazo no muy dilatado la enfermedad desaparecería de la superficie del planeta. Pero pasan años y años, y desgraciadamente no se va realizando esa ilusión. Es cierto, sí, que la frecuencia de determinadas enfermedades, especialmente las infecciosas, ha disminuido espectacularmente; pero el número de otros modos de enfermar—tumores benignos y malignos, enfermedades cardiovasculares, degenerativas y por desgaste, infecciones virales, traumatismos, depresiones, neurosis— parece ir en claro aumento, bien porque, al ser mucho mayor el número de personas que rebasan los sesenta años, se presentan ante el médico trastornos menos frecuentemente observados cuando la esperanza de vida del hombre era menor, bien porque el género de vida de la humanidad actual y la fuerte resistencia de los virus y de algunas razas de microbios a los antibióticos más poderosos, se concitan para que aparezcan dolencias más o menos nuevas. Con lo cual el requerimiento de la asistencia médica por parte de la sociedad actual ha aumentado, en lugar de disminuir. Y no parece que las cosas vayan a cambiar al iniciarse el siglo XXI.

Veamos ahora cuál es la actitud de nuestra época ante la salud y la enfermedad, y qué es lo que los individuos, la sociedad y el Estado hacen para conservar aquélla y librarse de ésta.

La estimación de la salud

Hice notar al comienzo de estas páginas que el bien de la salud, siempre valioso para el hombre, nunca ha sido tan estimado como en nuestro tiempo. No puede extrañar, pues, que desde la segunda mitad del siglo pasado cada vez haya sido mayor el ahínco con que los recursos de la ciencia y la técnica han sido puestos al servicio de la conservación de la salud. Hace ya como setenta años, escribía

el gran médico norteamericano Harvey Cushing: “El doctor Libra, de la calleja de la Cura, ha sido sustituido por el doctor Onza, de la calle de la Prevención”; frase en la cual queda muy claramente expresada la esperanza de ver cómo en muy corto plazo el médico sanador sería desplazado por el médico sanitario. No ha sido así, a pesar del inmenso desarrollo que la sanidad pública ha experimentado a lo largo del siglo xx. Pero todo lo ocurrido demuestra a las claras el motivo central de esta reflexión: la enorme importancia que tiene hoy para todos —el individuo, la sociedad, el Estado— el hecho de estar y sentirse sanos los hombres.

No sólo es cuantitativa tal novedad, no sólo atañe a la cuantía del general interés de nuestro tiempo por la salud; depende también de tres notas muy acordes con la actual vida histórica del hombre: la creciente consideración de la salud como resultado de una acción técnica; la visión de ella como objeto de derecho y deber; el descubrimiento del valor que la relación interhumana tiene para conseguirla y mantenerla.

Que la posesión de buena salud es en muy buena parte, como se ha creído siempre, un don de la naturaleza, y que la mala salud es de ordinario una calidad impuesta por ella, nadie lo pone hoy en duda. Pero desde que la higiene y las medidas profilácticas han comenzado a tener la importancia que hoy tienen, todos sabemos que estar sano es en muy alta medida la consecuencia de las medidas técnicas que nosotros mismos y la sociedad de que somos parte hemos adoptado para que el fuerte por naturaleza siga siéndolo y el débil o enfermizo llegue a ser fuerte. No hay duda: hoy, y cada día en mayor medida, la salud es para el hombre el resultado de una serie de acciones ideadas por la inteligencia humana.

Paralelamente a este proceso, y en buena parte como consecuencia de él, hoy la salud es simultáneamente objeto de derecho y materia de deber. Puesto que hasta cierto punto la salud puede fabricarse, y puesto que el poseerla es un bien tan valioso, parece natural que el derecho a estar sano —con las excepciones de rigor: las enfermedades a las que todavía hemos de considerar inevitables— haya llegado a ser uno de los llamados “derechos humanos”. Una sociedad civilizada no es hoy concebible sin la general conciencia de él. Y recíprocamente: puesto que la enfermedad es frecuentemente producida por la relación con los demás hombres —no sólo porque puedan contagiarnos la dolencia que padecen, también por obra de muy diversas acciones, desde el ruido hasta la contaminación de la atmósfera—, el hombre, en bien de la salud de los demás, tiene el deber social de estar sano y de evitar que el ambiente que le rodea pueda ser causa de esa enfermedad. Si, como con razón se dice, la libertad de cada uno debe terminar donde empieza la libertad de los demás, igual habrá de decirse que la salud de una persona debe prolongarse hasta la procura de la salud de las personas que la rodean.

Desde fines del siglo XVIII se viene afirmando que la pobreza engendra enfermedad. Nada más cierto. En las clases económicamente menesterosas, el riesgo de enfermar es mayor que en las clases económicamente acomodadas, y consiguientemente es menor la esperanza de vida. De ahí la enorme importancia que el imperativo de la justicia social tiene en la lucha por la buena salud de los hombres. Mas no sólo carácter económico posee el factor social de la promoción de la salud; posee también carácter afectivo. Desde hace varios decenios, toda una serie de estudios científicos ha demostrado que la formación y el desarrollo del recién nacido en un ambiente protector y amoroso —ese que Rof Carballo ha denominado “urdimbre afectiva”— ejercen muy notable influencia en el logro de una buena salud duradera; y que, por contraste, la falta de atención y afecto en las primeras etapas de la vida disminuye la resistencia del individuo a la enfermedad. Completando, pues, lo anteriormente indicado, debe afirmarse que en la promoción social de la salud son dos los recursos principales, la técnica y el amor.

Procura de la salud y lucha contra la enfermedad

Mucho vienen haciendo la sociedad y el Estado, desde hace más de un siglo, para conservar y mejorar la salud de los ciudadanos. Para advertirlo, bastará la mención de algunos de los recursos en juego —ingeniería sanitaria, higiene infantil, depuración de aguas, vigilancia de la pureza de los alimentos y del buen orden de la dieta, vacunaciones preventivas, difusión de la educación física y el deporte, etc.— y, lo que todavía es más demostrativo, el recuerdo de algunas elocuentes cifras estadísticas. Hace cien años, en Nueva York morían precocemente 385 niños de cada 1.000 nacidos, y hoy mueren menos de 30; durante el decenio 1919-1929 había en dicha ciudad 1.290 defunciones anuales por difteria, y hoy se producen menos de 5; hace poco ha anunciado la Organización Mundial de la Salud la total desaparición de la viruela en el planeta; en 1500, la duración media de la vida o esperanza de vida del europeo era de 25 años, en 1870 de 39, en 1900 de 49, y en la actualidad de casi 75. La eficacia de la medicina y la higiene ha sido, como se ve, extraordinaria. Con todo, ¿puede decirse que la lucha contra la contaminación del ambiente, a la que tanto contribuye la industria actual, haya alcanzado el nivel deseable?

Algo semejante puede y debe decirse de la asistencia médica a la enfermedad. Hace siglo y medio, tal asistencia era técnica y socialmente muy insatisfactoria. Técnicamente, porque la eficacia de los recursos terapéuticos entonces disponibles solía ser bien escasa. “No hacer nada es lo mejor que puede hacer el médico”, decían, no con excesiva exageración, algunos eminentes doctores de aquella época. Socialmente, porque, vista con la sensibilidad de nuestro

tiempo, la atención a las enfermedades de las personas económicamente menesterosas —las que por necesidad habían de acudir a los hospitales llamados “de beneficencia”— daría verdadero horror. No otra es la impresión que en nosotros produce leer lo que la vida del enfermo era en uno de esos hospitales: el *Hôtel-Dieu* de París, el *Allgemeines Krankenhaus* de Viena o el Hospital General de Madrid.

Pues bien, tanto en el orden técnico como en el orden social, el progreso ha sido espectacular. En el orden técnico, porque los avances de la terapéutica —medicamentos químicos, suero y vacunas, antibióticos, desarrollo de la cirugía— han sido portentosos. En los primeros años de nuestro siglo, ningún médico hubiese creído posible que se abriese quirúrgicamente un corazón para implantar en él una válvula artificial, o que un par de inyecciones bastase para curar la pulmonía, la fiebre tifoidea y la meningitis. En el orden social, porque muchos de los hospitales en que los trabajadores reciben hoy asistencia médica pueden ser equiparados sin desdoro a los buenos sanatorios privados. Desde la segunda mitad del siglo XIX, la necesidad de contar con operarios sanos y la creciente presión social de las clases proletarias —inquietud política tras la liberación de los siervos, en la Rusia zarista, y consiguiente instauración de un sistema de asistencia médica gratuita, el llamado *zemstvo*; creación de las llamadas “Cajas para Enfermos” o *Krankenkassen*, un peculiar y eficaz seguro de enfermedad, en la industriosa Alemania de Bismarck; sucesivos pasos hacia el establecimiento de un Seguro Nacional de la Salud, *National Health Insurance*, en la Inglaterra de Eduardo VII y Jorge V— dieron lugar a que la sociedad capitalista comenzase a nivelar la viejísima y muy considerable diferencia que entre la “medicina para ricos” y la “medicina para pobres” había en los países civilizados. Todos los medicamentos que ofrece la técnica actual y todas las intervenciones quirúrgicas que ella permite, pueden llegar hoy a todos los enfermos, cualquiera que sea su clase social.

¿Quiere esto decir que la asistencia médica al enfermo haya alcanzado en nuestros días toda la perfección deseable? En modo alguno. Conexos ambos entre sí, dos son sus principales problemas. El primero, de orden económico. Si el coste de la asistencia al enfermo —instalaciones, medicamentos, intervenciones quirúrgicas, rehabilitación, número de médicos requeridos— sigue creciendo como hasta ahora, las cantidades necesarias para mantenerla en el nivel deseable serán ingentes, e incluso, si la carrera de armamentos continúa con el ritmo de los últimos decenios, difícilmente soportables por la Sociedad y el Estado. “O cañones, o mantequilla”, fue una de las consignas para el rearme en la Alemania nacionalsocialista; dilema que, si todo va como hasta ahora, habrá de ser sustituido por otro más grave: “O renuncia a las armas nucleares, o mal cuidado de la salud.” En sus grupos más responsables, todos los países a la cabeza del desarrollo —Estados Unidos, Europa occidental y

oriental, Unión Soviética— se hallan seriamente alarmados por esta perspectiva.

Directamente relacionado con el económico, no menos acuciante es el problema técnico de la asistencia al enfermo. Mientras el número de facultativos destinados a esa asistencia no sea muy superior al actual, sobre todo en los consultorios públicos, el tiempo que el médico pueda dedicar a cada enfermo será sumamente escaso, y la variedad de las especialidades ofrecidas al asegurado no se corresponderá con el creciente desarrollo del arte de curar. La cantidad de pacientes que acuden a ciertos consultorios limita a un máximo de cinco minutos la duración de cada consulta, lapso que pocas veces resultará suficiente para que el médico pueda llegar a un diagnóstico satisfactorio. Por otra parte, y para limitarnos a la realidad española, ciertas especialidades médicas, como la psiquiatría y la odontología, no pertenecen al cuadro de las ofrecidas por el Seguro Obligatorio de Enfermedad. Todo lo cual muestra claramente que, pese al esfuerzo de la sociedad y el Estado desde que se inició la colectivización de la asistencia médica, la vieja distinción entre la “medicina para pobres” y la “medicina para ricos” o, en el caso de los países socialistas, “para privilegiados”, no ha sido totalmente abolida.

Los jóvenes de hoy deben enfrentarse con el futuro, con su futuro, conscientes de las grandes posibilidades científicas y técnicas que nuestro tiempo ofrece, y bien seguros de que el talento y el trabajo de los mejores las hará prosperar. ¿De qué no será capaz la humanidad en los primeros decenios del siglo XXI, esto es, cuando los adolescentes de hoy lleguen a su plena madurez? Mas también deben tener conciencia clara los jóvenes de las deficiencias que la sociedad actual, y no es la menor la que, entre tantos y tantos magníficos logros, todavía presenta el combate médico y sanitario contra la enfermedad.