

2023 Diciembre, 13(11): 1-3

## ENTORNO A LA CRONICIDAD: UNA PERSPECTIVA HISTÓRICA\*

Rafael Huertas, Profesor de Investigación  
Departamento de Historia de la Ciencia, Instituto de Historia  
Consejo Superior de investigaciones Científicas (España)

### RESUMEN

Este artículo analiza brevemente el concepto de cronicidad en perspectiva histórica. Basándonos en autores especialmente significativos, como Areteo de Capadocia en el mundo antiguo, Sydenham en la época moderna o Charcot en el siglo XIX, se destaca la pervivencia de los clásicos y de las virtudes de la observación clínica durante siglos, así como la manera de abordar la terapéutica en función del *tempora morbi* de las enfermedades. Finalmente, se pone el acento en el paso, ya en el siglo XX, a una manera de entender la cronicidad desde una perspectiva colectiva y de Salud Pública, que tuvo en los pioneros trabajos de la encuesta de Birmingham uno de sus orígenes más reconocidos.

### ABSTRACT

This paper briefly analyzes the concept of chronicity from a historical perspective. Starting from especially significant authors, such as Aretaeus of Cappadocia in the ancient world, Sydenham in the modern era, or Charcot in the 19th century, we highlight the survival of the classics and the virtues of clinical observation for centuries, as well as the way to approach therapy based on the *tempora morbi* of diseases. Finally, emphasis is placed on how, already in the 20th century, chronicity began to be understood from a collective and Public Health perspective, which had one of its most recognized origins in the pioneering work of the Birmingham survey.

**\*Este texto corresponde a una parte de la conferencia:**

**“La cronicidad en perspectiva histórica: construcción social y narrativas patobiográficas”** pronunciada por el autor el 6 de octubre de 2023 en la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP.

Las enfermedades crónicas tienen hoy una importancia clínica, epidemiológica y social que está fuera de toda duda. Como es sabido, durante la segunda mitad del siglo XX -y en el marco de la llamada transición epidemiológica- se produjo un cambio en los patrones de mortalidad, pasando a un primer plano las enfermedades degenerativas y crónicas no infecciosas. Desde el punto de vista de la investigación histórico-médica el interés por las enfermedades crónicas ha sido limitado, si lo comparamos con la ingente cantidad de trabajos sobre las enfermedades infecciosas y epidémicas. No es de extrañar, una epidemia tiene consecuencias políticas, económicas y socioculturales inmediatas, interrumpe la vida normal de la población, impone medidas políticas y de control social (cordones sanitarios, vigilancia de la población, confinamientos, control de los desplazamientos de personas y mercancías, etc.), también miedos compartidos, confusión e incertidumbre. La reciente pandemia de COVID-19 ha generado este tipo de experiencias, comparable a otras similares a lo largo de la historia.

Las enfermedades crónicas, sin embargo, han generado menos reacciones colectivas, entre otras cosas porque se han considerado enfermedades “individuales”, que forman parte de la vida de la gente y que se gestionan en ámbitos reducidos, personales o familiares, sin llegar a perturbar las estructuras sociales. Existen buenas historias de enfermedades crónicas concretas (diabetes, cáncer, esclerosis múltiple, etc.) En general son trabajos que abordan el estudio de estas patologías analizando las aportaciones desde la propia medicina, desde el discurso y las prácticas médicas, la evolución de las técnicas diagnósticas y terapéuticas, etc., pero en esta ocasión vamos a plantear el problema desde otro punto de vista, no en términos de enfermedades crónicas (en plural), que son muchas e inabarcables, sino desde la cronicidad como metaconcepto, es decir, entendiendo que la enfermedad crónica (en singular) es una construcción conceptual compleja que integra otras acepciones: incurabilidad, discapacidad, consunción/deterioro orgánico, etc. Basándonos en autores especialmente significativos, repasaremos a continuación cómo surge la idea de cronicidad en la medicina hipocrática clásica, de qué manera se asienta en el marco del empirismo clínico a partir del siglo XVII y cómo pervive hasta el siglo XX, cuando la cronicidad pasa a ser considerada un problema de salud pública, surgiendo así nuevos modelos interpretativos y de intervención colectiva.

### La pervivencia de los clásicos

Areteo de Capadocia (s. I-II d. C) es uno de los autores de la antigüedad clásica que, si exceptuamos a Hipócrates y a Galeno, más influencia ha ejercido en épocas posteriores y más interés historiográfico ha suscitado. Su obra, sin embargo, no llegó a ser bien conocida en su época hasta que en el siglo XVI se descubrió el manuscrito original redactado en griego jónico y traducido al latín por el profesor de medicina en la Universidad de Padua Giunio Paolo Grassi para ser impresa en Venecia en 1552. A partir de entonces la obra de Areteo fue reconocida y reivindicada, siendo objeto de numerosas ediciones. Un interés que se mantuvo hasta la época contemporánea: Laënnec, inventor del estetoscopio y una de las figuras fundamentales de la medicina francesa del siglo XIX, tradujo la obra de Areteo, que se conservó inédita en la Universidad de Nantes hasta que fue encontrada y editada ya en los albores del siglo XXI. Asimismo, Willian Osler,

considerado el padre de la medicina interna tal como hoy la entendemos, destacó la necesidad de que los clínicos desarrollaran el “arte de la observación” tal como lo practicaba Areteo de Capadocia.

Esta reconocida capacidad de observación permitió a Areteo, distinguir las enfermedades por su curso evolutivo, así como nombrar y describir enfermedades crónicas concretas como la diabetes (descarga excesiva de orina “a través de cuerpo”); la celiacía (los que sufren de vientre); tisis (debilitamiento, consunción) o melancolía (predominio de bilis negra en la medicina humoral).

Si bien Areteo fue un autor admirado durante siglos, no cabe duda de que Thomas Sydenham (1624-1689) debe considerarse uno de los grandes referentes de la medicina moderna. Considerado el “Hipócrates inglés” y claro representante del llamado empirismo clínico, propuso el concepto de especie morbosa para designar un conjunto de síntomas y signos, unos constantes y peculiares de cada modo específico de enfermar (patognomónicos) y otros accidentales e inespecíficos. Propuso las clasificaciones *more botánico* (a la manera de los botánicos) para sistematizar dichas especies morbosas, pero en función de sus distintos *tempora morbi*, las ordenó en agudas y crónicas. Las primeras serían azarosas, ajenas al arbitrio del ser humano y las segundas dependientes del régimen de vida de las personas. Para Sydenham, “las enfermedades crónicas son más personales, más relacionadas con la libertad del individuo que las padece (...) y dependen mucho más del régimen de vida que voluntariamente haya querido adoptar el paciente”. Esta idea va a ser repetida, de un modo u otro, por autores posteriores. Así, por ejemplo, William Cadogan (1711-1797) asociaba las enfermedades crónicas a la indolencia y la intemperancia: “Dado que los individuos provocaron tal enfermedad a través de su comportamiento, la solución no puede ser la medicina sino que deben ser invocados suavemente los poderes del cuerpo para que actúen por sí mismos, introduciendo gradualmente un poco más de actividad, dieta elegida y, sobre todo, paz de mente, cambiando completamente [sic] ese curso de vida que primero trajo la enfermedad”. Un siglo más tarde John King (1813-1893), aseguraba que “aunque hay muchas enfermedades en las que no se puede prescindir de medicamentos y tratamientos medicinales, estoy plenamente convencido de que casi la mitad de las enfermedades podría y debería ser curado únicamente por un recurso a la higiene”.

Vemos, pues, cómo el recurso a la higiene y a la responsabilidad individual de los pacientes viene de larga data. Lo que hoy llamamos estilos de vida o, incluso, la categoría del *victim blaming*, tiene unos antecedentes históricos que merece la pena considerar.

En todo caso el siglo XIX es el siglo de la clínica. Los hospitales de incurables se habían convertido en espacios privilegiados de observación de patologías crónicas. La Salpêtrière de París es uno de esos hospitales desde el que Charcot (1825-1893) desempeña una ingente labor clínica que le lleva a realizar descripciones *princeps* de enfermedades crónicas como la cirrosis biliar primaria, la esclerosis múltiple (con la célebre triada de Charcot: nistagmo, temblor intencional y disartria), la artropatía neuropática secundaria a tabes dorsal; la esclerosis lateral amiotrófica o diversas neuropatías, como la enfermedad de Charcot-Marie-Tooth.

### **Cronicidad y salud pública: la encuesta de Birmimghan**

Hay que esperar a los años centrales del siglo XX para asistir a un cambio de gran importancia en la conceptualización de la cronicidad. La encuesta de Birmingham, llevada a cabo en 1949 tiene una gran importancia histórica porque es el momento en el que la cronicidad se convierte en un claro objetivo de la Salud Pública y de la organización de los servicios de salud. Sus tres objetivos fundamentales: 1) identificar la proporción de personas mayores que necesitan estar en un hospital; 2) cuantificar el número de personas que ocupan una cama hospitalaria innecesariamente; y 3) valorar la calidad del alojamiento, cuidados y atención. A lo largo de los primeros años cincuenta se publicaron en el *British Medical Journal* una serie amplia de trabajos que, tras corroborar que los ancianos habían atraído muy poca atención en el pasado y que su cuidado carece del atractivo de la enfermedad aguda en los jóvenes, ofrecieron los resultados de la encuesta y apuntaron conclusiones de gran interés como los siguientes: los problemas más apremiantes de la vejez son la pobreza, la soledad y las enfermedades crónicas. Estudios de economía de salud pusieron de manifiesto que una cama hospitalaria crónica resultaba mucho más cara que la ayuda domiciliaria (con el apoyo de los servicios sociales) y que una buena atención en el seno de la comunidad evitaría el fenómeno de los “bloqueadores de cama”, un problema (el de la larga estancia) que sigue siendo motivo de preocupación en los servicios de salud.

Muy poco después, en 1955, aparece el primer número del *Journal Chronic Diseases*, primera publicación dedicada específicamente a las enfermedades crónicas. Un repaso de los editoriales y contenidos de dicha revista permite valorar la evolución de las ideas en torno a la cronicidad, de las que destacaremos las siguientes: las enfermedades no son exclusivamente un problema de la vejez y tampoco deben considerarse un asunto “sin esperanza”; se destacan las virtudes de la prevención y del cribado “múltiple”; el tratamiento resulta menos importante que el estudio del comportamiento y el pronóstico; se pasa del enfoque hospitalario al comunitario/domiciliario; se destaca el papel del propio paciente en el abordaje de la enfermedad y, finalmente, desde el punto de vista metodológico se aboga por estudios cuantitativos para evaluar el alcance de las enfermedades crónicas en la comunidad, pero también cualitativos con el fin de valorar las experiencias individuales y colectivas del enfermar.

Finalizaremos este breve repaso histórico señalando que ya en los años 70 surge el concepto de comorbilidad, que a finales del siglo XX fue desplazado por el de multimorbilidad. La diferencia conceptual es señalada por Marjan van der Akker del siguiente modo: “Desde la introducción del término comorbilidad hace unos 30 años, el concepto se ha utilizado de muchas maneras diferentes. Debido a la ambigüedad del término, sugerimos una distinción entre **comorbilidad** basada en la definición “clásica” (que implica una enfermedad índice) y **multimorbilidad**, es decir, cualquier concurrencia de condiciones médicas dentro de una persona”.

Vemos, pues, cómo algunas nociones actuales en relación con el concepto de cronicidad tienen unos orígenes históricos que han pervivido, habiendo surgido otras problemáticas sobre las que conviene seguir reflexionando ante el reto indudable para la medicina actual de las enfermedades crónicas y la cronicidad.

---

<sup>1</sup>Omran AR. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. 1971. *Milbank Q.* 2005; **83** (4):731-57.

<sup>2</sup>Tekiner H. Aretaeus of Cappadocia and His Treatises on Diseases. *Turk Neurosurg.* 2015; **25** (3):508-512.

<sup>3</sup>Arétée de Capadoce. Des causes et des signes des maladies aiguës et chroniques. Traducido por R.T.H. Laennec. Edición y comentarios de Mirko D. Grmek. Ginebra: Droz; 2000.

<sup>4</sup>Bliss M. *William Osler. A Life in Medicine.* Toronto: University of Toronto Press; 1999.

<sup>5</sup>Osler W. The evaluation of modern medicine. New York: Yale University Press; 1921.

<sup>6</sup>Pearce JMS. Thomas Sydenham "The British Hippocrates". *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr.* 1995; **58**:292.

<sup>7</sup>Bloch H. Thomas Sydenham, MD (1624–1689): the father of clinical observation. *J. Fam. Practice.* 1994; **38**:80–1.

<sup>8</sup>Albarracín A. (1973), Sydenham, en: *Historia Universal de la Medicina*, 7 vols., Barcelona: Salvat; 1973. vol. 4, pp. 297-307

<sup>9</sup>Sydenham T. *Observationes Medicae circa Morborum Acutorum Historiam et Curationem.* London: Kettlby; 1676.

<sup>10</sup>Candogan W. A dissertation on the gout, and all chronic diseases. London: J. Dodsley; 1771.

<sup>11</sup>King J. Causes, symptoms, diagnosis, pathology, and treatment of chronic diseases. Cincinnati: Moore, Wilstach & Baldwin; 1867.

<sup>12</sup>Camacho JF. Charcot y su legado a la medicina. *Gaceta Médica de México.* 2012; **148**:321-326.

<sup>13</sup>Shenfield BE. Social Policies for Old Age. A Review of Social Provision for Old Age in Great Britain. London: Routledge and Paul Kegan; 1957.

<sup>14</sup>McKeown T, Lowe CR. A scheme for the care of the aged and chronic sick. *Br. Med. J.* 1952; **2** (4777): 207-210.

<sup>15</sup>Feinstein A. The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease. *Journal of Chronic Disease.* 1970; **23** (7): 455-468.

<sup>16</sup>Akker M, Buntinx F, Knotterus JA (1996) Comorbidity or multimorbidity, *European Journal of General Practice*, **2**:2, 65-70.