

00464



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES
COORDINACION DEL PROGRAMA DE POSGRADO EN
CIENCIA POLITICA Y SOCIOLOGIA**

**LA DESHUMANIZACION DE LA
MEDICINA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN SOCIOLOGIA
P R E S E N T A ,
GILBERTO HERNANDEZ ZINZUN



DIRECTOR: DR. RAUL CORRAL QUINTERO

ENERO DE 2001

292800



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

Introducción	2
La deshumanización desde la perspectiva de los médicos	3
La deshumanización como problema	11
Primera parte.	
1. La deshumanización en la relación médico-paciente, RMP.	13
1.1. Primera aproximación:	
1.1.1. La deshumanización en distintos ámbitos institucionales	14
1.2. Segunda aproximación:	
1.2.1. La expresión de la deshumanización en la RMP.	18
1.2.2. Análisis de la RMP como hecho del lenguaje	18
1.2.3. Lenguaje y sujeto en la RMP	24
1.2.4. Significante y cultura	34
1.2.5. Sujeto, inconsciente y RMP	36
1.2.6. La ausencia de la persona en la RMP	54
1.2.7. Transferencia y RMP	67
1.3. La deshumanización como manifestación particular de la RMP	73
1.3.1. El médico y el paciente	77
1.3.1.1. La demanda del paciente	78
1.3.1.2. La demanda del paciente como hecho cultural	80
1.3.2. La oferta del médico	85
1.3.2.1. Historicidad de la oferta del médico	87
1.4. La comunicación en la RMP	96
1.4.1. La exclusión de la subjetividad	97
1.5. Algunos aspectos de la historia social de la deshumanización en la RMP	99
1.5.1. El caso de México	101
Segunda parte	128
2. Tercera aproximación:	
2.1. El ser humano en el conocimiento de base de la RMP	129
2.2. El conocimiento, la experiencia y la deshumanización	130
2.3. En el origen de la racionalidad científica no estaba lo humano	134
2.4. La racionalidad científica empezó con el estudio de los animales	140
2.5. El conocimiento científico es un saber acerca del animal matado	141
2.6. El ser humano es un animal como los demás	146
2.7. Disección y conocimiento científico del cuerpo humano	151
2.8. El hombre vivo es difícil de taxonomizar	155
2.9. El ser humano fragmentado	162
2.10. Los orígenes de la teoría científica o el desecho de la subjetividad	169
2.11. El método reduccionista y la reducción del hombre a materialidad física	176

2.12. Verdad racional y subjetividad	192
2.13. La racionalidad científica en la Era Moderna	202
2.13.1. La pérdida del sentido	204
2.13.2. El predominio del mundo material, útil y práctico	207
3. A manera de conclusiones	216
3.1. Volver a mirar el mito desde Freud	221
3.1.1. Un lugar para la subjetividad	222
Bibliografía	233

"LA DESHUMANIZACIÓN DE LA MEDICINA"

Introducción

Desde hace muchos decenios diversos autores han destacado por lo menos dos grandes aspectos de la medicina contemporánea: uno de ellos representado por el gran avance científico y tecnológico que, día con día, permite al personal médico y paramédico realizar diagnósticos cada vez más precisos y utilizar, también de manera progresiva, menor tiempo en cada uno de ellos.

Este poder científico y tecnológico permite intervenir actualmente en una gran cantidad y variedad de procesos morbosos de manera cada vez más precisa, más rápida, más segura y menos invasiva. Un ejemplo integrador de todas las características señaladas, entre una diversidad de recursos hoy cotidianos, es el rayo láser.

La producción artificial de tejidos de reemplazo, como es el caso de la piel y el hueso humanos, es otra más de las maravillas hechas realidad por el conocimiento y la tecnología biomédicos de nuestro tiempo; también en este sentido se han producido y utilizado tejidos, como la médula ósea, tomados de embriones provenientes de la fecundación *in vitro* de óvulos humanos; y en el horizonte del mediano plazo se avista la posibilidad de producir órganos sustitutivos por separado o a través de la producción de seres biológicos completos, por medio de la clonación¹.

El otro aspecto de la medicina no es tan halagador: de igual forma, desde hace muchos años² diversos autores han señalado lo que podríamos llamar "el lado oscuro" de la medicina

¹ Estos últimos acontecimientos, sin embargo, se encuentran todavía envueltos en una serie de dilemas éticos no resueltos y no se prevé, a la fecha, cómo vayan a resolverse.

² LEE, R. I.; JONES, L. W. "The fundamentals of good medicine care" Chicago: The University of Chicago Press, 1933. Fragmento publicado en *Revista Salud Pública de México*, marzo-abril 1990, Vol. 32, No. 2, p.246. Nuestro autor señala 7 puntos que, para él, son constitutivos de una buena atención médica. El No. 4 afirma que "La buena atención médica trata al individuo como un todo. Las enfermedades [dice] no son individuales, sino estados diversos de los individuos. Cada persona enferma presenta un problema único, que cada médico ataca a su manera. Para que la atención sea adecuada es indispensable que el paciente sea visto

contemporánea, que consiste en la pérdida, también progresiva, del cuidado y la atención de diversos aspectos relativos a los usuarios de los servicios médicos como son: la subjetividad, la socialidad, la personalidad y la dignidad, los cuales, entre otras características, conforman la dimensión humana de los pacientes.

Este orden de cosas ha conducido a la medicina, considerada por grandes pensadores como "la más humana de las ciencias", a lo que tal vez sea la mayor paradoja de su milenaria historia: la deshumanización.³

La deshumanización desde la perspectiva de los médicos.

Veamos el asunto con un poco más de detalle. En 1982 se realizó el *Seminario sobre problemas de la medicina en México*; en el cual Bernardo Sepúlveda, coordinador de la primera mesa redonda donde se establecieron los objetivos del *Seminario* y donde participaron Ramón de la Fuente, Jesús Kumate, Ruy Pérez Tamayo y Guillermo Soberón, señaló:

como persona, miembro de una familia específica que vive en un medio ambiente determinado. Todos los factores relativos a la salud —mentales y emocionales tanto como fisiológicos— se deben tomar en cuenta para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento. Se debe tratar a la persona enferma o lesionada, y no a la condición patológica que la aqueja. Así, por ejemplo, puede ocurrir que a pesar de que en términos médicos estrictos una paciente debería ser hospitalizada, se descubre que la atención especializada intrahospitalaria es más perjudicial que benéfica por la aprehensión que le provoca la sola idea de abandonar su hogar. En un caso así, una buena atención médica bien podría prescribir la estancia domiciliaria.

³ Ciertamente es que el problema de la "deshumanización" no es exclusivo de la prestación de los servicios médicos. Actualmente, la dimensión humana de los ciudadanos en la vida contemporánea parece estar borrada. En México, durante los últimos años, es frecuente escuchar o leer en los medios masivos de difusión los deseos de diferentes grupos, instituciones, partidos políticos, inclusive del propio sector gubernamental, de impulsar, por ejemplo, una economía con rostro humano. Concretamente se plantea que los buenos resultados macroeconómicos — resaltados una y otra vez en las declaraciones oficiales como frutos de la política económica — también deben reflejarse en la economía de millones de hogares donde hoy priva la llamada "pobreza extrema".

La economía es la fuente de la riqueza social, y el trabajo productivo la principal actividad de los seres humanos. En este caso, si la propia lógica económica empleada hasta ahora desconoce los atributos que hacen del ciudadano un ser humano, es comprensible que la llamada deshumanización se encuentre difundida en todos los niveles de la organización social, inclusive en la prestación de servicios médicos. La miseria económica ahuyenta de entre los hombres la solidaridad, la dignidad y el respeto; e instaura en su lugar la lucha encarnizada por un mendrugo de pan. La dignidad, considerada por algunos como una de las más humanas cualidades, padece ante la miseria.

"...los avances en el conocimiento tanto de las causas biológicas de las enfermedades cuanto de las lesiones orgánicas resultantes, han hecho olvidar con frecuencia el importante papel de los factores psíquicos en el origen y en el tratamiento de numerosos padecimientos, dando lugar a errores en el diagnóstico y en la terapéutica.

La desmesurada aglomeración de pacientes, el ejercicio burocratizado de la medicina, la superespecialización, el uso excesivo de los recursos tecnológicos, el olvido de los factores psíquicos en la génesis de la enfermedad y quizá otras causas, han propiciado la aparición de un problema particularmente grave. Me refiero al que, copiando a Ortega y Gasset, ha sido llamado la "**deshumanización de la medicina**", nombre que se ha convertido en lugar común y que expresa la mengua de los valores humanos en el manejo del enfermo, revelando al mismo tiempo la pérdida de la relación personal médico-paciente, elemento esencial en el ejercicio de la profesión." ⁴

En su ponencia intitulada "Acerca de algunos problemas de la medicina contemporánea", Ramón de la Fuente abordó así el asunto:

"En los breves comentarios que haré, en relación con la visión panorámica de los problemas de la medicina contemporánea, que nos ha presentado el doctor Sepúlveda, quisiera hacer resaltar algo que él ha apuntado y que podría formularse en términos del desequilibrio entre los avances tecnológicos de la medicina y las necesidades humanas de los pacientes; es decir, sus necesidades psíquicas y sociales.

Ocurre que muchos médicos ponen todo su interés en el reconocimiento y en el tratamiento de las manifestaciones objetivas de la enfermedad, a las cuales ven como las únicas significativas y no prestan la atención debida a la subjetividad, es decir, a la experiencia interna de sus pacientes como personas. Lo grave es que esta despersonalización de los actos médicos está preconstruída en la forma y en las condiciones del trabajo cotidiano de los médicos. A muchos médicos les parecen triviales las reacciones personales y las interpretaciones que los pacientes hacen de sus síntomas. Sin embargo, estas reacciones y estas interpretaciones, embebidas como están en el

⁴ SEPULVEDA, Bernardo (Coordinador) *Seminario sobre problemas de la medicina en México* El Colegio Nacional, México, 1982. Pp. 21-22.

nexo familiar y cultural, juegan un papel decisivo en la iniciación, el curso y el desenlace de muchas acciones médicas. Estos clínicos piensan que practican una buena medicina. Ni que decir que su creencia es ilusoria, puesto que la clínica como ciencia demanda la evaluación correcta de la función de los órganos y sistemas del organismo, pero también requiere que se le tome en cuenta como persona".⁵

Según nuestros autores, de los médicos más prominentes en México dicho sea de paso, la deshumanización de la medicina se manifiesta como falta de consideración del paciente en tanto persona; como el olvido de la subjetividad del enfermo; como la negligencia de la vida interior del individuo y el descuido de los aspectos psíquicos y sociales.

Como "causa" de la deshumanización revelan la excesiva atención de los médicos hacia partes cada vez más pequeñas del cuerpo humano, es decir la superespecialización de la práctica médica; una clínica basada cada día más en los datos provenientes de los modernos medios de diagnóstico, donde las subjetividades tanto del médico como del paciente se han hecho a un lado en favor del lenguaje netamente objetivo (datos) de los instrumentos utilizados por la técnica y la tecnología médicas.

Para redondear el panorama nuestros autores reconocen la gran complejidad del asunto y perciben que se extiende por diferentes ámbitos: el del conocimiento y tecnología médicos, por un lado; el de los niveles individual, intersubjetivo, institucional y social, por otro lado; además de las políticas oficiales de atención médica y la organización de los servicios de salud, entre otros aspectos.

Para el año de 1994 el panorama seguía siendo, en esencia, el mismo. En su artículo *Nuevos frentes del humanismo en la práctica médica*, Guillermo Soberón, Mariano García-Viveros y José Narro Robles, escribieron:

⁵ *Op. Cit.* Pp. 27-28.

"En los últimos tiempos, la bioética ha adquirido gran interés, quizá como respuesta a la preocupación, cada vez mayor, que ocasionan los cambios debidos al auge de la medicina institucional y a la creciente aplicación de innovaciones tecnológicas en el campo de la salud, situaciones ambas que tienden a despersonalizar la práctica médica, haciendo del paciente un simple expediente clínico.

El enfermo es un ser humano que, más allá de estar afectado por alguna noxa patológica, siente, piensa, ama y sufre; el expediente constituye un conjunto de datos que se sistematizan e interpretan cada vez con más precisión y complejidad, gracias a la informática. De ahí que se hable de la *deshumanización* de la medicina."⁶

Hay una diferencia notable entre la interpretación de los autores del *Seminario sobre problemas de la medicina en México*, donde estuvo incluido el propio Soberón, y el punto de vista que acabamos de citar. En el primer enfoque, la deshumanización de la medicina se debe a un abanico de factores y situaciones, mientras que en el segundo caso se menciona, específicamente, a la creciente aplicación de innovaciones tecnológicas y al auge de la medicina institucional como "situaciones" que tienden a producir la llamada deshumanización.

Tal vez podría pensarse que, aludiendo a la medicina institucional, nuestros autores refieren, simultáneamente, toda la complejidad del trabajo médico institucional y también todo el conjunto de determinaciones que hay detrás de las innovaciones tecnológicas. Sin embargo, en el discurso de Soberón, el antídoto contra la deshumanización de la medicina es el *humanismo médico*; planteamiento que nos hace pensar en una interpretación que se aproxima al fenómeno desde pocos ángulos, y que también mira la solución en uno o dos aspectos. Veamos su planteamiento de humanismo médico:

"El humanismo médico se ha entendido y expresado fundamentalmente en la relación de un médico con su paciente. Ahí es donde se concentran y decantan las interacciones sutiles que dan la oportunidad al médico de ayudar, en forma amplia y efectiva, al ser humano que confía en él para

⁶ SOBERÓN, Guillermo, *et. al.* "Nuevos frentes del humanismo en la práctica Médica" *Revista Salud Pública de México* Septiembre-octubre de 1994, Vol. 36, No. 5, pp. 541-551. Las cursivas son nuestras.

el alivio o curación de una enfermedad. Hasta el momento, sabemos que el profesional de la medicina que practica su saber en forma ética, lo hace siempre respetando la intimidad, la individualidad y la verdad y a los valores trascendentales del hombre. Manejando los conceptos de hacer el bien, de bondad y comprensión, de protección y ternura, quien sabe curar, despierta confianza, esperanza y fe. Pero también han existido quienes han empleado ese mismo conocimiento asociándolo al temor y a la manipulación emocional infundiendo terror o abusando del más necesitado, comerciando con su salud.⁷

En suma, para nuestros autores, comprender el humanismo médico implica descifrar qué significan *las interacciones sutiles, concentradas y decantadas en la relación médico-paciente, que dan al médico la oportunidad de ayudar, en forma amplia y efectiva, al ser humano que confía en él para el alivio o curación de una enfermedad*; lo cual nos introduce en una situación bastante extraña: antes de comprender qué es y en qué consiste la llamada *deshumanización* de la medicina, nos vemos en la necesidad de hacer un esfuerzo para comprender qué es aquello que se presenta como su solución, a saber, el *humanismo médico*. La dificultad es lógica, no se puede aceptar o rechazar un planteamiento como solución de un problema cuando este último no se ha definido de manera clara y suficiente.⁸

Por otro lado, el 3 de junio de 1996 se creó, por decreto presidencial, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED. Dentro de los considerandos que le dieron origen destacamos los siguientes:

"Que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 plantea el mejorar la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia;

⁷ SOBERÓN, Guillermo. *Op. Cit.*

⁸ En la medida en que el planteamiento de este trabajo consiste, fundamentalmente, en hacer una labor de esclarecimiento acerca de la naturaleza y manifestaciones de la llamada *deshumanización de la medicina*, dejaremos abierta la posibilidad de discutir en otro momento las "soluciones" del problema.

"Que los mexicanos reciben servicios médicos en los que participan instituciones públicas y privadas, así como profesionales de la salud que ejercen libremente su actividad, con el objeto común de proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes del país;

"Que en las actuales circunstancias resulta necesario que la población cuente con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos;

"Que para lograr tal objetivo, es pertinente contar con un órgano al cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar, en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios, con lo cual se contribuirá a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos;⁹

Tal vez la primera pregunta que salta a la vista se refiera a ¿cuáles son esas circunstancias actuales de donde resulta necesario que la población cuente con mecanismos que contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como mejorar la prestación de los servicios médicos?, sin embargo, el decreto de creación no las menciona.

Alguna idea nos ofrecen los tres primeros apartados del Artículo 4º del decreto, donde se establecieron las atribuciones que tendría la CONAMED:

I. Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones.

II. Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de los servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios a que se refiere el artículo 3º de este Decreto [este artículo define tanto a los prestadores como a los usuarios de los servicios médicos];

⁹ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA *Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED*, México, 1996. pp. 1-2.

III. Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquellas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan; ...”¹⁰

La negativa de prestación de servicio médico se entiende en el propio enunciado; sin embargo, “las posibles irregularidades” en la prestación no son mencionadas ¿en qué consisten, básicamente, los conflictos entre los prestadores de servicios de salud y los usuarios de ellos? Al respecto, Héctor Fernández Varela, presidente la CONAMED nos dice:

“Recordemos que la ciencia médica en su vertiginosa carrera, nos ha permitido avances imaginables hace apenas unos años; pero por ello las expectativas de los pacientes son mayores y cuando se miden los resultados y la calidad de la medicina que practicamos, estamos sujetos a criterios de evaluación más rigurosos.

Es necesario que los servicios que en materia de salud ofrecen las instituciones públicas y privadas, así como los profesionales y técnicos en forma individual, tengan como fin principal la aspiración de satisfacer el derecho a la protección de la salud, indispensable para garantizar una vida plena y satisfactoria a cada uno de los miembros de nuestra sociedad.

El Sistema Nacional de Salud, ha logrado notables avances que se caracterizan por el combate a la enfermedad con un aumento notable en la esperanza de vida, [...] Contradictoriamente, y debido tanto a las expectativas de los usuarios como a la masificación de la atención, el número de casos de insatisfacción de los mismos con la calidad de los servicios de salud va en aumento, como puede constatarse por las quejas recibidas en las instituciones de Salud y el número creciente de demandas civiles y penales en la materia.

¹⁰ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA *Op. cit.* p. 3

El programa de Salud propuesto por el Dr. Ernesto Zedillo Ponce de León, Presidente de la República, reconoce que la sociedad demanda servicios de salud más eficientes, más accesibles, *pero sobre todo más humanos* y sin trámites excesivos que retarden la atención de los pacientes.¹¹

Hemos dado un rodeo por la CONAMED y, con sorpresa, vemos que nos encontramos en el punto de partida: la "deshumanización de la medicina" se debe, según la interpretación ya reiterada, a los avances científico-tecnológicos y a la burocratización y masificación de los servicios médicos.

Pero ¿de qué tamaño es el problema de la deshumanización aún no definido con precisión? Respondamos con las reservas que nos impone la contradicción implícita en la pregunta anterior: a un año de haber iniciado sus actividades, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico recibió 4, 025 casos de los cuales resolvió 3, 378 (84% del total), y las cifras han ido en aumento.¹²

Y no sólo el punto de partida es el mismo; hay otra constante: no contamos con una idea clara del contenido del concepto "deshumanización de la medicina". Hemos dado vuelta a una tuerca que no aprieta. Sin embargo, el recorrido algo nos deja: ahora sabemos que, independientemente de lo que la deshumanización pueda significar, implica no sólo a los médicos y usuarios de sus servicios, sino también a las instituciones que los prestan, sean públicas o privadas; y a otro tipo de instituciones como la CONAMED, engendrada a su vez, desde la institución presidencial. Es decir, la deshumanización parece conformar una red donde se imbrican conflictos intersubjetivos, interinstitucionales y sociales. Intentemos pues construir un contenido para el escurridizo concepto de deshumanización.

¹¹ FERNÁNDEZ, Varela H. *La Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la calidad de la atención médica* Ponencia s/f, s/lugar de edición, 11 pp. Las cursivas son nuestras.

La deshumanización como problema.

La "deshumanización de la medicina", expresada por los ponentes del *Seminario sobre problemas de la medicina en México*, está bosquejada con conceptos de diferentes órdenes y pertenecientes a distintos ámbitos disciplinarios: objetividad, subjetividad, ciencia, tecnología, persona, cultura, vida interior, entre otros. A todas luces vemos que el asunto y trasunto de la deshumanización son cuestiones que demandan ser estudiadas de un modo transdisciplinario.

Por otro lado, los conceptos están nombrados sin establecer su contenido y, aún más, sin hacer explícitas sus relaciones. Tal vez la omisión no sea casual, pues elaborar o proponer contenidos para los conceptos de las diferentes ciencias y disciplinas implicadas en los planteamientos de nuestros autores es ya de por sí una tarea formidable; y todavía más, construir sus vínculos, ya que esto demanda un trabajo de mayor complejidad.

Si, por ejemplo, nos enfocáramos en la señalada desatención de la subjetividad de los pacientes en favor de la "objetividad", tal vez estaríamos enmarcando el problema de la deshumanización de la medicina como una cuestión epistemológica debido a que la objetividad es el planteamiento central de la teoría del conocimiento de las ciencias experimentales dentro de cuyos marcos se forman los médicos que practican la medicina científica.

Si, desde otro ángulo, destacáramos el abuso de la tecnología médica que, en muchas ocasiones, entorpece la relación humana entre los médicos y sus pacientes, podríamos estar, por ejemplo, acotando la causa de la deshumanización en un terreno económico. Más precisamente; en los casos en los que la tecnología es usada y abusada con la finalidad de incrementar la productividad del trabajo médico, estaríamos hablando de que la causa del fenómeno en cuestión proviene del sometimiento de esta actividad a las exigencias de la organización capitalista del trabajo que demandan un incremento sostenido de la productividad como condición de sobrevivencia a todas las actividades sociales.

¹² CONAMED, "Primer informe anual de actividades" en *Revista Conamed México*, Año I, No. 4, julio-septiembre de 1997 p. 9

Si decidiéramos aproximarnos a la deshumanización desde esa negligencia de la "vida interior" de los usuarios de los servicios médicos, tal vez habríamos adoptado un punto de vista psicoanalítico en tanto que desde esa disciplina se plantea la existencia de una *realidad psíquica* dentro de la cual existen, entre otras, representaciones reprimidas que se vuelven inconscientes y que, en buena medida, participan en la producción de los diferentes estados anímicos de las personas y de un conjunto de síntomas reactivos a la intervención médica ordinaria; y más todavía a la medicina ejercida de manera despersonalizada.

En consecuencia, los conceptos que nuestros autores utilizan para dar cuenta del fenómeno de la deshumanización de la medicina apuntan hacia senderos teóricos diversos e implican también diferentes niveles de organización de lo social: la vida anímica de las personas que compromete el nivel subjetivo del cual dan cuenta la psicología y el psicoanálisis; la relación médico-paciente que implica los niveles intersubjetivo e institucional cuya interpretación demanda, además de las dos disciplinas señaladas, el enfoque sociológico —que también debe dar cuenta de las relaciones interinstitucionales—; hasta la combinación de todo lo anterior con las leyes económicas que impregnan las relaciones entre todos los seres humanos, en todos los niveles de la organización social.

El espectro de la "deshumanización" parece fluir, entonces, por todas las venas y arterias del cuerpo social y permear todos sus niveles de organización.

La "deshumanización de la medicina", junto a otras "deshumanizaciones" manifiestas en otras esferas de la vida social se nos presenta, de entrada, como un estado, un orden de cosas presente tanto en los productos de la actividad humana como en las actividades que los engendran y, sobre todo, en las relaciones sociales establecidas entre los hombres para realizarlos.

En este trabajo tomaremos como punto de partida el enjambre conceptual planteado por los autores citados, advirtiendo que los tomamos en calidad de "conceptos vacíos" —así como los encontramos. Dividiremos nuestra tarea en dos partes, en la primera, intentaremos un primer esclarecimiento del problema a través de su delimitación desde algunos puntos de vista que

consideramos esenciales. El contenido de la segunda parte consistirá en el desarrollo de uno de los ángulos del problema considerados en las páginas anteriores. Esperamos que nuestros lectores comprendan que abundar en "todos" los enfoques que serán planteados aquí, rebasa con mucho las posibilidades del autor y la naturaleza del trabajo.

PRIMERA PARTE

1. LA DESHUMANIZACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En el recorrido por los planteamientos de los diferentes autores utilizados aquí para introducimos al tema, encontramos dos constantes: la primera inscribe, aunque no de manera suficientemente explícita, la llamada "deshumanización" de la medicina en el marco de la relación entre un médico y un paciente. La segunda refiere, de distintos modos, que los "avances del conocimiento y la tecnología" médicos son "causa" de la deshumanización; enfatizando en este sentido a la tecnología.

Parece evidente, de entrada, que la relación médico-paciente, RMP, no es equivalente a "deshumanización de la medicina" porque esta última se presenta en determinados momentos y espacios y en otros no; habrá que averiguarlo.

Tomaremos, entonces, la RMP como el fenómeno que, enmarcado en específicas coordenadas espacio temporales, es capaz de expresar la deshumanización de la medicina. Este trabajo implica, por una parte, un análisis general de la relación médico-paciente y; por la otra, un análisis particular de esas condiciones concretas de tiempo y espacio donde se muestra la deshumanización.

consideramos esenciales. El contenido de la segunda parte consistirá en el desarrollo de uno de los ángulos del problema considerados en las páginas anteriores. Esperamos que nuestros lectores comprendan que abundar en "todos" los enfoques que serán planteados aquí, rebasa con mucho las posibilidades del autor y la naturaleza del trabajo.

PRIMERA PARTE

1. LA DESHUMANIZACIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En el recorrido por los planteamientos de los diferentes autores utilizados aquí para introducimos al tema, encontramos dos constantes: la primera inscribe, aunque no de manera suficientemente explícita, la llamada "deshumanización" de la medicina en el marco de la relación entre un médico y un paciente. La segunda refiere, de distintos modos, que los "avances del conocimiento y la tecnología" médicos son "causa" de la deshumanización; enfatizando en este sentido a la tecnología.

Parece evidente, de entrada, que la relación médico-paciente, RMP, no es equivalente a "deshumanización de la medicina" porque esta última se presenta en determinados momentos y espacios y en otros no; habrá que averiguarlo.

Tomaremos, entonces, la RMP como el fenómeno que, enmarcado en específicas coordenadas espacio temporales, es capaz de expresar la deshumanización de la medicina. Este trabajo implica, por una parte, un análisis general de la relación médico-paciente y; por la otra, un análisis particular de esas condiciones concretas de tiempo y espacio donde se muestra la deshumanización.

1.1. Primera aproximación:

1.1.1. La deshumanización en distintos ámbitos institucionales.

Preliminarmente, hagamos una primera delimitación general del campo de trabajo, de los elementos interactuantes inscritos en él, y de sus modos de relación. El espacio donde la relación se inscribe es un lugar institucional, caracterizado como público, privado o liberal. Los elementos puestos en juego son el médico y el paciente. Dependiendo de las variables anteriores, supondremos que existen diferentes modos de interacción.

¿Qué importancia pueden tener las variaciones en cuanto al espacio institucional? Señalamos algunas:

a) Que dependiendo del espacio institucional, cambia el estatuto jurídico del paciente; por ejemplo, en una institución pública puede asistir en calidad de derechohabiente, es decir afiliado, o en calidad de ciudadano mexicano que intenta hacer valer el derecho constitucional a la "protección a su salud". A una institución privada, un paciente puede acudir en calidad de beneficiario de un seguro médico —comprado en calidad de cliente particular o corporativamente a través de un sindicato de trabajadores o de una empresa pública o privada—, o en calidad de cliente directo. A un consultorio particular, donde un médico ejerce la medicina como profesión liberal, una persona puede acudir, fundamentalmente, en calidad de cliente.

También se dan combinaciones de estatutos jurídicos de los pacientes, veamos: uno de ellos puede acudir por ejemplo, en un momento dado, con un médico a una institución pública en calidad de derechohabiente y con otro médico —o con el mismo— a un consultorio particular en calidad de cliente, en otro momento.

En la cotidianeidad ocurren flujos de usuarios de servicios médicos y combinaciones de estatutos jurídicos de los pacientes entre los diferentes tipos de instituciones. Lo importante aquí es señalar que el estatuto del paciente lo enmarca en un específico marco jurídico. Es decir, no son los mismos derechos para una persona en calidad de cliente particular que en calidad de asegurado

de una institución pública; aunque haya disposiciones legales generales que todas las instituciones de salud deben cumplir.

b) Ahora bien, si vemos lo anterior desde el punto de vista del médico, encontramos que dentro de una institución pública es un asalariado que recibe ingresos fijos por la realización de un trabajo tipificado desde una cierta tensión establecida entre su sindicato y las autoridades institucionales; mientras que en una institución privada, el médico que interactúa con un paciente puede moverse dentro de un rango mucho mayor, desde ser un asalariado, el arrendador de un consultorio, o bien, el dueño de la institución. Por último, en un consultorio privado, el médico es, simultáneamente, el trabajador, el patrón y el propietario.

En el caso de los médicos, se presentan también otras combinaciones en la práctica diaria, de esta manera observamos con mucha frecuencia que un médico labora por la mañana como asalariado de una institución pública, y se convierte por las tardes en su propio patrón y trabajador al atender su consultorio privado.

c) El espacio institucional —público, privado o liberal—, también cambia si consideramos los marcos jurídicos que lo regulan. Las instituciones públicas son organismos sociales nacidos de iniciativas gubernamentales para realizar fines o propósitos de Estado; por ejemplo, el mantenimiento de la salud de la población en función de la economía nacional, o de objetivos políticos, sociales o demográficos específicos. Por su lado, las grandes instituciones privadas y los consultorios particulares —que para la ley también son instituciones— presentan diferentes orientaciones y finalidades que van desde servicios gratuitos con orientación religiosa o filantrópica hasta aquellos prestados con finalidad de lucro.

Atendiendo entonces al marco jurídico de la institución, el sentido de la práctica médica en la relación médico-paciente se orienta hacia finalidades diversas. El acto médico dentro de una institución pública puede materializar una intención política, social o económica del Estado. Dentro de una institución privada, la acción médica puede realizar una finalidad política —aunque no sea

política de Estado— religiosa, filantrópica; o la más común dentro del terreno de las instituciones privadas, la del lucro.

A lo anterior se suma una nueva variable, no todos los médicos que trabajan en una institución pública realizan, por fuerza, una actividad burocratizada, hay también quienes se esmeran en realizar su trabajo lo mejor posible. Asimismo, no todos los médicos del sector privado tienen como finalidad principal la obtención de ganancias económicas, hay quienes buscan una satisfacción personal y/o profesional con la realización de su trabajo.

En fin, en la medida en que la relación médico-paciente es encarnada por personas específicas —y por lo mismo singulares— y que debido a ello su comportamiento no es homogéneo, no es posible afirmar que la “deshumanización de la medicina” sea exclusiva de alguna política estatal, de determinado ámbito institucional o de algún estatuto jurídico de los médicos o de los usuarios de los servicios de salud.

También es cierto que existen situaciones más frecuentes que otras; por ejemplo, es más común que un persona sufra los efectos de un ejercicio burocratizado de la medicina en una institución pública; o bien, que dentro de la medicina privada una persona sufra los efectos de un trabajo médico orientado con base en criterios económicos; es decir, donde la integridad física, psicológica y social de un paciente es relegada a un segundo plano.

Los diferentes ámbitos de ejercicio médico también presentan distintas “filosofías”: dentro del terreno privado predomina la idea de la satisfacción del cliente, o la de “al cliente lo que pida”, en el entendido de que pagará por los servicios que se le brinden. Lo anterior, sin embargo, como ya se ha mencionado, no es garantía de un trato humano. Por otra parte, el ejercicio de la medicina también tiene límites éticos y no todos los casos de atención médica pueden guiarse con la idea de “lo que pida el cliente”. Hay peticiones de pacientes que, por ejemplo, ponen en riesgo su vida o su integridad como personas¹³.

¹³ Lo anterior se muestra muy claramente, por ejemplo, en el campo de la cirugía estética y también en los casos de interrupción de embarazos no deseados en condiciones de alto riesgo, entre otros.

En el ámbito de las instituciones públicas la "filosofía" es otra. No se trata allí de "lo que pida el cliente" sino de "a qué tiene derecho el paciente". Hacer efectivo el derecho a la atención médica, dentro de este terreno, pasa directamente por las posibilidades reales de la institución, lo que incluye infraestructura, equipamiento, personal, etcétera; pero sobre todo, por la administración de los servicios médicos y lo que ella persiga que, muchas veces, no es precisamente la satisfacción de los usuarios.

Lo anterior nos lleva de la mano a plantear que existen situaciones eminentemente contingentes que pueden conducir hacia un ejercicio deshumanizado de la medicina; y que junto a ellas también se encuentran situaciones donde existen mayores posibilidades de ocurrencia de los casos mencionados.

De entrada, habría que realizar un conjunto de trabajos empíricos para determinar cuáles son las variables —de las mencionadas y tal vez otras adicionales— que coinciden en el mayor número casos de atención médica deshumanizada, para diseñar instrumentos que permitan combatir el problema de manera práctica.

Sin embargo, no podemos quedar satisfechos sólo con una aproximación empírica al problema. Es fundamental averiguar cuáles son las raíces estructurales de la cuestión; es decir, cuál es la constante o constantes en la diversidad de situaciones que muestran un ejercicio deshumanizado de la medicina, para luego examinar las condiciones en que esa constante se precipita manifestándose como deshumanización. Ese trabajo es de naturaleza teórica. Partamos, pues, de lo ya anunciado al principio de esta primera parte, el análisis de la relación médico-paciente.

1.2. Segunda aproximación:

1.2.1 La expresión de la deshumanización en la relación médico-paciente.

De entrada todos coincidiríamos en que la relación médico paciente, RMP, en la medida en que es un vínculo entre seres humanos, es una relación social, y en que su análisis demanda un enfoque sociológico. En el estudio de lo social, sin embargo, convergen muchas disciplinas; por tal motivo hemos de construir progresivamente nuestro punto de vista considerando algunos aspectos de distintas posturas en relación con lo sociológico. En primer lugar exploremos un poco la noción de relación.

¿Qué es una relación? En el diccionario etimológico de J. Corominas¹⁴ se propone que la palabra 'relación' es un derivado de 'referir' que a su vez tiene su origen en preferir (*ferre*, llevar). Otros conceptos asociados son referente, referencia, transferencia. Asimismo, 'relación' se asocia con la palabra latina *relatio*, *relationis*, *relationem*, "lo que hace referencia", y con *relatum*, *relatar* (referirse a otro).

Es interesante observar que casi todos los conceptos conectados con "relación", tanto su antecesor como sus derivados, están vinculados, de una u otra forma con el lenguaje: referir, referente, referencia, transferencia, relato, etcétera. Andemos pues, un poco, ese camino que se nos abre.

1.2.2. Análisis de la relación médico-paciente como hecho del lenguaje.

Relación es lo que hace referencia. Pero ¿qué significa hacer referencia? Hacer referencia es vincular, en el lenguaje, en un relato —como sugiere la derivación latina del concepto—, una cosa con otra. Para nuestros fines "relación" es aquello que, en el plano del lenguaje, vincula a un sujeto social con otro; específicamente a un médico con un paciente.

Esta primera aproximación tiene algo de semejante con el "fundamento de la relación médico-enfermo" que el gran historiador de la medicina, Pedro Laín Entralgo, plantea en su trabajo *La relación médico-enfermo*¹⁴. *Historia y teoría*:

"1. El *Fundamento de la relación médica*. Llamo así a la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y el enfermo, por el hecho de haberse uno y otro encontrado, en cuanto tales, entre sí; vinculación cuya índole propia depende, ante todo, de los móviles que en el enfermo y en el médico han determinado ese su mutuo encuentro. La relación médica tiene, pues un fundamento genérico y otro dualmente específico. Su *fundamento genérico*: que un hombre preste ayuda al menester del otro. «Clínica auténtica —ha escrito, con certera concisión, Jiménez Díaz— es la que ejercita un hombre frente a otro hombre». El hombre es un ser constitutivamente menesteroso, *ens indigens*. Tiene necesidad del cosmos energético y material, y por esto respira e ingiere alimentos; no menos necesita de los otros hombres, y así lo patentiza cuando, queriéndolo o no, con ellos se encuentra desde su nacimiento; necesita, en fin, alguna convicción personal acerca del fin último de su existencia, y por lo tanto cierta referencia de ésta a su *ens fundamentale*, Dios o el sucedáneo de Dios. La compleja menesterosidad del hombre — especialmente aguda y sensible en ciertas situaciones, la enfermedad entre ellas— pide desde su mismo seno actos de ayuda; en último extremo, actos de donación amorosa, porque toda ayuda que no sea pura operación de compraventa es en su entraña misma un acto de amor. Tanto como *ens indigens*, el hombre es *ens offerens*, aunque su libertad convierta a veces en indiferencia o en odio lo que siempre debiera ser ofrecimiento y amor; y así el binomio menester-amor viene a constituirse en fundamento genérico de la relación médica, cuando ésta no se halla viciada por el predominio o la exclusividad de otros intereses menos nobles".¹⁵

¹⁴ COROMINAS J. y PASCUAL J. A. *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico* Editorial Gredos, Madrid, 1981. Volumen IV. PP. 632-633.

¹⁵ Actualmente se utiliza el concepto *Relación médico-paciente* porque en él se incluyen también las relaciones del médico con la persona sana en el campo de la medicina preventiva.

¹⁵ LAÍN Entralgo, P. *La relación médico-enfermo. Historia y teoría* Alianza Editorial, Madrid, 1983. p. 21.

Además del "fundamento de la relación", Lain Entralgo nos ofrece cuatro momentos que, junto al fundamento, conforman lo que él llama la estructura de la relación médico-enfermo, estos son: el momento *cognoscitivo*, el momento *operativo*, el momento *afectivo*, y el momento *ético-religioso*. Vayamos primero con el fundamento:

Genéricamente hablando, para Lain Entralgo, el fundamento de la relación médico-enfermo, como él la llama, es la propia condición humana; condición de menesterosidad, de incompletud, de falta de autosuficiencia, de necesidad de apoyo, elementos todos constitutivos del ser humano.

Lo que hay que añadir es que el ser humano no respira e ingiere alimentos del mismo modo en que lo hace un animal en su medio: éste, como sabemos, es un eslabón de una cadena trófica donde toma del medio aquello que lo hace vivir y, por otro lado, es tomado por los otros animales en el mismo sentido. En el medio natural, la vida se paga con la vida, para decirlo en otros términos.

Un ser humano satisface sus necesidades fundamentales a través de su inserción en procesos económicos o, en su defecto, a través de su vinculación con instituciones ligadas a la economía. Ésta es la fuente, por excelencia, de los bienes y servicios que hacen posible la vida humana entendida, claro está, como vida social. En otras palabras, la producción de satisfactores se ha institucionalizado de tal modo que la vida sólo puede satisfacerse acatando las normas sociales. La vida humana, aun en su parte biológica también es, desde este punto de vista, profundamente social. La interdependencia humana también puede ser entendida, junto con Marx, del siguiente modo:

"La dependencia mutua y generalizada de los individuos reciprocamente indiferentes constituye su nexo social. Este nexo social se expresa en el *valor de cambio*. El poder que cada individuo ejerce sobre la actividad de los otros o sobre las riquezas sociales, lo posee en cuanto es propietario de *valores de cambio de dinero*. Su poder social, así como su nexo con la sociedad, lo lleva consigo en el bolsillo."¹⁶

¹⁶ MARX, Karl *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (Grundrisse) 1857~1958*. Siglo XXI, México, 1980. Decimoprimer edición. p. xxi.

Claro está que un obrero, por ejemplo, lleva en el bolsillo el producto de la venta de su fuerza de trabajo y con ese dinero, como valor de cambio, satisface sus necesidades comprando los bienes y servicios que otros han producido. De esa manera, la satisfacción de sus necesidades, a través de las reglas económicas, es un activador del metabolismo social puesto que el intercambio aviva la producción de bienes y con ello, la gran institución de la vida social; es decir, la economía.

Nótese que el gran activador económico no son las necesidades de los individuos, sino *la satisfacción* de esas necesidades a través del intercambio regido por las reglas económicas. Esto ha provocado una indiferencia social hacia la mera necesidad del individuo y un deslizamiento de la atención hacia el valor de cambio.

Esta situación es particularmente traumática en el ámbito de la relación médico-paciente; es decir, cuando una persona no es atendida por falta de dinero. Al respecto, Lain Entralgo plantea que "la libertad" del médico puede convertirse en indiferencia. En realidad es al revés: la sujeción del médico a las reglas económicas y sociales es lo que atrae su mirada al bolsillo del paciente como condición previa para considerar o no su menesterosidad y la "ayuda" que pueda brindarle.

Lo que está en juego es una gran paradoja: las reglas económicas y sociales, al mismo tiempo que son condición de humanidad para la vida, son también productoras de condiciones deshumanizantes.

La vida en sociedad desdobra la vida humana; ella no es, de manera exclusiva, un sistema viviente, también es un sistema existente. Los seres humanos no somos sólo materialidad biológica; también existimos como hombres, mujeres, niños, niñas, etcétera; condición existencial que, en primer lugar, es algo que nos viene de los demás y, simultáneamente, nos liga con ellos en el campo del discurso, desde donde se apalabran demandas, necesidades, posiciones, entre otras cosas.

En el mismo sentido, los seres humanos existimos como obreros, empleados, estudiantes, directores, patrones, etcétera. Existencia que no es observable al microscopio, ni precipitable por alguna reacción química, porque sólo puede expresarse en el lenguaje y a través de él.

Efectivamente, la existencia humana no es concebible fuera de las relaciones e interacciones entre seres humanos. Por eso, aunque para efectos de análisis frecuentemente hablamos de individuos, no debemos olvidar que, en el plano de la existencia, todo individuo es un ser social.

El secreto de las relaciones humanas es, por otro lado, muy simple; y tal vez por ello con frecuencia se pierde de vista: éstas son posibles gracias a la falta de autosuficiencia señalada por Lain Entralgo y por Marx; o por la "falta en ser", para decirlo en términos de Lacan¹⁷, que es característica fundamental de los seres humanos.

Para decirlo de otra manera, el ser humano existe sólo en su relación con los demás seres humanos. Esa relación, por otro lado y como ya apuntamos líneas arriba, no es igual a la relación que vincula a los animales en su medio natural. Las relaciones humanas se encuentran mediadas por el lenguaje.

Efectivamente, ya vimos que ni siquiera la satisfacción de las necesidades materiales de los seres humanos puede realizarse fuera del ámbito de las relaciones con los demás y que, por otra parte, esta satisfacción se encuentra sujeta a las leyes económicas y sociales. Esto quiere decir que los actos humanos, incluido en ellos el acto del intercambio económico, se encuentran "hechos palabra" en las leyes sociales; la ley también es lenguaje. Es por lo anterior que, de entrada, aceptamos que *relación* es aquello que vincula a un ser humano con otro, en el plano del lenguaje. Continuemos con esta línea de trabajo.

Algunas preguntas surgen, necesariamente, de las afirmaciones vinculadas a la noción de relación: ¿las relaciones que vinculan las cosas son iguales a las que vinculan a los seres humanos? Si son diferentes ¿en qué consiste esa diferencia? Por qué se dice que una relación enlaza a un sujeto social con otro ¿Qué es un sujeto social?, ¿es diferente de un individuo o de una persona o de un ser humano?, ¿a cuál de estos conceptos nos referiremos cuando hablamos de la

¹⁷ LACAN, J. *El seminario de Jacques Lacan. El yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica 1954-1955* Libro 2. Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Buenos Aires, 1992. p. 334.

"deshumanización de la medicina"? ¿qué se trata de afirmar cuando se le atribuye al lenguaje un "poder" para ligar cosas y seres humanos entre sí?, ¿qué se entiende en este trabajo por *lenguaje*?

Entre las relaciones que ligan conceptualmente las cosas y las que vinculan seres humanos hay semejanzas y diferencias. La primera divergencia, tal vez la más patente, es que una parte fundamental de la interacción entre humanos pasa por el lenguaje en su sentido amplio, es decir: hablado, escrito, no verbal, etcétera; en otras palabras, las relaciones humanas se entablan en gran medida en el plano de lo simbólico; mientras que las cosas se relacionan a través de otro tipo de vínculos que los hombres de ciencia denominan como relaciones físicas y químicas.

Una peculiaridad humana es la capacidad para traducir las distintas formas de lenguaje al lenguaje hablado y, por esa vía, incorporarlas a la lengua. La misma expresión "lenguaje no verbal", por ejemplo, es la expresión hablada del lenguaje que no emplea la verbalización para manifestarse. Por este camino nos percatamos de que verbalizar no es la única manera de hablar o; dicho lúdicamente, los seres humanos no necesitamos hablar para hablar. Veamos algo de lo que dice Martín Heidegger al respecto:

"El ser humano habla. Hablamos despiertos y en sueños. Hablamos continuamente; hablamos incluso cuando no pronunciamos palabra alguna y cuando sólo escuchamos o leemos; hablamos también cuando ni escuchamos ni leemos sino que efectuamos un trabajo o nos entregamos al ocio. Siempre hablamos de algún modo, pues el hablar es natural para nosotros. Este hablar no se origina siquiera en una voluntad particular. Suele decirse que el hombre posee el habla por naturaleza. La enseñanza tradicional postula que el hombre, a diferencia de la planta y del animal, es el ser viviente capaz de habla. Esta frase no quiere decir solamente que el hombre, además de otras facultades, posee también la de hablar. Quiere decir que solamente el habla capacita al hombre para ser aquel ser viviente que, en tanto que hombre, es. El hombre es hombre en tanto que hablante. Lo ha dicho Wilhelm von Humboldt, pero aún está por meditar lo que significa «el hombre»".¹⁸

1.2.3. Lenguaje y sujeto en la relación médico-paciente.

Ahora bien, cuando decimos que las relaciones humanas se entablan fundamentalmente en el plano de lo simbólico, no pretendemos decir que sólo sean simbólicas. En realidad los seres humanos podemos interactuar físicamente, pero no exclusivamente de manera física. ¿Qué pretendemos decir con esto? En *El Seminario de Jacques Lacan*, sobre las psicosis, el médico psiquiatra y psicoanalista francés nos dice:

"Cuando le dan una bofetada a un niño, ¡pues bien!, llora, eso se comprende; sin que nadie reflexione que no es obligatorio que lllore. Me acuerdo del muchachito que, cuando recibía una bofetada preguntaba: *¿Es una caricia o una cachetada?* si se le decía que era una cachetada, lloraba, formaba parte de las convenciones, de la regla del momento, y si era una caricia estaba encantado. Cuando se recibe una bofetada hay muchas maneras de responder a ella además de llorar, se puede devolverla, ofrecer también la otra mejilla, también se puede decir: *Golpea, pero escucha.*"¹⁹

Para la física una cachetada en una mejilla es una colisión de dos cuerpos. La magnitud del impacto de la colisión puede calcularse, aproximadamente, considerando la masa de la mano, por un lado, y la masa de la cabeza de la cual forma parte la mejilla, por otro lado; la velocidad con la que la mano es dirigida hacia la mejilla, y el estado de reposo o movimiento de la cabeza cuando colisiona con la mano, etcétera, etcétera.

¹⁸ HEIDEGGER, Martin *De camino al habla* Ediciones del Serbal-Guitard, Barcelona, 1987. p.11.

¹⁹ LACAN, J. *El Seminario de Jacques Lacan. Las psicosis 1955-1956* Libro 3. Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Buenos Aires, 6ª reimpresión de la primera edición castellana, 1992 pp. 15-16. El texto original dice: "Quand vous donnez une gifle à un enfant, eh bien! ça se comprend, il pleure — sans que personne réfléchisse que ce n'est pas du tout obligé, qu'il pleure. Je me souviens du petit garçon qui, quand il recevait une gifle, demandait — *C'est une caresse ou une claque?* Si on lui disait que c'était une claque, il pleurerait, ça faisait partie de conventions, de la règle du moment, et si c'était une caresse, il était enchanté. Ça n'épuise d'ailleurs pas la question. Quand on reçoit une gifle, il y a bien d'autres façons d'y répondre que de pleurer, on peut la rendre, e aussi tendre l'autre joue, on peut aussi dire — *Frappe, mais écoute.*" LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre III. Les Psychoses.* Texte établi par Jacques-Alain Miller. Seuil. Paris. 1981. pp. 14-15.

Físicamente hablando una colisión es una colisión aquí y en cualquier sitio del universo y no hay lugar para otro significado y, menos aún, para una multiplicidad de significados sobre un mismo acontecimiento; y todavía menos, para significados contradictorios como la "caricia" o la "cachetada" de la cita de Lacan.

Consideremos este asunto desde el punto de vista de Edward T. Hall; quien nos dice al respecto:

"En la década de los treinta, Benjamin Lee Whorf, químico e ingeniero de profesión pero aficionado a la lingüística, se puso a estudiar con Sapir. Los trabajos de Whorf, basados en el estudio de los indios hopis y shawnees, tenían implicaciones revolucionarias para la relación del lenguaje con el pensamiento como con la percepción. Según él, el idioma es algo más que un simple medio de expresar el pensamiento. Es en realidad un *elemento principal en la formación del pensamiento*. Además, para servirnos de una figura de nuestros días, la misma percepción por el hombre del mundo que lo rodea está programada por la lengua que habla, igual que una computadora. Y como ésta, la mente del hombre registra y estructura la realidad exterior solamente de acuerdo con ese programa. Como dos lenguas suelen programar la misma clase de sucesos de modo totalmente diferente, ningún sistema filosófico, ninguna creencia podría considerarse disociada del lenguaje. Solamente en los últimos años, y nada más para un puñado de personas, se hicieron evidentes las implicaciones del pensamiento de Whorf. Difíciles de captar, resultan estremecedoras si se les dedicaba cuidadosa atención. Herían en la raíz a la doctrina del 'libre albedrío', porque indicaban que todos los hombres son cautivos del idioma que hablan, al par que lo consideran una cosa natural.

La tesis de este libro y de *The silent language*, su predecesor, es que los principios expuestos por Whorf y los lingüistas sus colaboradores en relación con el lenguaje se aplican de igual manera al resto del comportamiento humano... y en realidad a toda la cultura. Creyóse durante mucho tiempo que era la experiencia lo que todas las personas comparten y que siempre era posible en cierto modo soslayar lengua y cultura y remitirse a la experiencia para llegar hasta otro ser humano. Esta creencia implícita (y a menudo explícita) acerca de la relación del hombre con la experiencia se basaba en las suposiciones de que, cuando dos seres humanos son sometidos a la

misma "experiencia", virtualmente entran los mismos datos en los dos sistemas nerviosos centrales y los dos cerebros los registran del mismo modo".²⁰

Este último punto de vista neurológico, puede verse, no es otra cosa que la extensión del paradigma físico-químico al campo de los fenómenos humanos o; tal vez, la simple afirmación — pero cargada de consecuencias— de que la fisiología del sistema nervioso, en tanto que opera bajo leyes físico-químicas tiene insumos, procesos y productos de la misma índole es decir, también físico-químicos.

No hay en esos planteamientos criticados por Hall, más que el plano de la física y, en consecuencia, la única explicación posible es física. Otra versión de los hechos es vista, simplemente, como algo erróneo. En este enfoque, que aún es dominante en el campo de la medicina, existe una correspondencia biunívoca entre las relaciones y su significado; dicho de otra manera: "a estas únicas relaciones sólo les corresponde este único significado" o "a este único significado sólo le corresponde estas únicas relaciones".

Ahora bien, un hecho físico fuera de la interpretación física, es una multiplicidad de hechos; de hechos del lenguaje. No afirmamos que desaparezca su dimensión física sino que ésta puede ser interpretada y reinterpretada al infinito en función directa de los diferentes sujetos sociales que enlaza: la cachetada física al niño, por ejemplo, es el soporte material de las interpretaciones o significados adjudicados por los sujetos en cuestión.

Dichos significados —y no sólo el sentido físico que puede atribuirle la física—, son el material de las relaciones humanas. De ahí nuestra afirmación que las relaciones humanas ocurren, fundamentalmente, en el plano de lo simbólico.

En este sentido, para la vida cotidiana de los seres humanos, son más importantes los significados adjudicados a un hecho que el propio hecho en sí mismo o, mejor dicho, que el hecho

²⁰ HALL, Edward T. *La dimensión oculta*. Siglo XXI. México. Decimoprimer edición en español, 1987. pp. 6-7.

como pretende interpretarlo la física. Esos significados son el material de las relaciones humanas, por eso es que partimos del concepto "relación" como aquello que enlaza, en el plano del lenguaje, una cosa con otra, o un sujeto social con otro sujeto social.

El predominio de la interpretación físico-química en el terreno de la medicina es muy apreciado debido, entre otras cosas, a que la adopción de ese enfoque permitió a la medicina su ingreso en el terreno de la ciencia durante el siglo XIX en Europa. ¿Significa lo anterior que el médico científico concibe al paciente como una cosa sin considerar los significados que éste tiene de sí mismo, de su cuerpo, de su enfermedad y de su sufrimiento? En realidad esa situación ocurre y está remarcada por los autores citados al principio; sin embargo, sólo se expone en calidad de denuncia. Sigamos adelante.

Desde el punto de vista de la teoría de la comunicación, las relaciones humanas consisten en un "intercambio de significados" que se dan a través de canales de comunicación; así por ejemplo el emisor elige un canal para emitir su mensaje, el receptor lo decodifica de acuerdo con el código preestablecido y accede al significado del emisor. Para que el receptor conteste el mensaje y adopte el rol de transmisor, el proceso se repite en sentido inverso. En cada ciclo de esta interacción los significados de cada uno son transferidos hacia el otro. Cuando hay problemas en la comunicación puede deberse, por ejemplo, a una mala elección del canal o a la presencia de ruido en él; a algún problema en el código utilizado, etcétera.

Esto suena bastante coherente ya que la mayoría estamos familiarizados con esa teoría que parece tener estatuto de "oficial" en casi todo el mundo pero el asunto, como nos interesa plantearlo, es distinto. Examinemos más de cerca la cuestión. Para ello es necesario introducir la noción de *significante*.

Hagamos una primera precisión. Desde el punto de vista que nos interesa plantear, el intercambio fundamental en las relaciones establecidas entre seres humanos no es de significados sino de significantes. Significantes que el sujeto significa en su relación con el otro. Vayamos paso a paso con este asunto: el niño recibe la cachetada en calidad de *significante*, esto quiere decir que

no sabe cómo significarla hasta que, después de haber preguntado al otro “¿es caricia o es cachetada?”, opta por llorar o quedar encantado de acuerdo con la respuesta recibida.

El significado del significante “cachetada” depende, entonces, de otro significante que es demandado por el niño para poder “dar significado” a lo vivido. El significado se produce, entonces, *entre dos* significantes. Estos significantes, parafraseando a Lacan, son los representantes de los sujetos en cuestión: el golpeador y el cacheteado. Tratemos de explicar un poco más el asunto.

En la cachetada asestada al niño no es necesario que, efectivamente —es decir en el plano de lo físico— se golpee al niño para provocar su llanto: con que alguien, significante para él, le *diga* que le va a dar una cachetada el niño puede romper en llanto. En este caso no ha mediado ningún hecho físico; la palabra “cachetada”, en tanto significante, ha bastado para producir un efecto similar al de una cachetada física.

Aquí podemos establecer otra gran diferencia de las relaciones humanas frente a las relaciones entre cosas: en las primeras, hay ocasiones en que basta la palabra significante para engendrar un significado que produce efectos similares a los de un hecho físico. Las cosas, por su parte, son indiferentes a nuestras amenazas y, por otro lado, entre ellas no existen relaciones simbólicas similares a las establecidas entre seres humanos. Un capítulo aparte son los animales, y un subcapítulo muy especial lo constituyen los animales domésticos debido a la influencia que sobre ellos tiene el lenguaje humano. Este tema no será tratado aquí.

Los médicos conocen el efecto de la palabra en el cuerpo del paciente: en ocasiones ante un dolor que no cede, por ejemplo, le dicen algo parecido a lo siguiente: “*vamos a tener que recurrir a una médica extrema, le vamos a administrar un analgésico muy potente*”. En realidad suministran un analgésico cualquiera, inclusive de los ya administrados previamente al paciente pero con “otro nombre”, o una sustancia inerte. En muchas ocasiones el procedimiento funciona: se retira el dolor. Esto es denominado entre los médicos como “efecto placebo”.

Desde el punto de vista que venimos desarrollando es claro que el resultado obtenido proviene de la significación del paciente en su relación con el médico. Este enfoque tal vez podría explicar por qué el "efecto placebo" se produce dentro de ciertas relaciones médico-paciente y en otras no. Es decir, donde el efecto opera, probablemente se debe a que el médico o algún otro elemento de la relación con éste, es significativo para el paciente, mientras que en otros casos no es así.

Esto no quiere decir que el médico a quien no le funciona el efecto placebo no sea significativo. De alguna manera siempre es significativo para el enfermo, pero de otra cosa distinta a aquello que permita al paciente significar su alivio. Por otro lado, en tanto que las relaciones médico-paciente son todas distintas puesto que se establecen con diferentes personas; un médico que no tiene éxito en alguna de ellas, puede tenerlo en otras.

Uno podría preguntarse ¿por qué no se utilizan más estos recursos que, de entrada, se aprecian "tan humanos"? Las respuestas pueden ser muchas, la atención médica burocratizada, la atención masiva o mercantilizada, etcétera. Sin embargo, dentro de la línea de pensamiento que venimos exponiendo, hay algo que resulta muy llamativo: la definición de placebo. Según el diccionario Pequeño Larousse, "placebo" tiene el siguiente significado convencional: "Sustancia inactiva que se administra en lugar de un medicamento para estudiar la acción psicológica y la acción farmacológica de este último"²¹

Es claro que la definición se inscribe en el campo de la investigación y no en el terreno de la atención médica, sin embargo, con las salvedades del caso, es notorio que el núcleo de la definición está en "la sustancia" denominada allí como "inactiva". Observemos entonces, la concepción físico-química en pleno: ¡tanto a la sustancia inactiva como a la sustancia activa (medicamento) se les atribuyen acciones psicológicas!. Al medicamento, además, se le atribuyen las acciones farmacológicas.

²¹ *Pequeño Larousse Ilustrado* Ediciones Larousse, Santafé de Bogotá, D.C., Colombia, 1998. p. 797

Es decir, tanto la acción psicológica como la farmacológica son entendidas como resultado exclusivo ¡de relaciones entre cosas! Se trata entonces de un pensamiento fisicoquímico que sólo puede entender los estados de una persona a partir de una determinada *sustancia* aunque, paradójicamente, ésta sea "inactiva".

¿Y por qué el uso de los signos de admiración? Porque es claro que en la interpretación de estos fenómenos está excluido el efecto del significante; lo cual es grave debido a que, como estamos viendo, éste se constituye como piedra angular para comprender las relaciones humanas.

Sigamos adelante con el análisis de la situación ya mencionada de la cachetada; en ella podría bastar con que la otra persona levantara la mano en un ademán amenazante para producir el llanto es decir, sin que mediara palabra alguna. El ademán —lenguaje no verbal—, es también significante.

Ferdinand de Saussure²² delimitó, aclaró y profundizó en lingüística muchos conceptos, entre otros, "significado" y "significante", "lengua" y "habla", "fonología" y "fonética", "diacronía" y "sincronía", e inauguró el análisis estructural que, posteriormente se extendió de manera amplia hacia muchas corrientes de pensamiento en ciencias sociales como la antropología de Lévi-Strauss y los planteamientos psicoanalíticos de Jacques Lacan.²³

Saussure mostró por vez primera la dialéctica entre los términos significante y significado, y expuso su dinámica: un gran número de significantes, por ejemplo *livre*, *book*, *liber*, libro, etcétera, remiten a un mismo significado: una imagen mental compuesta de un conjunto de páginas impresas, encuadernadas y empastadas, generalmente hecho de papel. Podemos apreciar que en la concepción de Saussure hay una primacía del significado sobre el significante. Lacan invirtió esa relación. Veamos cómo lo hizo.

²² DE SAUSSURE, Ferdinand *Curso de lingüística general* Alianza Editorial, México, 1992. Ver "Primera parte. Principios Generales. Capítulos I, II y III. I. pp. 87-127.

²³ Dentro del campo de la lingüística delimitado por Saussure no puede pasarse por alto el gran aporte de Roman Jakobson y el Círculo Lingüístico de Praga que redujeron las antinomias planteadas por aquél, constituyendo un cuerpo teórico unificado y coherente.

Para apreciarlo mejor, sigamos con el ejemplo del niño. Si la situación de cachetada fuera repetitiva, el niño podría suponer una bofetada aún en ausencia de una mano levantada, simplemente necesitaría que el otro adoptara el comportamiento previo, ya conocido por él, para presumir el encadenamiento de una serie de acciones que terminarían con un golpe en su cara. Desde esta perspectiva un significante, el comportamiento previo, remitiría a otro significante, el levantamiento de la mano, que desembocaría en un golpe.

En lo anterior tratamos de mostrar uno de los planteamientos lacanianos: el significado se desliza en una cadena de significantes; es decir, un significante no remite a un significado como lo planteó Saussure, sino que remite a otro significante. En ese deslizamiento de significante a significante lo que escapa es el significado.

Alguien podría decir que ya se encuentra mareado en este deslizamiento y, tal vez, exigiría ponerle punto final. Nos podría plantear, por ejemplo, que "el golpe es el significado que se viene deslizando en la cadena signifiante y que, una vez asestado, viene el significado y, por fin, todo esto acaba". Pero ya vimos que no es así necesariamente, pues por ahí empezamos: el golpe vuelve a encamar en un significante para el niño y éste tiene que preguntar al otro para poderlo significar. Es decir, el anhelado significado final se vuelve significante de algo más y el deslizamiento se encuentra otra vez en puerta. Veamos cómo lo plantea Lacan:

"Los detengo aquí un instante para que sientan hasta qué punto son necesarias las categorías de la teoría lingüística con las que intenté familiarizarlos el año pasado. Recuerdan que en lingüística existen el significante y el significado, y que el significante debe tomarse en el sentido del material del lenguaje. La trampa, el agujero, en el que no hay que caer, es creer que los objetos, las cosas, son el significado. El significado es algo muy distinto: la significación, les expliqué gracias a San Agustín que es tan lingüista como Benveniste, remite siempre a la significación, vale decir a otra significación. El sistema del lenguaje, cualquiera sea el punto en que lo tomen, jamás culmina

en un índice directamente dirigido hacia un punto de la realidad, la realidad toda está cubierta por el conjunto de la red del lenguaje. Nunca pueden decir que lo designado es esto o lo otro..."²⁴

Octavio Paz abordó el mismo asunto de la siguiente manera:

"Deberíamos someter el lenguaje a un régimen de pan y agua, si queremos que no se corrompa y nos corrompa. (Lo malo es que régimen-de-pan-y-agua es una expresión figurada como lo es la corrupción-del-lenguaje-y-sus-contagios.) Hay que destejer (otra metáfora) inclusive las frases más simples para averiguar qué es lo que encierran (más expresiones figuradas) y de qué y cómo están hechas (¿de qué está hecho el lenguaje? Y, sobre todo, ¿está hecho o es algo que perpetuamente se está haciendo?). Destejer el tejido verbal: la realidad aparecerá. (Dos metáforas.) ¿La realidad será el reverso del tejido, el reverso de la metáfora —aquello que está del otro lado del lenguaje? (El lenguaje no tiene reverso ni cara ni lados.) Quizá la realidad también es una metáfora (¿de qué y/o de quién?). *Quizá las cosas no son cosas sino palabras*: metáforas, palabras de otras cosas. ¿Con quién y de qué hablan las cosas-palabras? (Esta página es un saco de palabras-cosas) Tal vez, a la manera de las cosas que hablan con ellas mismas en su lenguaje de cosas, el lenguaje no habla de las cosas ni del mundo: habla de sí mismo y consigo mismo."²⁵

Desde estos puntos de vista, toda la realidad está cubierta por, llamémosle así, una "capa de lenguaje", aún nosotros mismos, puesto que formamos parte de la realidad para otros; y también los otros, debido a que forman parte de la realidad para nosotros.

Cuando le explico a otra persona el significado de mis actos, aspiro a que comprenda el sentido de mi comportamiento; pero una vez que hablo eso que entiendo como "el significado de mis actos" es escuchado por el otro en calidad de significantes y les adjudica otro significado desde sí mismo. Resulta frecuente que, transcurrido un lapso, ninguno de los dos sabemos de qué estamos hablando; o que, después de mucho tiempo, nos percatemos de que estábamos hablando, aparentemente, de lo mismo.

Desde el punto de vista de Lacan, podemos darnos cuenta que tanto mi voz como mi imagen, mi nombre, mis ademanes, mi historia, mi lugar familiar, institucional o social, etcétera, son

²⁴ LACAN, Jacques *Op. Cit.* p. 51.

²⁵ PAZ, Octavio *El mono gramático* Seix Barral, Biblioteca de Bolsillo, Barcelona, 1996. pp. 25-26

significantes para el otro y que lo mismo ocurre desde el otro hacia mí. El otro, entonces, significa mis palabras sin poder eludir la influencia de “la capa de significantes” que me cubre y yo hago otro tanto cuando él me habla. Debido a lo anterior, tanto él como yo mentalmente nos preguntamos cuando nos escuchamos, “¿me dijo ‘x’ para que entienda ‘y’, o *realmente* piensa que es ‘x’?”

Esta pregunta carece de respuesta si pensamos que puede haber un significado “real” de lo que el otro habla: el significado no apunta a las cosas reales ni a los objetos de la realidad; apunta a otra significación.

Todavía no hemos terminado con lo de la cachetada: la propia pregunta del niño o, más precisamente, el mero acto de preguntar es un significante que lo representa; y ¿qué del niño podría representar su acto de preguntar?, por ejemplo su debilidad ante la fuerza del adulto. El mismo Lacan dice que una cachetada puede responderse de distintos modos: el que la devuelve, por ejemplo, significa con su acto que, de algún modo, se encuentra en igualdad de circunstancias con el otro. El que pone la otra mejilla significa con su acto que es un creyente de ciertos principios religiosos y que, sobre todo, se encuentra sujeto a ellos, etcétera.

Como vemos, preguntar por el sentido de la cachetada, devolverla o poner la otra mejilla, son significantes que representan al sujeto frente a otro significante que es la cachetada. La cachetada, es el significante que representa al golpeador, las posibles repuestas son los significantes que representan a los otros sujetos.

¿Qué significa entonces el significante? el significante por sí solo significa nada; es decir, requiere de otro significante para poder significar algo. En el caso anterior, la significación que se produce entre significantes es el sujeto. En la definición de significante de Lacan, el sujeto y el significante son inseparables: “Nuestra definición del significante (no hay otra) es: un significante es lo que representa al sujeto para otro significante”.²⁶

²⁶ LACAN, Jacques “Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano” en *Escritos 2* Siglo XXI, México, Decimoséptima edición en español, 1993. p. 799. El texto original dice: “Notre définition du signifiant (il n’y en a pas d’autre) est: un signifiant, c’est ce qui représente le sujet pour un autre signifiant”. LACAN, Jacques. “Subversion du sujet et dialectique du désir dans l’inconscient freudien” en *Ecrits II*. Editions Seuil. Paris. 1999. p. 299.

Y ¿"qué pitos toca" el sujeto en la definición de significante de Lacan? Debe ser porque las piedras no hablan y porque a los animales —aunque se comuniquen— les está vedado el acto de la significación a partir de significantes; es decir, porque sólo los seres humanos, en calidad de sujetos del lenguaje, son los únicos que se valen de la representación para relacionarse con los otros; y porque, finalmente, para relacionarnos, sólo podemos representarnos, los unos a los otros, a través de significantes. De ahí que "un significante es lo que representa a un sujeto para otro significante".

En el lenguaje el ser humano es, entonces, un sujeto. Entre dos significantes se produce un significado, el significado es el sujeto. En la referencia de Lacan al muchachito de la cachetada se muestra claramente, el niño demanda para saber cómo significarse: como "acariciado" o como "castigado" el significado, entonces, es el niño. El niño desea saber *que es* para el otro en ese momento preciso: acariciado o castigado.

1.2.4. Significante y Cultura

Alguien podría objetar: no es necesario que el muchachito reaccione, por ejemplo, con una pregunta; la reacción depende de la cultura a la pertenezcan los sujetos. Esto es cierto, Lacan mismo dice que la respuesta depende de la convención, y todos sabemos que los significados también tienen un buen grado de convencionalidad en cada cultura particular.

Si el niño en cuestión fuera, por ejemplo, miembro de una cultura guerrera, la cachetada podría ser significante de un desafío y la respuesta podría ser el combate inmediato en tanto que eso —el combate— representaría al niño en su calidad de guerrero. Vemos, pues, que el carácter convencional, impuesto por cada cultura a los significados en nada modifica el planteamiento que tratamos de exponer aquí.

Ser miembro de una cultura particular implica conocer el *relato* que la vuelve tal. Es decir, la narración que estructura las relaciones y las regula en el plano de lo simbólico. Lo que nos hace mexicanos, por ejemplo, es que todos conocemos el relato de los mexicas que, guiados a su vez por otro relato, se establecieron en el lugar donde encontraron un águila posada en un nopal devorando una serpiente, etcétera. Esa historia nos asigna un lugar social y, desde allí, con todo lo que ello implica, interactuamos con los demás. En esa interacción, por supuesto, el lugar social del otro también es significativo para mí.

Ser humanos en general nos remite al habla, ser mexicanos en particular también nos remite al habla, pero bajo la forma de un relato —o relación como apuntábamos desde el principio— específico. Y como nadie anda por ahí diciéndose "ser humano en general" sino que circulamos por la vida en calidad de mexicanos, chinos, migrantes, exiliados, etcétera; marcados, además, por otros relatos referidos a subdivisiones internas como norteño, sureño; y otras narraciones particulares dentro de aquéllas; nos movemos en el espacio social llevando, parafraseando a Lacan, nuestro lugar pegado simbólicamente a la suela de nuestros zapatos, pues desde él entablamos relaciones con los demás.

Tal vez alguien podría preguntar ¿y los pueblos que no tienen una historia nacional formal, escrita y difundida oficialmente en las escuelas cómo ocurre en México? ¿cómo interactúan? Desde el punto de vista expuesto, no existe pueblo sin historia pues, precisamente, esa historia es la que hace al pueblo y es la que constituye la dimensión del "nosotros".

Cierto es que, desde el punto de vista histórico se considera a la escritura como punto de partida de la historia. Sin embargo, la narración oral cumple una función similar a la de la historia escrita pues tanto la una como la otra son lenguaje y pasan por la lengua para ser transmitidas.

Que la narración adopte la forma de historia escrita o de relato oral no le quita absolutamente nada de su carácter constituyente de una organización social.

Tampoco disminuye o se debilita esta función social por el hecho de que, entre otras cosas, narre acontecimientos que no ocurrieron realmente. De hecho la organización de la vida social en la antigüedad —veremos algunos detalles en la segunda parte de este trabajo— giró alrededor de los mitos; muchos de los cuales trascendieron su tiempo y constituyen, junto con otros mitos modernos, un importante campo de estudio que se preserva hasta la actualidad.²⁷

La convencionalidad de los significados referida a la cultura, atraviesa entonces diferentes capas sin que ello altere el planteamiento original de que los hechos sociales también son hechos del lenguaje. Estas "capas" son: un relato o historia nacional, una historia regional, otra local, etcétera, todos ellos, vale decir, hechos de palabras.

En este sentido, a la citada teoría de la comunicación y a las consideraciones que desde ese punto de vista se hacen sobre la "comunicación" entre un médico y un paciente se les escapa que todos escuchamos y hablamos a los demás desde un lugar singular; nuestro lugar en el mundo, que expresamos a través de la lengua y otros actos significantes y que, a su vez, esa lengua se expresa a través de nosotros. Desde ese lugar significamos los significantes que escuchamos, vemos, sentimos, etcétera.

1.2.5. Sujeto, inconsciente y relación médico-paciente.

Ahora abramos otra dimensión en el hecho que veníamos analizando párrafos arriba. En las situaciones de interacción ya mencionadas hay una dimensión inconsciente, aunque todavía no estamos hablando de *inconsciente* en términos psicoanalíticos. Efectivamente, no pasa por la consciencia del niño abofeteado algo así como: "respondo a la cachetada con una pregunta y esa pregunta es el signifiante de mi debilidad ante este adulto que me golpea porque en la cultura en la que tanto él como yo estamos inscritos, está legitimado que los niños se sometan a los adultos". ¡No!

²⁷ Para una visión más amplia entre mito e historia pueden consultarse las conferencias de Lévi-Strauss de 1977, publicadas como LÉVI-STRAUSS, Claude *Mito y significado* Alianza Editorial, México, 1987.

“En esta perspectiva [el estructuralismo de Lévi-Strauss] los fenómenos sociales se definen, pues, como lenguaje: las conductas, las instituciones, las tradiciones, son mensajes que yo puedo descodificar. Cuando se trata de mi propia sociedad esta descodificación es automática e inconsciente y la cultura constituye entonces mi «experiencia vivida»”²⁸

Cabe mencionar que la concepción de estructura no es igual en Lévi-Strauss que en Lacan, como tampoco son los mismos campos el psicoanálisis, la sociología y la antropología; hagamos algunas diferencias:

“Lévi-Strauss se interesa por aquellos sistemas de regulación de la conducta social, de los cuales los actores no tienen consciencia o que sólo se reflejan en la consciencia de los actores por intermedio de una serie de deformaciones sistemáticas. El llamado estructuralismo converge así con la más firme tradición teórica de las ciencias humanas: la teoría marxista de la ideología y sus muchas derivaciones en el plano sociológico, y el psicoanálisis en el plano psicológico, planteos que en este sentido son complementarios. En ambos hemos aprendido que *la significación consciente de la conducta social* oculta, en mayor o menor medida, los verdaderos mecanismos de regulación.”²⁹

De lo anterior nos interesa señalar la convergencia de la sociología, la antropología, la filosofía, y el psicoanálisis en el campo del lenguaje. Cada una de esas disciplinas estudia los hechos sociales como hechos del lenguaje, pero desde diferentes puntos de vista. No se trata, pues, de confundirlos sino de señalar el campo que les es común. Veamos, a vuelo de pájaro, la diferencia específica que hace al psicoanálisis. Sigamos, para ello, con el ejemplo de la cachetada, ahora como un hecho trabajado por Sigmund Freud. En sus *Estudios sobre la histeria*, Freud nos describe lo siguiente:

²⁸ LÉVI-STRAUSS, Claude *Antropología estructural* Paidós, Barcelona, 1992. Introducción a la edición española por Eliseo Verón. pp. 17.

²⁹ LÉVI-STRAUSS, Claude *Op.cit.* pp. 15-16. Las cursivas son nuestras.

"La señora Căcilie sufría, entre otras cosas, de una violentísima neuralgia facial que le emergía de repente dos o tres veces al año, le duraba de cinco a diez días, desafiaba cualquier terapia y después cesaba como si la hubieran amputado. Estaba limitada a las ramas segunda y tercera del trigémino, y como había sin lugar a dudas uratemia, y un «*rheumatismus acutus*» no del todo claro había desempeñado cierto papel en el historial de la enferma, el diagnóstico de neuralgia gotosa era casi natural. Este diagnóstico era compartido por los médicos llamados a consulta y que vieron cada uno de sus ataques; la neuralgia estaba destinada a que la trataran con los métodos usuales: pincelación eléctrica, aguas alcalinas, purgantes, pero en todos los casos se mantenía incólume hasta que le daba la gana de dejar el sitio a otro síntoma. En los primeros años —la neuralgia ya llevaba quince— se culpó a los dientes de alimentar esa dolencia; los condenaron a la extracción, y un buen día, previa narcosis, se confirmó la ejecución de siete de los malhechores. Pero no fue fácil; los dientes estaban implantados con tal firmeza, que fue preciso dejarles las raíces en la mayoría de los casos. Éxito ninguno tuvo esta operación cruel: ni temporario ni duradero. La neuralgia se descargó una vez durante meses. También en la época en que yo emprendí mi tratamiento, a cada neuralgia llamaban al odontólogo; y todas las veces él declaraba hallar raíces enfermas, ponía manos a la obra, pero por lo común interrumpía a poco andar pues la neuralgia desaparecía de repente y, con ella, la demanda de odontólogo. En los intervalos, los dientes no dolían. Cierta vez en que un ataque descargaba sus furias, fui movido por la enferma al tratamiento hipnótico, dicté para los dolores una prohibición muy enérgica y ellos cesaron en lo sucesivo. Así empecé a dudar de la autenticidad de esa neuralgia.

Más o menos un año después de este éxito terapéutico hipnótico, el estado patológico de la señora Căcilie cobró un giro nuevo y sorprendente. De pronto le sobrevinieron estados diversos de los que había padecido en los últimos años, pero, tras alguna meditación, la enferma declaró que ya los había tenido durante la prolongada duración de su enfermedad (treinta años). Y de hecho se desarrolló una sorprendente multitud de incidentes histéricos que la enferma fue capaz de ir localizando en su correcto lugar del pasado, y pronto se volvieron también reconocibles las conexiones de pensamientos, harto enmarañadas muchas veces, que comandaban la secuencia de tales incidentes. Era como una serie de imágenes con un texto elucidador. Pitres, cuando postuló

su «*délire ecmnésique*»³⁰, debió de tener en vista algo de esta índole. Era en extremo singular el modo en que se producían esos estados histéricos pertenecientes al pasado. Primero, hallándose la enferma con su mejor salud, afloraba un talante patológico de particular coloración que ella por regla general equivocaba y refería a un suceso trivial de las últimas horas; luego, con creciente enturbiamiento de la conciencia, seguían unos síntomas histéricos: alucinaciones, dolores, convulsiones, largas declamaciones; por último, a todo ello subseguía el afloramiento alucinatorio de una vivencia del pasado que era apta para explicar el talante inicial y determinar el respectivo síntoma. Con esta última pieza del ataque de nuevo se hacía la claridad, los achaques desaparecían como por ensalmo e imperaba de nuevo el bienestar... hasta el siguiente ataque, medio día después. Por lo común me llamaban en el apogeo de ese estado, yo introducía la hipnosis, convocaba la reproducción de la vivencia traumática y ponía término al ataque mediante las reglas del arte. Recorrí con la enferma varios cientos de esos ciclos, y así adquirí las más instructivas informaciones acerca del determinismo de los síntomas histéricos. Y aun fue la observación de este singular caso en comunidad con Breuer la ocasión inmediata para que publicáramos nuestra «*Comunicación preliminar*».

Dentro de esta trabazón se llegó por fin a reproducir la neuralgia facial, que yo mismo había tratado ya como ataque actual. Sentía curiosidad por saber si aquí resultaría una causación psíquica. Cuando intenté convocar la escena traumática, la enferma se vio trasladada a una época de gran susceptibilidad anímica hacia su marido; contó sobre una plática que tuvo con él, sobre una observación que él le hizo y que ella concibió como una grave afrenta (mortificación); *luego se tomó de pronto la mejilla, gritó de dolor y dijo: «Para mí eso fue como una bofetada»* Pero con ello tocaron a su fin el dolor y el ataque. »

No cabe duda de que se había tratado de una simbolización; había sentido como si en realidad recibiera la bofetada. Ahora todo el mundo preguntará cómo es posible que la sensación de una «bofetada» se haya podido parecer en lo externo a una neuralgia del trigémino, limitada a las ramas segunda y tercera, que se acrecentaba al abrir la boca y masticar (¡no al hablar!).

³⁰ Aquí hay una nota de los editores al pie de página que dice: [La «ecmnesia» es, según Pitres (1981,2, pág. 290), «una forma de amnesia parcial en la cual se preserva íntegramente el recuerdo de sucesos anteriores a cierto período de la vida del paciente, en tanto que el recuerdo de los sucesos posteriores a ese período es abolido por completo»]

Al día siguiente, he ahí de nuevo instalada la neuralgia, sólo que esta vez se pudo solucionar por la reproducción de otra escena cuyo contenido era, de igual modo, un supuesto ultraje. Y así se siguió durante nueve días; parecía deducirse que durante años las afrentas, en particular las inferidas de palabra, habían convocado nuevos ataques de esa neuralgia facial por el camino de la simbolización.³¹

Esta larga cita merece un buen número de observaciones. Sin embargo, en función de nuestro tema, bien vale la pena hacer un comentario previo. No deja de impresionar el número y la diversidad de intervenciones médicas y odontológicas que tuvo Cécilie antes de ser tratada por Freud. Lo más traumático, tal vez, fue la extracción de siete piezas dentales sobre la base del diagnóstico médico de neuralgia. Ciertamente es que, durante esa época, aún no había nacido el psicoanálisis aunque, en calidad de embrión, ya estaba dando frutos como lo muestra el trabajo con la propia Cécilie.

No debemos olvidar que el mismo Freud era médico. También fue un muy brillante estudiante, destacado sobre todo en el terreno de la neurología, y posteriormente se inició como investigador en el campo de la fisiología donde llegó a publicar trabajos en medio de las publicaciones de grandes celebridades de aquel tiempo.

Lo más sorprendente, por supuesto después del descubrimiento del inconsciente y la invención del psicoanálisis, es que Freud fue, como médico, un ferviente defensor del punto de vista físico en medicina. Junto con Brücke, Ludwig, Helmholtz, Du Bois-Reymond, había jurado defenderlo de tal modo que absolutamente todos los fenómenos debían explicarse por medio de la reducción a su mínima expresión: atracción y repulsión de fuerzas físicas.³²

La existencia del psicoanálisis prueba que Freud cambió su punto de vista; es decir, no todos los fenómenos —y menos aún en el campo de la medicina donde se trabaja con seres

³¹ FREUD, Sigmund y BREUER, J. *Estudios sobre la histeria*. En *Obras completas de Sigmund Freud*. Amorrortu. Buenos Aires, 1987, Volumen II. pp. 189-191.

humanos— pueden explicarse exclusivamente desde el punto de vista físico. Desafortunadamente, el hecho de que un médico como Freud haya ampliado su punto de vista no se tradujo, automáticamente, en una ampliación del horizonte médico en general.

La concepción de los fenómenos médicos que se trasluce en la citada definición de placebo muestra que se sigue comprendiendo la salud y la enfermedad desde un punto de vista físico. Lo anterior no significa, por otro lado, que se niegue la subjetividad, de hecho nuestras primeras citas, todas ellas de renombrados médicos mexicanos, denuncian que los médicos no la toman en cuenta. Lo que queremos decir es que aún la subjetividad es considerada como el producto exclusivo de fenómenos fisicoquímicos.

En general, el punto de vista físico tampoco desconoce la subjetividad. De hecho existen muchos investigadores, sobre todo psicólogos y neurólogos, que hacen de ella su objeto de estudio. El problema consiste en que sólo la estudian desde un punto de vista fisicoquímico.

Todavía en la actualidad son frecuentes los relatos de algunos médicos —en el terreno de la amistad y las confidencias—, que narran ingresos de pacientes en los hospitales, similares a los que Freud atendió en su tiempo. Por lo regular, cuando no se encuentran las causas orgánicas que justifiquen objetivamente el estado de la persona, se les designa con las siglas "P. H." lo que significa "pinche histérico(a)"; a estas personas se les administra "una alemana" que consiste en una inyección de alcohol con agua destilada.

Los médicos cuentan —en el terreno de la confidencia, insistimos— que la aplicación es muy dolorosa para el paciente; y cuando uno pregunta si eso cura a la persona la respuesta es que no, pero que el histérico o la histérica, por efecto del dolor, lo pensará dos veces antes de regresar al hospital con sus síntomas.

³² Cfr. LACAN, Jacques. *El seminario de Jacques Lacan. Los escritos técnicos de Freud* Libro I. Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Buenos Aires, 1988. p. 12

Como vemos, desde la concepción fisicoquímica de la salud y la enfermedad, no hay lugar para padecimientos que no sean engendrados por un agente causal fisicoquímico —u orgánico como se le nombra en medicina. Si un paciente llega a un hospital con una sintomatología de ese tipo, regresará con ella a su casa.

Evidentemente que la curación del paciente es lo que allí queda hecho a un lado, porque en el sistema médico actual no hay lugar para síntomas sin causa orgánica. Lo anterior nos recuerda una antigua recomendación que Platón hacía a los médicos que lidiaban con pacientes difíciles; les decía algo parecido a lo siguiente: el remedio deberá ser mucho más intenso en dolor o en incomodidad que la propia enfermedad. De esa manera los síntomas de la enfermedad se asociaban en el paciente a la aparición inminente del remedio; el temor al remedio, entonces, alejaba los síntomas de la enfermedad. La lógica de la aplicación de la "alemana" como podemos ver es ya milenaria.

Lo anterior, sin embargo, nos lleva a recordar uno de los métodos de investigación farmacológica en psicofisiología: a una rata se le deja sin beber agua por 24 horas, luego se le coloca en un espacio donde hay un bebedero, llamado lamidómetro, éste es un dispositivo programado de tal modo que a cada cierto número de lamidas emite una descarga eléctrica en la lengua de la rata. El animal, entonces, entra en una "incómoda" disyuntiva por ambos lados: o soportar la sed para evitar la descarga eléctrica en su lengua, o soportar la descarga eléctrica para aliviar la sed.

Según los investigadores lo anterior introduce a la rata en una situación semejante a la ansiedad humana: en ese estado se prueban en ella los psicofármacos de la familia del *valium*, *librium*, etcétera.

Lo anterior nos da una idea de lo que posiblemente pasa en los llamados "histéricos" que son recibidos en las instituciones de salud: o se aguantan los síntomas para evitar el dolor de la inyección; o soportan la inyección para ahuyentar los síntomas. En cualquiera de los dos casos lo

que se encuentra allí negligido por la medicina actual es la naturaleza extrafísica de esos síntomas y cualquier noción y posibilidad en relación con su curación.

La falta de consideración de los hechos del lenguaje —y de las relaciones humanas donde ellos se engendran y ocurren— en calidad de agentes productores de alteraciones como los ataques histéricos, entre otros, es simultáneamente, una falta de consideración de lo humano. Es un ángulo más de la deshumanización de la medicina.

Hagamos ahora las observaciones que dejamos pendientes en relación con la larga cita de Freud. En realidad existen en la obra freudiana innumerables situaciones analíticas que ilustran mejor la llamada "causación psíquica" referida por el inventor del psicoanálisis; si retomamos este pasaje ha sido por la "cachetada" que tiene en común con la situación referida por Lacan.

Los *Estudios sobre la histeria* corresponden, en realidad, al momento pre-psicoanalítico de la obra freudiana, sin embargo, en ellos se encuentran una gran cantidad de conceptos y experiencias que posteriormente formarán parte del psicoanálisis, incluidos los elementos que consideramos aquí.

El recurso de la hipnosis, mencionado por Freud en el tratamiento de la señora Cécilie, fue abandonado precisamente porque sólo tenía efectos temporales y porque, según menciona el propio Freud, cuando a través de la hipnosis se suprimía algún síntoma, en su lugar aparecía otro, algunas veces más virulento que el suprimido. En realidad la hipnosis fue el preámbulo de la *asociación libre* o regla fundamental del psicoanálisis.

Por lo tanto, la hipnosis sólo fue importante para Freud en la medida en que le mostró el camino del lenguaje. Es decir, observó que una intervención verbal durante el estado hipnótico podía causar efectos sobre el cuerpo del enfermo, aunque todavía no eran los efectos que él, en ese momento, esperaba.

Por otra parte, es necesario comentar que la obra freudiana no se desarrolló teniendo al análisis estructural de la lingüística saussuriana como referente, a pesar de ser contemporáneas —

observemos que Freud habla del dolor facial como "simbolización"; es decir, no utiliza las categorías significado/significante—; sin embargo, en cuanto a la lógica del lenguaje, la coincidencia es asombrosa, lo cual nos muestra el genio de Freud.

Ahora vayamos a lo que nos interesa de manera central: la señora Căcilie sufre de un dolor en el rostro. Ese dolor "es" el efecto de una bofetada simbólica, pero la señora *no lo sabe* o, cuando menos, como se dice en psicoanálisis, *no sabe que lo sabe*. El esposo de Căcilie, muchos años atrás, le dirigió una grave afrenta que la señora apalabró después de mucho tiempo, dentro del tratamiento con Freud, con la frase «*Para mí eso fue como una bofetada*».

El dolor, entonces, era el efecto encarnado de la expresión lingüística —"bofetada"— con la que la señora Căcilie aprehendió lo que ella concibió como una grave afrenta de su marido. Lo asombroso de los efectos del lenguaje, que en este caso es correcto decir *efectos del inconsciente*, es que Căcilie nunca se enteró que aquello se había engendrado *en su relación con el marido*.

Hay que hacer notar que en el momento aludido, entre Căcilie y su marido, no hubo cachetada en el sentido físico del término, tampoco se habló de cachetadas, no hubo mano levantada, no hubo actuación de preámbulo de cachetada por parte del marido; sin embargo bastó con que el sentido de las palabras del esposo, por decirlo de algún modo, "tuviera acomodo" en una expresión del repertorio lingüístico de Căcilie: "*como si fuera bofetada*", para que se produjera posteriormente el efecto en su rostro sin que ella misma se percatara. Este hecho, junto con una gran cantidad de eventos similares recogidos por Freud en su trabajo clínico, lo llevó a descubrir el inconsciente y posteriormente a elucidar su funcionamiento en términos de la lógica del lenguaje.

Recapitemos: dentro del planteamiento estructuralista de la antropología de Lévi-Strauss la "descodificación automática" *de lo hablado* entre seres humanos constituye su visión de lo inconsciente; sólo así un observador externo puede descifrar, de manera objetiva, los mecanismos culturales a través de los cuales se codifican y descodifican los mensajes.

Desde el psicoanálisis, lo inconsciente es una producción original del inconsciente que aparece como algo ajeno a la propia persona; de hecho Freud observó con mucha frecuencia el extrañamiento que los pacientes —sobre todo los histéricos— tenían de sus propios síntomas. En la Cécilie de Freud el inconsciente engendró *en su rostro* un dolor que era signifiante de algo no desprendido directamente *de lo hablado* entre ella y el marido, es decir estaba fuera del ámbito de la “codificación-descodificación inconsciente”.

Lacan fue el primero en postular formalmente la semejanza del inconsciente con el lenguaje teniendo las obras de Saussure, Jakobson y Lévi-Strauss como referentes, veamos dos pasajes de sus seminarios donde esto se menciona:

“Mi posición al proponer esta fórmula es problemática, pues ¿qué ha promovido mi enseñanza respecto del inconsciente? El inconsciente es los efectos que ejerce la palabra sobre el sujeto, es la dimensión donde el sujeto se determina en el desarrollo de los efectos de la palabra, y en consecuencia, el inconsciente está estructurado como un lenguaje.³³”

En otra parte del mismo seminario dice:

“La mayoría de los presentes tiene alguna noción de que he afirmado lo siguiente: *el inconsciente está estructurado como un lenguaje*, lo cual se refiere a un campo que hoy en día nos es mucho más accesible que en la época de Freud. Lo ilustré con algo que se ha materializado en un plano indudablemente científico, ese campo que explora, estructura y elabora Claude Lévi-Strauss, y que fijó con el título de *Pensamiento salvaje*.³⁴”

³³ LACAN, Jacques *El seminario de Jacques Lacan. Libro 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 1964* Texto establecido por Jacques-Alain Miller, Paidós, Buenos Aires, 1992. p. 155. El texto original dice: “Je me trouve pour avancer cette formule dans une position problématique —qu’est-ce qu’a promu mon enseignement concernant l’inconscient? L’inconscient, ce sont les effets de la parole sur le sujet, c’est la dimension où le sujet se détermine dans le développement des effets de la parole en suite de quoi l’inconscient est structuré comme un langage.”. en LACAN, Jacques *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* Texte établi par Jacques-Alain Miller. Editions du Seuil, Paris, 1973. p. 167

El inconsciente es los efectos de la palabra sobre el sujeto, por eso en Lacan el sujeto es *sujeto del inconsciente*; esta es otra diferencia fundamental con los planteamientos de Lévi-Strauss.

No se trata de hacer aquí un trabajo psicoanalítico. En realidad, los conceptos del psicoanálisis utilizados hasta ahora son un pálido y muy fragmentario reflejo de esa disciplina. Nuestra intención ha sido utilizar el mínimo indispensable de conceptos psicoanalíticos para mostrar una dimensión fundamental de la relación entre seres humanos que es omitida por la medicina: el sujeto del inconsciente.

Lo mismo podemos decir en relación con los otros autores: este trabajo no versa sobre lingüística saussuriana, ni sobre antropología estructural de Lévi-Strauss; simplemente hemos recogido algunos de sus conceptos tratando de introducirlos aquí con el mínimo de sentido indispensable para enlazarlos en un marco que permita el análisis de la relación médico-paciente y, dentro de ella, el fenómeno de la deshumanización de la medicina.

Es pertinente mencionar también que los fragmentos de Freud utilizados aquí se han mostrado desde el punto de vista de Lacan en tanto que, de ese modo, se acomodan mejor a nuestro intento de construcción de marco conceptual. No se trata pues de algún descuido o; peor aún, de hacer pasar a Freud por Lacan o viceversa.

Un detalle más, a partir de este recurso nuestro de mirar a Freud desde Lacan, es importante rescatar lo siguiente: vimos en primer lugar que el síntoma de la señora Cécilie se engendró en su relación con el marido. Luego vimos que entre ella y Freud se enfrentaron los significantes que dieron sentido al síntoma, lo cual abrió el camino para su superación.

¿Cómo es posible que las condiciones del surgimiento del síntoma, ocurridas entre la paciente y su esposo, pudieran recrearse entre Freud y ella? A este fenómeno se le denomina *transferencia* en psicoanálisis y no es otra cosa que un deslizamiento a través del lenguaje. De

³⁴ LACAN, J. "El inconsciente freudiano y el nuestro" en *Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Op. Cit. p. 28.

alguna manera, y en algún momento del tratamiento, Freud ocupa simbólicamente, el lugar del marido para el inconsciente de la paciente.

Hemos topado con otro de los conceptos relacionados con la palabra "relación" de la que partimos: el concepto *transferencia*, que matizamos aquí desde el psicoanálisis. La transferencia no es un fenómeno exclusivo de la relación psicoanalítica, ocurre en todas las relaciones humanas incluida la relación médico-paciente. Sin embargo, con frecuencia su comprensión es escasa, veamos dos ejemplos del trabajo intitulado "Modelos de relación médico-paciente":

La relación entre un médico y el enfermo puede entenderse con distintos modelos, que de hecho se emplean no sólo por diferentes profesionales, sino también en diferentes momentos por un mismo médico. Fundamentalmente son los siguientes:

1. *Paternalista o activo/pasivo*. En éste, el principio ético capital es el de buscar el beneficio y no dañar al paciente. Está identificado en el juramento de Hipócrates, en el que se ha fundado la ética médica. En la literatura acerca de la sociología médica, se usa la imagen padre-hijo como una analogía para la relación médico-paciente. Es este paternalismo, en su contexto de valores, el que está representado en el eslogan moral: "beneficie y no haga daño a su paciente". Lo esencial de esta forma de relación es que sustrae la toma de decisiones del paciente y las deposita enteramente en manos del médico.³⁵

Es interesante observar que, en cuanto a la transferencia, sólo se refiere la "imagen padre-hijo" —ni siquiera en calidad de *relación* padre-hijo—, como analogía para la relación médico-paciente. ¿Qué significa lo anterior?, el texto no lo dice. En lugar de eso desliza la imagen padre-hijo hacia los conceptos "pasivo/receptivo" y allí se remata la explicación: "este modelo sustrae la toma de decisiones del paciente y las deposita en manos del médico".

³⁵ CORTÉS Gallo, Gabriel "Aspectos generales de la relación médico-paciente", en PORTER K. J. *Introducción a la bioética. Aspectos de la Relación Médico-Paciente*. p. 41.

Veamos el siguiente modelo:

"2. *Mecánico*. Uno de los efectos de la revolución biológica ha sido formar médicos científicos, y en la retórica moderna los científicos deben ser "puros", esto es, deben ser factuales y divorciarse de toda consideración acerca de valores. Como resultado, este profesionalista puede convertirse en un mecánico y dejar al paciente las decisiones acerca de los objetivos y los valores de esta relación. El médico simplemente repararía sin preguntar, como lo hace un mecánico con un automóvil. Lo anterior dista mucho de la realidad, puesto que quien practica la ciencia aplicada en el hombre, no puede sustraerse de los valores. En este modelo, el paciente se presenta con sus inquietudes y se le orienta a decidir cómo usar la ciencia médica para componer lo que él o ella perciben como un problema. Los médicos que piensan que solamente deben presentar los hechos y que deben dejar que los enfermos tomen las decisiones, se están engañando ellos mismos, aun cuando fuese moralmente aceptable y responsable buscar la objetividad cuando se tienen que tomar decisiones críticas" ³⁶

El autor termina con dos modelos más: el tercero denominado "modelo compartido" donde el médico y el paciente son vistos como "colegas" que buscan el mismo fin; y un cuarto esquema denominado "De compromiso o respeto mutuo" donde ambos, médico y paciente, tienen obligaciones y reciben beneficios. Reconoce que en la realidad no se dan los modelos puros, sino diferentes combinaciones.

El núcleo de los modelos de nuestro autor está centrado en la "toma de decisiones" y, más que explicar la relación médico-paciente, busca influir con su punto de vista — que él denomina ético— en las decisiones que se toman en su interior, vinculadas directamente con la vida humana: eutanasia, aborto, etcétera.

No explica qué es un modelo, no dice cómo se forma o se configura, tampoco menciona por qué éste tiene la capacidad para influir en la relación médico-paciente, entre otras cosas. En cuanto

³⁶ *Op. Cit.* p. 42

a su punto de vista ético, pensamos que es legítimo tratar de influir en la relación médico-paciente si el punto de vista desde el cual se intenta hacerlo puede justificarse ampliamente. Sin embargo, por sentido común, antes de intentar influirla es necesario comprenderla.

Para finalizar estas consideraciones en relación con la "relación" hagamos una pregunta: asumiendo que los seres humanos se relacionan entre sí a través del lenguaje y que la lógica de esas relaciones debe buscarse en la propia lógica del lenguaje ¿podemos decir lo mismo cuando los seres humanos interactúan con las cosas?

¿Acaso es lo mismo cuando el médico interactúa con el paciente en calidad de persona que cuando lo hace con el cuerpo del enfermo, por ejemplo, en una intervención quirúrgica? ¿cuál es la relación de lenguaje que podemos encontrar allí?

Es cierto que en una intervención quirúrgica el médico interactúa con el cuerpo del paciente en calidad de una cosa real, sin embargo, el médico no interviene, él mismo, en calidad de cosa, sino como persona: el médico no es, por ejemplo, un bisturí. Interviene desde lo simbólico, es decir desde el conocimiento médico. Sin ese conocimiento, puede verse de manera muy clara, la intervención seguramente sería un desastre.

No tiene sentido alguno intervenir, por ejemplo, el corazón de una persona si no se tiene una idea bastante amplia de la estructura, la función y las relaciones de ese órgano con todos los demás; es decir si antes no se ha hecho del corazón un lenguaje, lenguaje que conocemos como conocimiento científico. El médico, entonces, sí interviene lo real, pero lo hace desde lo simbólico. Veamos como lo expresa Lacan:

"Porque la palabra *elefante* existe en la lengua de los hombres, el elefante ha entrado en sus deliberaciones, los hombres pudieron tomar respecto a ellos, incluso antes de tocarlos, resoluciones mucho más decisivas para estos paquidermos que cualquier otra cosa ocurrida en su historia; el cruce de un río o la esterilización natural de un bosque. Sólo con la palabra *elefante* y el modo en que la utilizan los hombres, les ocurren a los elefantes cosas, favorables o desfavorables, fastas o

nefastas, pero de todos modos catastróficas, antes de que se haya alzado hacia ellos un arco o un fusil.

Por otra parte, es evidente, basta con que hable de ellos, para que gracias a la palabra *elefante*, no sea necesario que estén aquí para que efectivamente estén aquí, y sean más reales que los individuos elefantes contingentes".³⁷

Durante la Revolución Cultural China se llegó a la conclusión de que los pájaros eran causantes de la disminución en la producción de granos. Millones de chinos salieron de sus casas golpeando objetos metálicos pues se sabía que esos sonidos provocan la muerte de aquellas aves perjudiciales. Los pájaros murieron por millones y, en consecuencia, los insectos se reprodujeron como nunca antes lo habían hecho afectando de nueva cuenta las cosechas.

Porque la palabra pájaro está enlazada con los granos de los cultivos y porque acerca de la agricultura los chinos tenían ciertas ideas relacionadas con la productividad, etcétera, murieron millones de pájaros. Lo real, pues, se interviene desde lo simbólico.

En este sentido, la noción, la idea, o el conocimiento que tiene el médico en relación con el cuerpo de su paciente es determinante para el desenlace de la intervención médica en particular y de toda la relación médico-paciente en general. Para decirlo en los términos que venimos trabajando; se trataría de saber, en primer lugar qué significantes son el paciente y el cuerpo del paciente en el conocimiento del médico.

Por ese camino ensayaremos una respuesta a la interrogante por la deshumanización de la medicina. Pero eso será en el segunda parte de este trabajo.

³⁷ LACAN, Jacques *El seminario de Jacques Lacan. Libro 1. Los escritos técnicos de Freud. 1953-1954.* Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Buenos Aires, 1988. 5ª reimpresión de la primera edición castellana. p. 264.

Ahora, cuando estamos en el terreno del conocimiento médico, traigamos de algunas páginas atrás, el *momento cognoscitivo* de la relación médico-enfermo de Lain Entralgo, para confrontarlo con el punto de vista que hemos venido adoptando:

"II. El *momento cognoscitivo* de la relación médica. Como todo encuentro interhumano, el que reúne al médico y al enfermo se realiza y expresa según los diversos modos cardinales de la actividad del hombre; uno de ellos el cognoscitivo, que en el caso de la relación médica toma forma específica como *diagnóstico*. Desde el inicial «encontrarse con» —por tanto, desde un mero principio de convivencia—, la relación con el enfermo ha pasado a ser, por parte del médico, un «conocer a» y un «pensar de».

Conocer ¿qué? La respuesta parece imponerse perogrullescamente: conocer al enfermo en cuanto tal; como suele decir nuestro pueblo, saber «lo que el enfermo tiene». Bastará, sin embargo, un instante de reflexión para descubrir que el conocimiento técnico del enfermo por el médico —el diagnóstico— puede acaecer, y de hecho acaece, aunque el médico no lo advierta, según los dos ámbitos en que la relación médica cobra su realidad propia; el dual y el social, el resultante de la mutua vinculación de dos individuos aislados y el determinado por la interrelación de dos entes sociales [más adelante menciona] Quiero decir que el diagnóstico del médico no podrá ser completo si no es «social»³⁸

Si el momento cognoscitivo de la relación médico-paciente se realizara ordinariamente bajo la premisa de que, además del conocimiento científico-técnico que el médico tiene de las enfermedades, se está produciendo un encuentro entre dos entes sociales, tal vez no habría necesidad de realizar trabajos como este; pero, por lo general, esta es una cuestión que se deja de lado.

Muchos autores, entre ellos Ramón de la Fuente, han insistido en que el paciente, más allá de ser un mero organismo biológico es una unidad biopsicosocial. Pero, ¿no se exagera la cuestión psíquica y social? ¿realmente es insuficiente e inhumano tratar sólo biológicamente las

³⁸ LAÍN Entralgo, P. *Op. Cit.* pp. 22-24.

enfermedades de los pacientes? Pensamos que no hay exageración, más adelante veremos por qué.

Antes, sin embargo, hay que advertir el acierto de Lain Entralgo al señalar tanto al médico como al paciente como entes sociales. Por lo regular, otros autores sólo llaman la atención sobre la socialidad y el psiquismo del paciente y dejan de lado al médico; esta es una perspectiva deshumanizante para con el médico, y tiene los mismos efectos adversos para la relación médico-paciente señalados previamente.

Cuando se consideran tanto al médico como al paciente desde una perspectiva más abarcativa, que para muchos se denomina *holismo*, ninguno de los dos se encuentra desvinculado de la totalidad; entendida ésta como totalidad ecológica, biológica, psicológica y sociológica, etcétera.

Es evidente, por otra parte, que desde el holismo no se trata de exigirle al médico *todo* el conocimiento acerca de *todos* los nexos que le explican a su paciente ya no como parte de la totalidad sino, él mismo, como totalidad concreta. Sin embargo, una *concepción de la totalidad*, en lugar de toda la información acerca del todo, es viable de construir y de utilizar en el ejercicio profesional de la medicina. Esta concepción tendría la función de conferir un sentido integral, totalizante, a los aspectos puestos en juego en la relación médico-paciente donde, en primer lugar, el propio médico se incluyera en la totalidad que hace al paciente y viceversa; es decir, que el paciente también se incluyera en la totalidad que hace al médico.

Un procedimiento simple puede utilizarse para relacionar aspectos de la relación médico-paciente en una perspectiva holista: partiendo de su determinación recíproca³⁹. Es el trabajo médico del profesional de la salud lo que determina el estatus de paciente de una persona que solicita sus servicios. ¿Qué queremos decir con lo anterior? Veamos un ejemplo: Una misma persona puede

³⁹ La determinación recíproca, y la cascada de consecuencias que acarrea, es tomada como hilo conductor en el trabajo de CAPRA, Fritjof *La trama de la vida. Una perspectiva de los sistemas vivos*. Anagrama, Barcelona. 1998.

ser un paciente que se presenta con una alteración "x" frente a un médico "A"; pero, en ese mismo estado puede presentarse frente a un médico "B" y éste último determinar que tiene una alteración "y".

En realidad esta situación es frecuente en la práctica médica ordinaria, sin embargo, la interpretación corriente que del fenómeno se hace es algo que no lleva a una interpretación holista ni deja provecho alguno, por lo regular "A" acusa a "B" de incompetente o ignorante ya sea en la elaboración del diagnóstico o en la definición del tratamiento más adecuado; a lo cual "B" responde diciendo que el incompetente es "A", o que carece de ética profesional, etcétera.

Lo que nos interesa resaltar es que, desde una perspectiva totalizadora —y aquí esto implica considerar la dimensión psíquica y social tanto del médico como del paciente como señala Lain Entralgo—, una misma persona puede encarnar en distintos pacientes, si "es vista" por distintos médicos.

La formación y la experiencia del médico no se agotan simplemente en el *momento cognoscitivo* de la relación médico-paciente, ellas son determinantes también en la configuración de *la noción de paciente que el médico elabora* en su relación con una persona.

Esta noción es un aspecto nodal, pues desde ella el médico diseña su estrategia terapéutica, el modo de intervención, sus recursos e instrumentos, etcétera.

El paciente, por su parte, también elabora su noción de médico que no es trivial, aunque pudiera ser construida a partir de representaciones carentes de rigor académico, científico o lógico. Decimos que esta noción no es trivial porque de ella depende, en buena medida, la llamada "confianza" del paciente, que los médicos identifican como "ingrediente" fundamental en su relación con la persona enferma.

1.2.6. La ausencia de la persona en la relación médico-paciente.

Esta determinación recíproca; que en este caso es psicosocial, entre médico y paciente se encuentra también presente en todos los niveles de organización comprometidos en la relación médico paciente, incluido el nivel biológico.

El médico por su lado, y el paciente por el suyo, deben su socialidad a la interacción recíproca con otras personas, dentro de distintas instituciones: la familia, la escuela, la iglesia, la institución laboral, etcétera. En cada una de esas instituciones las personas ocupan diferentes posiciones y juegan diferentes roles: algunas de estas posiciones cambian drásticamente para unos a lo largo de su vida; y para otros son relativamente estables.

Muchos se preguntan ¿y eso que relación tiene con el estado de salud-enfermedad de una persona?, otros más afirman sin pudor que esos aspectos son irrelevantes para el trabajo médico.

El rol o papel que el individuo juega dentro de las instituciones donde nace, crece, se reproduce, se despliega y muere es lo que le confiere su carácter de persona; tan señalado por muchos como algo necesario para la práctica médica y tan poco comprendido y olvidado por todos los demás.

Los roles o papeles, al modo como se distribuyen y enlazan en una obra de teatro, es lo que *caracteriza* al personaje y es, también, lo que se encuentra detrás del concepto *persona*.

Este último concepto, *persona*, proviene de la resonancia de la voz de los actores teatrales que en la antigüedad utilizaban máscaras; la voz del actor resonaba detrás de la máscara; el verbo latino para expresar este sonido es *personare* y de allí deriva el concepto "persona". Veamos pues que: persona, carácter, papel, rol, posición y trama, son todos conceptos solidarios y enlazados en una lógica representacional. La persona es siempre la representación de un papel; este papel la caracteriza, etcétera.

Marcel Mauss, el gran antropólogo francés, reconstruye la noción de persona desde las organizaciones sociales más simples; he aquí un vistazo desde los orígenes hasta la noción de persona al interior del derecho romano:

“Pasaré por alto, si les parece bien, lo relativo a la orientación y división de los personajes del ritual, aunque, como ya hemos indicado en otro lugar, tenga gran importancia: no olvido, sin embargo, estos dos puntos:

La existencia de un número determinado de nombres por clan y la definición del papel exacto que cada cual juega dentro de la figuración del clan, que queda expresada por ese nombre.

Veamos, pues, en primer lugar, que el clan se considera constituido por un *determinado número de personas*, en realidad de personajes, y, por otra parte, que el papel de todos estos personajes es, en realidad, el de configurar, cada uno por su lado, la totalidad prefigurada del clan. Esto es lo relativo a las personas y al clan. Las «hermandades» son todavía más complicadas. Entre los pueblos Zúñi, Walpi y Mishongnovi, los nombres corresponden no sólo a la organización del clan, a sus desfiles y pompas, privadas y públicas, sino a las categorías dentro de las hermandades, lo que la nomenclatura de Powell y del *Bureau of American Ethnology* conoce con el nombre de *Fraternities, Secret Societies*, que nosotros compararíamos con los Colegios de la Religión Romana. Secreto en los preparativos, y en numerosos ritos solemnes reservados a la sociedad de hombres (Kaka o Koko, Koyemski, etc.), pero también en los espectáculos públicos — casi teatrales—, sobre todo en Zúñi y entre los Hopis: los bailes de máscaras —especialmente los Kalcina, visita de los espíritus representados por sus herederos en la tierra—, portadores de sus títulos. [En un apartado posterior explica] Todos conocen perfectamente lo normal y clásica que es la noción de *persona* latina: máscara, máscara trágica, máscara ritual y máscara de antepasado. Nace en los orígenes de la civilización latina. [Todavía más adelante explica los siguiente] Contrariamente a los indios y chinos, los romanos, o mejor dicho los latinos, han creado en parte la noción de *persona*, cuya denominación se ha conservado con la palabra latina. En sus orígenes nos encontramos ante un sistema de hechos semejantes a los precedentes, pero en los que se ha incorporado ya una forma nueva: la «persona» es algo más que el resultado de una organización, es algo más que el nombre o el derecho de un personaje o de una máscara ritual, es fundamentalmente un hecho de derecho. Para el derecho, dicen los juristas, sólo existen: las *personas*, las *res* y las

acciones, principio que todavía hoy rige la división de nuestros códigos. Este principio es resultado de una evolución especial del derecho romano.⁴⁰

No deja de llamar fuertemente la atención el hecho de que, dentro del clan, el sólo nombre ya designaba un papel social fundamental, un cierto papel que, en cooperación con los otros nombres, contribuía a la configuración de la *totalidad* del clan. El nombre, pues, ya era, de por sí, un papel social. Esto, por lo que venimos comentando líneas arriba, implicaba ya el reconocimiento de los hombres entre sí. En la actualidad, aunque el nombre, visto de manera aislada, ha dejado de significar el carácter o el papel social de alguien, todavía es significativo para la gente el hecho de que se le hable por su nombre.

Hay, sin embargo, apellidos como en español *Herrero* o *Herrera*; y en alemán *Müller* — molinero—, entre muchísimos otros, que muestran todavía los lugares sociales y, desprendidos de ellos, los roles o papeles que los usuarios originales tenían en la antigua división social del trabajo de las colectividades a las que pertenecieron. El nombre, pues, por sí mismo, representaba el lugar social del usuario, y las relaciones que éste mantenía con los demás. Es muy posible que por esta razón, el conjunto de nombres era, al mismo tiempo un panorama de la totalidad del clan como señala Marcel Mauss.

En la actualidad, en la medida que esto se ha desdibujado, tenemos que hacer el esfuerzo de reconstrucción que nos lleve al marco individual donde los seres humanos son personas en reciprocidad con las demás.

Ahora bien, en la medida que en la categoría de *persona* recaen roles, funciones, acciones específicas, etcétera, fue relativamente cómodo para el derecho apropiarse del concepto y su significado para construir las leyes con base en la *persona*. El derecho mexicano, heredero del derecho romano, también conserva las características señaladas por Mauss. La calidad de persona en un ser humano proviene, entonces, de su papel social; es decir institucional; familiar, escolar, religioso, laboral, entre otros.

⁴⁰ MAUSS, Marcel *Sociología y Antropología* Editorial Tecnos, Madrid, 1971. pp. 312-323.

Los papeles, en la medida en que están estrechamente vinculados con la posición del ser humano al interior de las instituciones, implican, obviamente, otros papeles y posiciones. Para decirlo en términos de Peter Berger y Thomas Luckman, los roles o papeles implican un reconocimiento recíproco, entre aquellos que los ejecutan.⁴¹

— Podemos decir lo anterior también señalando que no existe rol sin contrarrol, del mismo modo que no existe para alguien una alta posición si otros no ocupan una posición baja en los lugares sociales.

Lo que hace, entonces, que alguien sea una persona es su relación con los demás. Esa relación, o conjunto de relaciones, es lo que asigna lugar, rol y función social al individuo, haciendo de él una persona. A su vez, la inserción de una persona en el espacio social de las instituciones, determina recíprocamente los roles o papeles de los demás. Ahora no resultará extraño señalar que hay un rol o papel de paciente y que esa expresión, "rol de paciente", sólo tiene sentido si alguien ejecuta el contrarrol o "rol de médico" y que ambos se determinan recíprocamente.

La existencia de las personas, por otro lado, depende del *reconocimiento* recíproco de los papeles y funciones que realizan. La persona de un ser humano depende del reconocimiento de otro ser humano para poder existir. La existencia es, entonces, algo con un profundo carácter social.

Desde hace decenios se llama la atención sobre el carácter personal de los sujetos de la atención médica y, tal parece, el asunto es una prédica en el desierto. Puede ser porque los llamados suponen, tal vez de manera infundada, que todo el mundo sabe lo que significa que alguien sea una persona y por eso no acompañan el señalamiento con alguna explicación que oriente a los médicos en su ejercicio profesional.

⁴¹ BERGER, P. y LUCKMAN, T. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires, 1995. pp. 95-103.

Tratar a un ser humano como persona no pasa simplemente por el acto de saludarlo y sonreírle, etcétera, —eso es un buen principio y facilita la relación médico-paciente, pero se encuentra todavía muy lejos del trato personal—, se trata de preguntarle por su papel social, sus funciones y responsabilidades: ser ama de casa, jefe de familia, barrendero, patrón, director, presidente de la república, etcétera, son todos papeles sociales que merecen un buen trato, pero lo más importante es concebir esos papeles como el marco social que hace a una persona.

Pero, ¿no aleja todo esto al médico de las coordenadas relevantes de la salud-enfermedad de los pacientes? Si por coordenadas relevantes se entiende, exclusivamente, el aislamiento de la enfermedad y la selección de algunos determinantes biológicos y ambientales, podría ser. Sin embargo, ese tipo de pensamiento y sus consecuencias es lo que se trata de combatir, debido a la deshumanización que producen en la práctica médica.

Ya habíamos citado, al principio, a Ramón de la Fuente cuando afirma que la interpretación que los pacientes hacen de su propia enfermedad o padecimiento es determinante en el curso y el desenlace de los tratamientos médicos. Es evidente que esa interpretación, la del paciente, no necesariamente es una conceptualización elaborada con base en criterios científicos y que aún así los médicos reconocen en ella un factor determinante en la atención médica.

Un avance en el mejoramiento de la calidad de la relación médico-paciente podría ser investigar y explicar por qué esas interpretaciones son importantes para no quedarnos sólo con la afirmación. Con el ánimo de colaborar en ese esclarecimiento podríamos mencionar que dentro de las instituciones donde se gesta la dimensión personal de los seres humanos circulan un conjunto de representaciones, muchas de ellas directamente vinculadas con las nociones de salud y enfermedad.

Estas representaciones son portadas por todas las personas y su interacción con las de los demás constituye el campo estudiado y descifrado por Claude Lévi-Strauss donde opera la codificación-descodificación inconsciente ya citada.

Planteamos que esa dimensión de persona es relativamente accesible al trabajo médico —habría que probarlo, precisarlo, ajustarlo: un sencillo interrogatorio puede provocar en el paciente que las identifique y que descubra cuál es la importancia que tienen en la interpretación que hace de su propia enfermedad.

En primer lugar, la representación más general se refiere al conjunto de actitudes, posturas, comportamientos, etcétera que los miembros de una comunidad asumen ante los demás para significar su condición de hombre o de mujer.

Durante mucho tiempo en México, por ejemplo, un hombre significaba su condición de hombre ante los demás a través de mostrar valor, de encarar, de pelear y matar; el consumo de bebidas alcohólicas también fue un significante importante en este sentido —por desgracia lo es todavía en algunos sectores de población.

Entre los años 30 y 60, México ocupó varias veces el primer lugar en el mundo en relación con el número de homicidios ocurridos en el país. Una gran cantidad de esos siniestros estuvo asociado al consumo de bebidas alcohólicas.

Si observamos las estadísticas de morbilidad y morbimortalidad en ese periodo podremos percatarnos también de que la cirrosis hepática, asociada a la ingestión de bebidas alcohólicas, ocupó un lugar destacado entre la población masculina mexicana.

Hace falta indagar —hay que hacer esas investigaciones— cuál fue el papel de la medicina en general, y de los médicos en particular, ante estos problemas. Sin embargo, si la actuación médica en esos años fue similar a la que se practica en la actualidad, es decir descontextuando al paciente de su entorno psíquico y social, se puede suponer que los médicos se concretaron a prohibir la ingestión de bebidas alcohólicas a sus pacientes, desconociendo —en el doble sentido del concepto *desconocer*, es decir, por un lado, no saber; y por el otro, negligir u omitir que el acto de beber era significativo de la masculinidad y, por tanto, irrenunciable para una gran cantidad de personas.

En relación con el significado de ser mujer, durante el mismo lapso dominó una representación donde estos seres humanos debían, fundamentalmente, concentrarse en la reproducción de la especie y realizar trabajos domésticos para significarse ante los demás como mujeres.

Este modo de hacerse mujeres y de ser mujeres, ha estado también estrechamente vinculado con los hechos epidemiológicos relevantes en la población femenina: las principales causas de mortalidad y morbimortalidad han sido, como es de esperarse, las complicaciones del embarazo, del parto y del puerperio.

¿Cuál fue y cuál ha sido la actuación de los médicos ante esta situación, observada ahora desde un mayor número de puntos de vista? ¿También hay que investigarlo para poder valorar el ejercicio de la medicina desde una perspectiva más amplia y, también, para mejorar en lo posible las estrategias de atención médica.

Sigamos adelante. Existen entonces, significantes generales —podríamos llamarlos así, para significar la condición de hombre y mujer—, además de subconjuntos de significantes para significar la condición de niño, niña, joven, adulto, viejo, vieja, etcétera.

Estos significantes implican a su vez modos de pensar, de actuar, de reaccionar y, por supuesto, también modos específicos de enfermar y morir. Lo importante aquí es señalar que son creaciones culturales que varían en el espacio-tiempo.

Actualmente, por ejemplo, ha disminuido mucho el acto de la ingestión de alcohol como significativo del hombre mexicano en general. Simultáneamente han surgido otros nuevos y diferenciados significantes según sectores y clases sociales: el éxito económico y profesional, el consumo de bienes y servicios, y otros que se encuentran hoy asociados a distintos estilos de vida y, por lo mismo, a específicos perfiles patológicos. Si el hombre de los años treinta moría, muy posiblemente, de cirrosis hepática, hoy muere de infarto al miocardio. Aquí también hay que investigar cómo se dio esa transición. Estas investigaciones nos proporcionarán una visión holista

de la epidemiología al mismo tiempo que ello permitirá una mayor y mejor comprensión y planeación de la atención médica para la población.

Estrechamente vinculados con las representaciones mencionadas se encuentran otras, por ejemplo en relación con el cuerpo. Hay una imagen específica del cuerpo que se corresponde con las representaciones sociales de hombre, de mujer, etcétera; es claro, entonces, que durante el periodo histórico señalado anteriormente, el cuerpo de una mujer era pensado como una especie de incubadora y, al mismo tiempo, el cuerpo del hombre era algo así como una máquina fecundadora.

En la actualidad el cuerpo femenino ya no está tan sometido al papel reproductivo puesto que ser mujer se significa de muchos modos, en ocasiones hasta excluyendo la maternidad. En este proceso, los medios masivos de difusión han jugado un papel determinante, junto con la incorporación de las mujeres al trabajo remunerado económicamente, y a su participación en todos los sectores económicos, especialmente en el sector servicios donde representan la mayoría. Todo esto, en realidad, configura un nuevo uso del cuerpo para las mujeres.

Claude Lévi-Strauss en su introducción a la citada obra de Marcel Mauss, nos dice:

"El problema de la relación entre el individuo y el grupo que domina hoy la etnología contemporánea inspiró ya la comunicación sobre las «técnicas corporales» al afirmar el valor fundamental para las ciencias del hombre, de un estudio de la forma en que cada sociedad impone al individuo el uso rigurosamente determinado de su cuerpo"⁴².

Encadenados a la noción de persona, es decir, al papel y la función social de un ser humano, hay distintos significantes para las partes del cuerpo y sus funciones: una persona que realiza actividades manuales tendrá en la más alta estima sus extremidades superiores porque, gracias a lo que hace con ellas, esa persona es lo que es, socialmente hablando.

⁴² LÉVI-STRAUSS, C. Introducción a *Sociología y Antropología* de Marcel Mauss. *Op. Cit.* p. 14.

Lo mismo podríamos decir de todas las actividades sociales: cada una de ellas compromete más directamente alguna o varias partes del cuerpo y sus funciones. Cuando, por cualquier causa, esos órganos son afectados por una enfermedad, una disminución o una inhibición de sus funciones, la persona no sólo sufre el hecho como una molestia orgánica sino como algo que pone en entredicho su propio ser que, por definición es social, es decir, su calidad de persona: hombre, mujer, trabajador, estudiante, etcétera.

Estos acontecimientos son distinguibles de otros de menor trascendencia en la biografía de una persona por el hecho de que, generalmente, van acompañados de angustia.

En muchas ocasiones, entonces, la enfermedad será, además de un acontecimiento orgánico, un atentado contra la existencia del paciente. Cuando los médicos se comprometan con esta perspectiva de trabajo, habrán realizado un diagnóstico completo en los términos mencionados por Lain Entralgo, es decir, su diagnóstico también será social.

Para finalizar este apartado relacionado con la noción de persona y con los lugares sociales y los roles que ellos implican vale la pena mencionar algunas ideas en relación con el espacio donde la relación médico-paciente se lleva a cabo.

Congruentemente con los planteamientos aquí expuestos, es necesario considerar que el espacio social no sólo es físico, sino también simbólico.⁴³ Si bien es cierto que, dentro de la jerga de la administración del trabajo médico, los consultorios son considerados como "espacios físicos", también es cierto que esos espacios son simbólicos; es decir, la relación entre los lugares que los constituyen son significantes de sus ocupantes y éstos —el médico y el paciente—, desde allí, también significan todo el conjunto de hechos constitutivos del acto médico.

⁴³ BOURDIEU, Pierre *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción* Anagrama, Barcelona, 1997. pp. 11-27.

El establecimiento de la RMP es, por otro lado, la condición fundamental para la curación del paciente y para el despliegue del trabajo médico. En este sentido, la consideración o no del espacio como algo simbólico puede favorecer u obstaculizar, según el caso, el establecimiento de la relación.

Dentro de un espacio físico que también es simbólico no es lo mismo estar arriba o estar abajo, a la izquierda o a la derecha ya que los lugares son significados por los ocupantes del espacio. En este sentido, tampoco es lo mismo estar frente al escritorio que estar detrás de él. El lugar detrás del escritorio está socialmente legitimado como el espacio del que hace las preguntas y el de enfrente como el espacio del que las responde, por ejemplo. Los significados producidos por los actores de la RMP, en función de los lugares que ocupan, también son determinantes para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

Desde estos puntos de vista adquieren alguna consistencia los llamados de nuestros autores, citados al principio, a considerar la socialidad de los pacientes y, de ese modo, evitar en lo posible la deshumanización de la medicina.

El segundo momento de la relación médico-paciente en la estructura propuesta por Lain Entralgo es el *momento operativo*:

“La actividad conjunta del enfermo y el médico no se agota —no debe, no puede agotarse— en la operación noética a que damos el nombre de «diagnóstico». Lo que en ella es conocimiento debe siempre ordenarse y se ordena, de hecho, siempre, a la ejecución de actos propios del *tratamiento*: ingestión o inyección de fármacos, administración de agentes físicos, prácticas dietéticas, técnicas psicoterápicas o intervenciones quirúrgicas.

Conviene, sin embargo, no tener del tratamiento una idea excesivamente técnica. Cuenta Siebeck que el gran clínico Ernst von Leyden, astro de primera magnitud en la medicina berlinesa de 1900, solía hacer a sus alumnos esta aguda advertencia: «El primer acto del tratamiento es el acto de dar la mano al enfermo». Muy cierto. Tan cierto, que me parece necesario convertir la sentencia en tesis todavía más amplia, y ordenar ésta en varios asertos de carácter general:

I. En su relación con el enfermo y hasta cuando cree que su operación es sólo diagnóstica, el médico ejercita siempre, para bien o para mal, una actividad terapéutica. Ni siquiera es necesaria la presencia física del médico para que esto sea cierto. Su prestigio social —poco o mucho, bueno o menos bueno—, que de modo tan eficaz viene operando sobre el paciente, desde que en los oídos de éste sonó su nombre; la confianza en la droga maravillosa que él conoce y todavía no ha llegado al comercio; todo es terapéuticamente importante, todo puede ser terapéuticamente decisivo. Presente o ausente, sin saberlo a veces el médico, nunca deja de actuar sobre el enfermo... El médico es el primero de los medicamentos que él prescribe, ha dicho muy certera e ingeniosamente M. Bálint.

II. Debe verse el tratamiento, en consecuencia, como la expresión operativa de la vinculación cuasi-diádica⁴⁴ que en cierto modo es la r.m.-e. Para una mirada sensible y atenta, el tratamiento no es la simple y fiel ejecución, por parte del paciente, de las prescripciones terapéuticas del médico; según la fórmula de Viktor von Weizsäcker es, por lo menos, «camaradería itinerante» (*Weggenossenschaft*), empresa en que dos hombres, el médico y el enfermo, como tales hombres colaboran. Tanto como «paciente», tanto como ejecutor disciplinado de la prescripción y como pasivo beneficiario —o como inocente víctima— de las acciones terapéuticas que los manuales de farmacología describen, el enfermo tratado es «reagente»; y no sólo en cuanto ser orgánico, a la manera del gato y el perro sobre que operó la investigación del farmacólogo, más también en cuanto ser personal.⁴⁴

En el punto 3, Láin menciona que "la acción de «dar de alta» es un acto terapéutico, además de ser un acto diagnóstico. El alta tiene como fundamento propio un juicio de carácter noético, el

⁴⁴ El autor entiende la relación cuasi-diádica de la siguiente manera: "En mi libro *Teoría y realidad del otro* he distinguido temáticamente el «dúo» y la «diada». Llamo «dúo» o vinculación objetivamente a mi relación con otro hombre para algo que a los dos nos importa, pero situado fuera de él y fuera de mí: por ejemplo un negocio con participación de ganancias. Llamo, en cambio, «diada» o vinculación interpersonal a mi relación con otro para algo que está en él y en mí, que pertenece a nuestra personal intimidad y en ella encuentra su término: amistad, *stricto sensu*, amor. La vinculación específica entre el médico y el enfermo ¿es meramente dual o diádica? Yo diría que es *cuasi-diádica*."

⁴⁴ LAÍN Entralgo, Pedro. *Op. Cit.* pp. 25-26.

juicio «Este hombre está sano». Mas, tan pronto como la convicción se trueca en comunicación, y el médico, de pensar «Este hombre está sano», pasa a decir «Tú estás sano», esas palabras suyas — o las que en cada caso las sustituyan— crean una situación nueva en su relación cuasi-diádica con el enfermo que las oye; situación que nunca dejará de tener alguna eficacia, dentro de la vida de este”.

Finalmente en el punto 4, afirma que: “Sólo artificialmente aislada de su ineludible contorno social es cuasi-diádica la relación médica; y si esto era cierto en el caso del diagnóstico, con mayor razón habrá de serlo en el tratamiento. En rigor, el tratamiento médico es por su esencia misma un acto social.”

Nuestro autor empieza por afirmar que la actividad conjunta del médico y el enfermo no se agota, para luego corregir, “no debe, no puede, agotarse” en el diagnóstico. Señalamos la corrección que hace porque, en el tratamiento del tema “relación médico-paciente” es lugar común que los autores eludan explicarnos los problemas que ella encierra y, en su lugar, se dediquen a decirnos cómo debería ser, a damos consejos, a recordamos los valores del humanismo, etcétera.

En este terreno podemos establecer nuestra diferencia específica con el planteamiento de Lain Entralgo: si la relación médico-paciente fuera como él la describe y prescribe, seguramente no existiría la deshumanización de la medicina. No hay que olvidar que nuestro trabajo no pretende explicar la relación médico-paciente, sino, fundamentalmente, intenta construir una explicación de por qué hay deshumanización en ella. Para este fin es fundamental saber cómo es la relación y, en menor medida, cómo debería ser.

Retomaremos la observación de nuestro autor en el sentido de que “aquello que es conocimiento en el diagnóstico” se traduce, posteriormente, en prescripciones para el paciente. Prescripciones que, necesariamente, adoptan la forma de comunicación *hablada* desde el médico hacia el paciente. Pasa luego a señalar que no son sólo los fármacos o la intervención física del médico, los elementos que tienen efecto terapéutico en el paciente, sino que la acción curativa empieza desde antes que entren en contacto directo los dos miembros de esta relación: el nombre

del médico en los oídos del paciente, su prestigio, la confianza en lo que él sabe, son todos aspectos terapéuticos.

Y ¿cuál es el común denominador de estos aspectos terapéuticos extrafísico-químicos? que en todo momento se trata del efecto terapéutico de la palabra; o de hechos convertidos en palabra en la mente del paciente. Lo anterior se confirma en el momento terapéutico de dar de "alta": el tránsito de el juicio médico «Este hombre está sano», que es apalabrado por médico cuando dice «Tú estás sano». Esto se remata con la afirmación de que, en rigor, el momento terapéutico es un *acto social*. En nuestro marco conceptual, habíamos establecido previamente que los hechos sociales son hechos del lenguaje.

El hecho de que la presencia del médico, su prestigio, su voz, su manera de interrogar, entre otras cosas, tengan efecto terapéutico en el paciente, se debe a que esos aspectos son significantes de lo médico, la medicina y la curación para el paciente.

Cuando no se advierte lo anterior puede dar lugar a equívocos; algunos médicos pueden pensar que dar la mano a sus pacientes o rodearse de signos de prestigio profesional serán garantía de efecto terapéutico para todos sus actos médicos. Esto no es una regla general. Hay médicos que son significantes para determinados pacientes y para otros no. Pero esto, de entrada, no lo saben ni los médicos ni los pacientes; sólo algunos de ellos, *a posteriori* se percatan del fenómeno.

El siguiente momento, constitutivo de la estructura de la relación médico-paciente es, para Lain, el *momento afectivo*:

"Además de realizarse cognoscitiva y operativamente, la r.m.-e. se constituye como vinculación afectiva; diagnóstico, tratamiento y —como ahora se dice— transferencia forman, mutuamente implicados entre sí, el término a que en definitiva conduce el originario fundamento específico de esta relación.

Tal lazo afectivo posee una trama personal y cualitativamente heterogénea; une a dos personas, y estas se relacionan mutuamente desde dos situaciones vitales —una en cuanto

«enfermo», otra en cuanto «médico»— muy diferentes entre sí. A la «cooperación itinerante» del paciente con su médico y de este con aquél, cada uno aporta lo suyo, así en el orden de la acción como en el orden del sentimiento. El enfermo pone efectivamente en ella la aflictiva, expectante vivencia de su menester y una confianza mayor o menor en la medicina y en la persona que va a tratarle; y el médico, su voluntad de ayuda técnica, cierta misericordia genéricamente humana, la pasión que en él despierte la siempre fascinante empresa de gobernar científicamente la naturaleza y un indudable apetito, secreto en unos casos, patente en otros, de lucro y de prestigio. La peculiar afición que enlaza al médico y al enfermo —llámesela *philia*, «amistad», con los antiguos griegos, o «transferencia» con los actuales psicoanalistas— es el resultado que en el alma del uno y del otro determina esta dual y compleja serie de motivos⁴⁵.

1.2.7. Transferencia y relación médico-paciente.

¿Qué significa ese lazo afectivo que los psicoanalistas llaman transferencia y que une al médico y al paciente? En primer lugar tendríamos que decir que ese lazo no es consciente; no es algo así como la simpatía que se da en otro tipo de relaciones personales. Freud descubrió la transferencia desde sus primeros trabajos y fue para él motivo de reflexión, elaboración y precisión, durante muchos años. En sus *Estudios sobre la histeria* de 1893-1895, la menciona ya, con sentido psicoanalítico, pero todavía la entendía como un obstáculo para el análisis⁴⁶. Allí explicaba los casos en que algunas de sus pacientes *transferían* sobre la persona del médico las representaciones inconscientes.

En esa época Freud proponía tratar cada transferencia como cualquier otro síntoma del paciente, a fin de mantener o restablecer una relación terapéutica basada en la cooperación confiada —de la que también habla Laín—, en la que él hacía intervenir, entre otros factores, la influencia personal del médico.

⁴⁵ LAÍN Entralgo, P. *Op. Cit.* p. 28.

⁴⁶ FREUD, Sigmund y J. Breuer "Estudios sobre la histeria" en *Obras Completas de Sigmund Freud* Tomo II. Amorrortu, Buenos Aires, 1987. p. 306.

*Ferenczi [discípulo de Freud] había mostrado, desde 1909, cómo en el análisis, pero también en las técnicas de sugestión, y de hipnosis, el paciente hacía inconscientemente desempeñar al médico el papel de las figuras parentales amadas o temidas⁴⁷. Esta observación de Ferenczi estaba inscrita ya en el marco del complejo de Edipo, estructura fundamental del psicoanálisis que Freud desarrolló en el transcurso de su creación intelectual.

La combinación del carácter inconsciente de las representaciones transferidas y de las figuras parentales, especialmente la figura paterna, es la noción más común que se tiene en medicina en relación con la transferencia. A la figura paterna, encarnada en el médico, se le atribuye, a menudo de manera simplista, una autoridad que el paciente acata de manera inconsciente. La transferencia, sin embargo, es algo más complejo. Veamos cómo replantea Freud el asunto en 1914:

“Si nos atenemos al signo distintivo de esta técnica respecto del tipo anterior [se refiere a la técnica hipnótica], podemos decir que el analizado no *recuerda*, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo *actúa*. No lo reproduce como recuerdo sino como acción; lo *repite*, sin saber, desde luego, que lo hace.

Por ejemplo: El analizado no refiere acordarse de haber sido desafiante e incrédulo frente a la autoridad de los padres; en cambio, se comporta de esa manera frente al médico. No recuerda haberse quedado atascado, presa de desconcierto y desamparo, en su investigación sexual infantil, pero presenta una acumulación de sueños confusos, se lamenta de que nada le sale bien y, proclama, es su destino no acabar nunca ninguna empresa. No se acuerda de haber sentido intensa vergüenza por ciertos quehaceres sexuales, ni de haber temido que lo descubrieran, pero manifiesta avergonzarse del tratamiento a que ahora se somete y procura mantenerlo en secreto frente a todos... Por eso tenemos que estar preparados para que el analizado se entregue a la compulsión de repetir, que le sustituye ahora el impulso de recordar, no sólo en la relación personal con el médico, sino en todas las otras actividades y vínculos de su vida...

⁴⁷ LAPLANCHE, Jean y PONTALIS, Jean-Bertrand *Diccionario de Psicoanálisis* Labor, Barcelona, 1993. p. 442.

Ahora bien, el principal recurso para domeñar la compulsión de repetición del paciente, y transformarla en un motivo para recordar, reside en el manejo de la **transferencia**. Volvemos esa compulsión inocua y, más aún, aprovechable si le concedemos su derecho a ser tolerada en cierto ámbito: le abrimos la transferencia como la palestra donde tiene permitido desplegarse con una libertad casi total, y donde se le ordena que escenifique para nosotros todo pulsionar patógeno que permanezca escondido en la vida anímica del analizado. Con tal que el paciente nos muestre al menos la solicitud *{Entgegenkommen}* de respetar las condiciones de existencia del tratamiento, conseguimos, casi siempre, **dar a todos los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial, sustituir su neurosis ordinaria por una neurosis de transferencia**, de la que puede ser curado en virtud del trabajo terapéutico⁴⁸.

No abundaremos más sobre la transferencia, es un tema bastante amplio en Freud y todavía autores como Lacan lo siguieron desarrollando. Nos quedamos con la noción de neurosis de transferencia:

El paciente no sabe que actúa en lugar de recordar. No sabe, tampoco, que lo hace frente al analista y que éste ocupa simbólicamente el lugar, por ejemplo, de su padre.

De lo que se trata, plantea Freud en esos años, es de dar a los síntomas de la enfermedad un nuevo significado transferencial; este es el sentido terapéutico que Freud conceptúa; esta conceptualización, por otra parte, apunta hacia la curación de la neurosis del paciente.

Lo importante de rescatar en este momento es que los síntomas del paciente se producen en su relación con el psicoanalista, por eso se llama neurosis de transferencia; es decir son síntomas que el paciente produce inconscientemente para su médico. Algunos de estos síntomas, mencionados en *Estudios sobre la histeria*, son producidos por los pacientes para "complacer" al analista: para mostrarle, por ejemplo, que sus observaciones son certeras, inteligentes, etcétera. Pero también existen otras formaciones del inconsciente que tienen el sentido contrario; es decir,

⁴⁸ FREUD, Sigmund "Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (1914) en *Obras completas de Sigmund Freud* Volumen XII. Amorrortu, Buenos Aires, 1988. pp. 152-156. Las negritas son nuestras.

desmentir alguna observación del analista: como el famoso relato de la *bella carnicera*; mujer que soñó que iba a comprar salmón cuando el establecimiento estaba cerrado, después que Freud le había señalado que la lógica general de los sueños era de *cumplimiento de deseo del soñante*.

La mujer explicó a Freud que su teoría estaba equivocada porque ella, habiendo soñado que tenía deseos de comer salmón fue al establecimiento y lo encontró cerrado. Ese sueño, le dijo, no me cumplió deseo alguno.

Freud le recordó que cuando él le había explicado el asunto del cumplimiento de deseo ella había manifestado, de alguna forma, su desacuerdo con la interpretación. El sueño, entonces, le había cumplido el deseo de que Freud estuviera equivocado: ¿cómo? soñando un sueño que refutara el planteamiento del analista.

Dos cuestiones fundamentales hay que señalar aquí: la primera, que el deseo está comprometido en la transferencia —aspecto que no trataremos aquí— y que los síntomas corren tanto en el sentido negativo como positivo. Este último aspecto pasa, por lo general, desapercibido en las referencias que se hacen en relación con la transferencia en el terreno de la medicina.

Efectivamente, el paciente puede manifestar alivio, por ejemplo de un dolor, con la sola presencia del médico, ni que dudar de que nos encontramos ante un fenómeno transferencial. Pero también puede darse el caso de que, ante otro médico, el dolor no ceda aun después de que se ha administrado un analgésico muy potente, esto también puede formar parte de la relación de transferencia.

Habíamos mencionado antes que la transferencia no es un fenómeno exclusivo de la relación médico-paciente: muchas personas comentan sentirse mal, inclusive sentir náuseas, ante la presencia de algún tipo específico de personas. Esto igualmente es la formación de un síntoma y, por lo tanto, en ese contexto, también es transferencia.

De igual forma es cierto que los fenómenos transferenciales positivos pueden presentarse más frecuentemente cuando el paciente tiene la oportunidad de escoger a su médico. En las instituciones públicas de atención médica la relación personal está perturbada o anulada de muchas maneras —y con ello los efectos terapéuticos positivos que pudieran obtenerse. Frecuentemente el paciente no tiene la oportunidad de escoger a su médico; el médico que lo atiende depende del día en que asista a la consulta, del horario y de la disponibilidad de recursos en ese momento.

Para finalizar esta parte diremos, junto a Lain Entralgo, que del mismo modo que el fundamento de la relación médico-paciente es social, también lo son el diagnóstico y el tratamiento. En otras palabras, también son hechos del lenguaje y producen efectos a través de las leyes de éste. Es evidente, por otra parte, que desconocer la dimensión social de estos componentes estructurales de la relación médico-paciente es una de las causas de la deshumanización de la medicina.

El último momento estructural de la relación médico-paciente para Lain es el *momento ético-religioso*:

*Los actos humanos —X. Zubiri y J. L. L. Aranguren lo han hecho ver con especial evidencia— son constitutivamente morales, unas veces según el modo de la «moralidad» *stricto sensu* y otras según el modo de la «inmoralidad». La libertad del hombre lleva inexorablemente en su estructura un «para qué» y en ese «para» va objetiva y subjetivamente inscrita la moralidad constitutiva de las acciones humanas.

No son excepción a esta regla los actos en que se realiza la r.m.-e., tengan su protagonista en el enfermo o en el médico. En lo que al enfermo atañe, la intrínseca moralidad de la r.m.-e. viene ante todo configurada —suponiendo, claro está, que el médico no sea para el paciente otra cosa que médico— por el «para qué» de la salud que busca. «No hay salud cumplida —ha escrito R. Siebeck— sin una respuesta satisfactoria a la pregunta: Salud ¿para qué? no vivimos para estar sanos, sino que estamos sanos para vivir y obrar» A la salud humana pertenece constitutivamente un «para

qué» no incluido en ella misma, y de ahí que sólo moral o inmoralmemente pueda uno estar sano y querer salud.

En lo que atañe al médico, en cambio, la relación médica muestra su condición moral en dos instantes diversos, uno inicial y otro terminal. Como el Samaritano de la parábola, el médico debe resolver inicialmente en el sentido de la ayuda la tensión ambivalente que dos tendencias espontáneas y contrapuestas, una hacia la ayuda y otra hacia el abandono, suscitan siempre en el alma de quien contempla el espectáculo de la enfermedad. Ser médico es, por lo pronto, hallarse habitual y profesionalmente dispuesto a una resolución favorable de la tensión ayuda-abandono. No acaba ahí, sin embargo el compromiso moral del médico. Así iniciado, ese compromiso crece y se consume con la ejecución del acto de ayuda, que será esforzado unas veces y negligente otras, y que perseguirá, según los casos el bien del enfermo, el lucro, el prestigio o quién sabe si una velada granjería de dominio y seducción.⁴⁹

Dos tendencias contrapuestas dice Lain: la ayuda o el abandono, el esfuerzo o la negligencia, son las fuerzas contrarias que tensan del médico cuando enfrenta el espectáculo de la enfermedad. De nueva cuenta, opta por señalar que "ser médico" implica un compromiso moral dentro del cual debe optar por la ayuda y el esfuerzo y dejar de lado el abandono y la negligencia.

¿Qué es entonces el hecho, hoy multiplicado por millares, donde el médico es negligente? ¿qué es la negativa de atención médica —hecho frecuente en nuestro tiempo?

Nuestro autor cae, de nueva cuenta, en un lugar común: son médicos aquellos que ejercen el compromiso moral con la ayuda y realizan su esfuerzo; los otros no son médicos aunque hayan estudiado medicina y aunque se dediquen al ejercicio de la profesión. ¿En qué ayuda, o de qué modo evita esos vergonzosos hechos, negar el estatuto de médico a una persona que no muestra compromiso moral en sus actos? Nosotros no quitaremos el dedo del renglón: hace falta explicar sociológicamente la deshumanización de la medicina. Una explicación del fenómeno es condición

⁴⁹ LAÍN Entralgo, P. *Op. Cit.* pp. 28-29.

necesaria para enfrentar, de mejor modo que simplemente dar consejos a los médicos, el fenómeno de la deshumanización de la medicina.

1.3. La deshumanización como manifestación particular de la relación médico-paciente.

Una vez establecidas las relaciones humanas en general y la relación médico-paciente en particular en el marco del lenguaje y la cultura, hagamos ahora una segunda oleada de aproximaciones desde otros puntos de vista:

Partamos del análisis de la relación médico-paciente de manera fenomenológica: tal como se da y como aparece ante nuestros ojos; para ello recurriremos a un planteamiento similar al que Marx elaboró para analizar la mercancía, plasmado en la primera edición de *El capital*:

“En el análisis de las formas económicas de nada sirven el microscopio ni los reactivos químicos. El único medio de que disponemos, en este terreno, es la capacidad de abstracción. La *forma de mercancía* que adopta el producto del trabajo o la *forma de valor* que reviste la mercancía es la *célula* económica de la sociedad burguesa...[unas líneas antes menciona que] ...La *forma del valor*, que toma cuerpo definitivo en la forma dinero, no puede ser mas sencilla y llana. Y sin embargo, el espíritu del hombre se ha pasado más de dos mil años forcejeando en vano por explicársela, a pesar de haber conseguido, por lo menos de un modo aproximado, analizar formas mucho más complicadas y preñadas de contenido. ¿Por qué? Porque es más fácil estudiar el organismo desarrollado que la simple célula.”⁵⁰

⁵⁰ MARX, Karl. *El Capital. Crítica de la economía política*. FCE, México, 1978. Decimotercera reimpresión. Tomo I. Prólogo a la primera edición, p. XIII. Subrayados en el original.

Tomaremos entonces la RMP como una forma social de interacción humana. Y para sacar el mayor provecho a la analogía de Marx entre el estudio de la célula y el estudio del cuerpo desarrollado, consideraremos la RMP como la célula en cuyo interior se encuentran expresados los componentes y las relaciones que dan vida al gran organismo que es la institución médica, en sus variantes pública, privada o liberal.

Desde esta perspectiva, asumiremos que el análisis minucioso de la RMP puede llevarnos de la mano hacia una comprensión global de la práctica y las instituciones médicas, incluido en ello el fenómeno de la *deshumanización*.

Tal vez podría pensarse que extrapolar el análisis de la mercancía al análisis de la RMP es demasiado aventurado, o que las formas económicas están muy alejadas de un fenómeno específico como la RMP; trataremos de mostrar que no es así. Veamos por qué. En el análisis del valor mercantil Marx va hasta sus elementos últimos y descubre que ese valor es la materialización de relaciones sociales entre productores privados independientes. Dicho de otra manera: el valor, expresado por cualquier mercancía al momento de su intercambio, es la encarnación de un tipo específico de relaciones sociales entre sus productores o, en su defecto, de sus detentadores.

Habría que recordar que el planteamiento marxiano es una discusión que tiene como interlocutores a los economistas clásicos quienes consideraban el valor como una cualidad, algo cosificado en la mercancía⁵¹. Marx descosificó el valor al plantear y mostrar que éste era la expresión de relaciones sociales y no al revés.⁵² Ahora regresemos a nuestro terreno.

⁵¹ Es muy importante no confundir el *valor* con la categoría "precio" porque, de ese modo, el análisis pierde todo sentido.

⁵² Lo anterior se comprende fácilmente cuando ponemos el asunto en estos términos: el valor de una determinada mercancía se expresará siempre en una específica magnitud; entendida ésta como la resultante de un sistema de fuerzas compuesto, fundamentalmente, por los productores privados independientes que participan en el intercambio. Esto quiere decir que no es lo mismo que un productor privado independiente, llámese un individuo, un grupo social, una cooperativa e inclusive un país, concurra al mercado a intercambiar sus mercancías en una posición de debilidad frente al otro u otros productores; que presentarse en una situación de fuerzas equilibradas, o con ventaja. El valor mercantil en cada uno de los intercambios será distinto y ello no se debe a algo inherente a la mercancía sino a las relaciones sociales entre productores, que por supuesto incluyen las relaciones de poder.

En la medida en que la relación médico-paciente es una relación social, entenderemos la deshumanización como una forma específica, una variante,⁵³ de la forma general que es la relación médico-paciente, en donde, como resultado de la interacción, el paciente puede encontrarse o pensar que se encuentra en alguno o varios de los siguientes estados: insatisfacción, frustración, daño a su salud o a su integridad psicológica o moral, entre otros.

-- En los casos extremos, que por suerte son aislados, donde por ejemplo, muere el paciente o pierde sus facultades mentales, son los familiares quienes, indirectamente, viven estos efectos. Ahora bien, cuando decimos que uno de los posibles resultados para el paciente dentro de una forma deshumanizada de interacción médico-paciente es la muerte, no intentamos decir con ello que la muerte sea un "producto" exclusivo de esa relación. Si así lo hiciéramos estaríamos planteando algo absurdo: que el resultado de la interacción entre un médico y un paciente dentro de un esquema "deshumanizado" es la muerte.

En este sentido, es muy importante recordar que el trabajo médico en general oscila entre la vida y la muerte del paciente, pasando por una gran variedad de estados intermedios; de ahí que, necesariamente, la muerte se presente en muchas ocasiones como uno de muchos otros resultados posibles, independientemente de que la RMP sea humanista o deshumanizada.

Nuestro punto de vista, para seguir adelante, no supone una determinación lineal y unidireccional desde la forma social de la relación médico-paciente hacia la institución médica en general. Entenderla así implicaría asumir que la institución médica es un simple efecto de la RMP, lo cual esterilizaría nuestro análisis restándole casi cualquier alcance comprensivo e interpretativo.

Concretamente planteamos que la relación médico-paciente es una forma histórica de relación social capaz de manifestarse, por lo menos, de una doble manera: como expresión del estado general de las relaciones sociales en un momento histórico específico, es decir determinada y; por otro lado, como marco relativamente fijo para la interacción entre médico y paciente; es decir, determinante. La RMP es, entonces, determinada y determinante. Y para comprenderla es necesario

⁵³ Puede haber otras variantes. La más fácil de citar sería la forma contraria: la medicina humanista.

incursionar en la noción de causalidad circular, propia de todos los sistemas, sean éstos biológicos o sociales.⁵⁴

Observada desde una perspectiva histórica; es decir, diacrónica, la RMP es una forma de interacción humana que cambia al compás de las transformaciones estructurales de la sociedad. Desde este punto de vista, la RMP es una forma capaz de codificar y expresar el movimiento social. Aparece, como una instancia "pasiva" que recoge y refleja los cambios a que se ve sometida. Enfocada así, la RMP es determinada.

Cuando la RMP es vista desde una temporalidad más breve, más sincrónica; la época actual por ejemplo, se nos aparece como una forma fija de interacción que impone sus esquemas, procedimientos y patrones de acción tanto a médicos como a pacientes. Desde este ángulo la RMP aparece como determinante.

Observada la relación médico-paciente sólo desde un punto de vista, sea éste el sincrónico o el diacrónico, se incurre en la parcialidad y en el error. La misma dialéctica que hemos expuesto así nos lo muestra: en el movimiento social; es decir en la historia, la RMP aparece como una forma *pasiva*, receptora de cambios estructurales. En el instante del análisis, en la radiografía de la RMP, ésta aparece *activa* y determinante para los movimientos e interacciones entre el médico y el paciente. En suma: en el movimiento la RMP es pasiva y en el reposo es activa.⁵⁵

⁵⁴ Desde el principio de la cibernética, *Norbert Wiener* se dio cuenta de la importancia del principio de retroalimentación como modelo no sólo de organismos vivos, sino también de sistema sociales. Así escribió en *Cibernética*: "Es sin duda cierto que el sistema social es una organización como el individual, unida por un sistema de comunicación e imbuida de una dinámica en la que los procesos circulares de naturaleza retroalimentadora tienen un papel principal. WIENER, Norbert. *Cybernetics*. MIT Press, Cambridge, Massachusetts. 1948; reimpresso en 1961. p. 24. Citado por CAPRA, Fritjof en *La trama de la vida. Una perspectiva de los sistemas vivos* Anagrama, Barcelona, 1996. p. 80. Hay edición en español: *Cibernética*. Tusquets Editores, 1985.

⁵⁵ Casi cualquier fenómeno natural, donde estén implicados el movimiento y el reposo, es capaz de mostrarnos esta dialéctica: los árboles que arrastra el río en su crecida aparecen pasivos ante nuestros ojos, moviéndose al ritmo que la fuerza del agua les imprime; mientras que los troncos de árbol con los que se construye la represa o la desviación de un río, estando fijos, aparecen activos ante nuestra mirada, conteniendo o desviando el caudal. En suma: *no hay que identificar de una vez y para siempre actividad con movimiento y pasividad con reposo*; identificación mecánica derivada de una comprensión del mundo exclusivamente desde la óptica de la física clásica de Newton. Es necesario ampliar el horizonte interpretativo comprometiendo puntos de vista que nos permitan advertir el reposo activo y el movimiento

La advertencia necesaria para nuestro trabajo consiste en que debemos observar la RMP tanto en su carga histórica; es decir, como una forma dinámica de interacción humana que en su seno lleva un conjunto de elementos configurados en el espacio-tiempo y, también, como una forma actual, aparentemente fija, que impone sus patrones de interacción desde la inmediatez de la contemporaneidad.⁵⁶

1.3.1. El médico y el paciente.

Redefinamos, a la luz de la combinación de nuestros puntos de vista con los de Iain Entralgo, el encuentro que hace la relación: un médico⁵⁷ frente a un paciente, y un paciente frente a un médico. No es redundante plantear el encuentro de ida y vuelta en tanto que las perspectivas de uno y otro son muy distintas. ¿A qué se debe el encuentro? Genéricamente hablando se debe a una *demand*a del paciente. Ahora bien, si el paciente demanda, es porque algo falta en él.

pasivo, entre otros aspectos, derivados de una comprensión más relativista. Para los interesados en profundizar algunas de estas cuestiones paradójicas pueden consultar, en el nivel de divulgación de la ciencia, a : EINSTEIN, Albert *La relatividad* Editorial Grijalbo, México, 1971.

⁵⁶ Ahora sí la analogía con la célula alcanza toda su fecundidad: el cuerpo humano actual aparece configurado, estructurado y determinado por la carga genética anidada en el núcleo de las células que forman sus tejidos. El genoma aparece como algo fijo y su determinación, contundente. Sin embargo, desde el punto de vista del tiempo evolutivo, medido en millones de años, el genoma es una instancia dinámica que ha recogido y codificado una cantidad infinita de interacciones del organismo con su medio y con otros organismos; interacción que le ha dado su configuración actual.

⁵⁷ A estas alturas tal vez sea una redundancia aclarar que este trabajo trata del análisis de la deshumanización de la medicina conocida como medicina científica. La aclaración viene al caso en la medida en que la medicina científica es la que goza de legitimidad y es también a la que se le reconoce la hegemonía sobre otras formas históricas de la práctica médica. La medicina científica, por otra parte, es también la forma médica vigente en las instituciones públicas de atención a la salud y en la mayoría de las instituciones privadas; lo mismo ocurre en los consultorios médicos donde se practica como profesión liberal. Sin embargo, diferentes medicinas serán citadas cuando hagamos referencia, sobre todo, a las distintas concepciones de la salud y la enfermedad que portan los pacientes, de acuerdo con la cultura a la que pertenezcan.

1.3.1.1. La demanda del paciente.

Y ¿qué demanda el paciente? Demanda, entre muchas otras cosas, que el médico alivie su sufrimiento; que le retire ciertas molestias e incluso, que le devuelva la función que su cuerpo, o algunas partes de él, han perdido.

Entre la gran variedad de posibles estados capaces de precipitar la demanda del paciente existe, sin embargo, un denominador común: el paciente acude al médico con la *expectativa* de que éste le retire aquello por lo cual sufre. Desde este punto de vista, la demanda es expectativa de curación.

Dos cosas hay que resaltar en este momento: por lo general, la demanda del paciente expresa un estado subjetivo donde se ha rebasado un umbral: el síntoma, la molestia o el sufrimiento no ha cedido espontáneamente, ni tampoco ante las medidas remediales puestas en práctica por la persona enferma o sus allegados. Como resultado de ello se han traspasado otro o varios límites: la capacidad para soportar el dolor; el paso de la intranquilidad a la angustia, la imposibilidad de seguir realizando las tareas cotidianas⁵⁸, entre muchos otros.

El atravesamiento de ese umbral subjetivo, bastante bien conocido por los médicos y expresado como "el paciente viene a verme cuando ya no aguanta el dolor, cuando ya no puede caminar, cuando ya no hay nada que hacer, etcétera" es, en realidad, lo que transforma una persona sufriente en paciente. El médico se equivoca cuando supone que antes de ese momento decisivo e individual la persona ya era su paciente.

Hay personas que traspasan su umbral al menor cambio percibido, sea real o imaginario; o simplemente traspasan un límite temporal precautorio como las personas que periódicamente

⁵⁸ La imposibilidad para realizar las tareas cotidianas e inherentes a cada persona es un aspecto de gran trascendencia en la medida en que representa, posiblemente, el mayor atentado contra lo que ellas *son*: el sostén de la familia, la ama de casa, el hijo estudiante, entre otros muchos papeles configurados socialmente; y que tienen como fundamento para su existencia la realización de un conjunto de actividades reconocidas por la colectividad. Esta cuestión se encuentra desarrollada en el apartado anterior.

acuden al médico para practicarse el "chequeo" de rutina. En el extremo opuesto, hay quienes no acuden al médico llegando inclusive a la muerte; entre estos extremos se generan también una amplia gama de situaciones intermedias.

Se ve aquí, claramente, que aquella persona que no demandó atención médica, inclusive ante la muerte, nunca fue un paciente. También es cierto, por otro lado, que dentro de la gran marea de subjetividades de los pacientes, los médicos establecen ciertos patrones de comportamiento y desarrollan ciertos esquemas de atención que emplean, con pequeños ajustes, cuando las circunstancias se los permite.⁵⁹

De lo anterior establecemos que la persona sufriente se convierte en paciente hasta que ha renunciado a la capacidad o expectativa de autocuración y demanda que otro, en este caso el médico, lo cure.⁶⁰ El estatus de paciente, entonces, proviene de la demanda de la persona.⁶¹ Dicho en otras palabras; sin demanda no hay paciente. Aunque no deje de haber persona sufriente.⁶²

La demanda, por otra parte, implica el reconocimiento de otra persona o instancia con *poder* suficiente para realizar la curación. Demanda, entonces, es autoreconocimiento de insuficiencia del

⁵⁹ Tal vez el hecho de que la transformación del sufriente en paciente pase por la dimensión de la subjetividad sea la causa de que desde la medicina preventiva no se comprenda por qué muchas personas no acuden al médico sino hasta cuando su enfermedad se encuentra en estadios avanzados. Esto implica, tal vez, mucho conocimiento de la enfermedad pero poco en relación con lo que una persona es. La escasa o nula comprensión de este fenómeno también se refleja en las concepciones y planeación de los servicios públicos de salud y, en ocasiones, en sus pobres resultados.

⁶⁰ El Dr. Luis Cervantes Jr. en su *Sociología Médica. Derechos y obligaciones de médicos, pacientes y familiares* México, Costa-Amic Editores, 1983. p. 21, plantea: ¿Qué es un paciente? Normalmente entendemos por paciente a una persona con una enfermedad, que acude al médico en busca de curación. Esto no siempre es cierto. Algunos podrán estar efectivamente enfermos. Pero todos, absolutamente todos, estarán angustiados. De aquí lo importante de la buena relación médico-paciente.

⁶¹ La demanda, aun siendo elemento fundamental para el establecimiento de la RMP, no basta. La expectativa de la persona puede variar en el primero o primeros encuentros con el médico dando lugar al debilitamiento o disolución de la demanda y, por lo mismo, impidiendo el afianzamiento de la relación médico-paciente.

⁶² Los casos en que las personas sufrientes oscilan entre ese estado y el estado de paciente son particularmente difíciles de tratar para los médicos. Un ejemplo claro de ese tipo de situaciones es cuando el propio médico enferma y enfrenta una enorme dificultad subjetiva para asumir primero el estado y luego el papel de paciente. También existen personas que, disponiendo de una gran cantidad de información, sea esta última sistematizada o no, de buena o de mala calidad, enfrentan fuertes obstáculos internos para asumirse como pacientes.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

sufriente y, simultáneamente, reconocimiento de otra persona o instancia con poder suficiente para realizar la curación. Este reconocimiento, por otro lado, se confirma o se desintegra en los primeros encuentros; de ahí que ya antes mencionáramos que la demanda no es condición suficiente para establecer la relación médico-paciente.

1.3.1.2. La demanda del paciente como hecho cultural.

Este reconocimiento, por otra parte, se da siempre dentro de una determinada cultura; de ahí que sean diferentes personajes sociales: el médico, el chamán, el curandero, etcétera, sobre quienes recaiga la demanda, dependiendo de la cultura del paciente.

Desde este punto de vista, el encuentro entre médico y paciente y la propia relación establecida entre ellos, es un acontecimiento cultural; es decir, prefigurado en la cultura y, por lo mismo, es estudiado por la Antropología Médica.

Tradicionalmente todo lo anterior es entendido de manera muy simple y limitada: como "la confianza" del paciente hacia su médico que posibilita el establecimiento de la relación entre ellos y los buenos resultados. Veamos lo que dijo al respecto Donato G. Alarcón en 1960:

"La confianza del enfermo para el médico es la base del trato con él: la fragilidad de esa confianza significa, para el médico, la necesidad de ganarla y mantenerla haciendo uso, para ello, de sus dotes de persuasión, de trato humano y afectuoso, de demostración de eficacia en sus procedimientos"⁶³.

Sigamos ahora con el punto de vista antropológico: cada cultura —México es expresión viva de un país pluricultural— construye una interpretación del surgimiento, la evolución y el fin del

⁶³ ALARCÓN, Donato G. "El ejercicio liberal de la medicina y el médico asalariado" en *Problemas del ejercicio profesional del médico en México. Mesas redondas de la V Jornadas Médicas Nacionales* México, Academia Nacional de Medicina, 1960. p. 122

mundo; y una específica legalidad que rige todo ello denominada *cosmovisión*; dentro de ella las nociones de vida y muerte son fundamentales, además de las ideas acerca del bien y del mal.⁶⁴ La interpretación científica de lo anterior es también una cosmovisión, que podemos destacar como hegemónica dentro del conjunto de cosmovisiones.

La articulación de los conceptos anteriores conforma la estructura de otros conceptos más inmediatos en la cotidianidad de cada cultura: la salud y la enfermedad. Estos conceptos, genéricamente hablando, representan los estados vividos por los seres humanos en una gran zona intermedia ubicada entre su orden universal abstracto, un más allá de la experiencia; y el orden subyacente en lo inmediato, un más acá de la experiencia. Esa zona intermedia es la vida cotidiana.⁶⁵

⁶⁴ Para LÓPEZ AUSTIN, *Cosmovisión* es: "el conjunto articulado de sistemas ideológicos, relacionados entre sí en forma relativamente congruente, con el que un individuo o un grupo social, en un momento histórico, pretende aprehender el universo. Pero además, la cosmovisión adquiere las características de un macrosistema conceptual que engloba todos los demás sistemas, los ordena y los ubica." Refiriéndose a la manera como en las sociedades nahuas del Altiplano Central se interpretaba la enfermedad y su etiología, el autor dice también: "Hoy puede parecerse demasiado ajena esta particular vinculación de las distintas esferas de la vida social y biológica en la etiología de las enfermedades; pero es indudable que en toda sociedad, en toda concepción del mundo, las formas particulares de conciencia social —y entre ellas la medicina— se encuentran firmemente articuladas entre sí. Esto es el resultado de la compleja actividad del hombre en los distintos dominios de la naturaleza y de la sociedad. Difieren los ámbitos de acción, los tipos de acción, las concepciones y las formas de articulación; pero el firme vínculo existe en toda sociedad, en toda época histórica. La complejidad del hombre, de la sociedad, del universo, provoca acciones y concepciones también complejas.

Lo anterior no implica una confusión de las distintas formas particulares de conciencia social. Los hombres actúan con particulares fines sobre particulares ámbitos (reales o imaginarios) del universo, y esto crea formas de acción también particulares. En su acción particular sobre un ámbito del universo, los hombres van estructurando sus representaciones, ideas y creencias, y éstas, a su vez, dirigen la acción. En el transcurso de la acción los hombres van descubriendo (y creyendo descubrir) las leyes que regulan los procesos de distintos niveles naturales y sociales, que, al quedar estructuradas como principios cognoscitivos y rectores, integran sistemas ideológicos que guardan entre sí una autonomía relativa. Cada sistema ideológico tiene, pues, estructura, dinámica y contenido propios: el sistema religioso, por ejemplo, se diferenciará como sistema autónomo—en estos tres aspectos— del jurídico, y éste del político y del mágico. Pero, hay que repetirlo, esta autonomía es relativa, y lo es debido a que todos los ámbitos naturales y sociales están objetivamente interrelacionados, a que toda actividad humana es compleja, ya que el pensamiento se constituye con la base de una mínima congruencia." Cfr. LÓPEZ AUSTIN, Alfredo "Cosmovisión y Salud entre los Mexicas" en revista *Artes de México*

⁶⁵ El concepto de vida cotidiana que aquí manejamos se encuentra desarrollado en forma brillante en BERGER y LUCKMANN *La construcción social de la realidad*, Op. cit. Vale la pena citar algunas líneas: "Mi conciencia, pues, es capaz de moverse en diferentes esferas de realidad. Dicho de otra forma, tengo conciencia de que el mundo consiste en realidades múltiples. Cuando paso de una realidad a otra, experimento por esa transición una especie de impacto. Ese impacto ha de tomarse como causado por el

En el gran orden abstracto el bien y el mal suelen representarse por divinidades; mientras que en el orden que subyace a la experiencia son representados por otras dualidades como frío-calor, húmedo-seco, etcétera. Estas nociones se articulan dinámicamente en la vida cotidiana. Así tenemos que, en determinado momento, algo frío puede por ejemplo, enfermar, y curar en otro instante. Cuando lo anterior se combina con la influencia de las divinidades, produce el abanico cultural de interpretaciones de los estados de salud y enfermedad.⁶⁶

Dentro de cada cultura existe también un personaje que concentra estos conocimientos y que suele ejercer las funciones médicas. En él recae la demanda del enfermo. Esta demanda, puede observarse, está prefigurada y codificada en cada cultura. Es un hecho del lenguaje.

El caso concreto del establecimiento de la RMP entre un médico con formación científica y su paciente supone que en la cultura del paciente, o cuando menos en su escolaridad —que no es lo mismo—, existan nociones básicas compartidas con la formación del médico. Estas nociones son, entre muchas otras, la existencia de un orden físico regido por leyes también físicas independientes de la voluntad del hombre; reconocimiento de la relación causa-efecto, etcétera.

Es frecuente escuchar el relato de médicos que describen las dificultades implicadas en el trabajo, por ejemplo, con personas analfabetas y; como contraparte, la relativa facilidad para trabajar con personas portadoras de altos niveles de escolaridad. No se trata, desde el punto de vista que venimos desarrollando, de un mal paciente en un caso y, de uno bueno en el otro. El problema es la diferente perspectiva cultural que obstaculiza el establecimiento de la relación médico-paciente. O, dicho en los términos trabajados previamente, el médico no es significativo para el paciente y

desplazamiento de la atención que implica dicha transición. Este desplazamiento puede observarse con suma claridad al despertar de un sueño.

Entre las múltiples realidades existe una que se presenta como la realidad por excelencia. Es la realidad de la vida cotidiana. Su ubicación privilegiada le da derecho a que se le llame suprema realidad.”

⁶⁶ Cfr. LÓPEZ AUSTIN, A. “La polémica sobre la dicotomía frío-calor”, en *La medicina invisible*, LOZOYA, X. y ZOLLA, C. Folios Ediciones, México, 1983.

viceversa. En todo caso, se trata de una persona que se establece más fácilmente como paciente para ese médico, y otra que no.⁶⁷

La situación anterior, sin embargo, no es general: muchos médicos provenientes del medio rural, mestizo o indígena, cuya formación médica es una evidente parte de su escolaridad pero no de su cultura de origen, no enfrentan al problema señalado en el párrafo anterior; precisamente porque comparten elementos del horizonte cultural de las personas que se convierten en sus pacientes. También existen, por supuesto, médicos de origen similar a los anteriores que, desde su escolaridad, incluida en ella su formación médica, niegan su cultura y, por lo mismo se resisten a establecer la RMP en los términos culturales que han negado previamente.

Resulta evidente que, para estos médicos, la negación es inevitable porque se les presenta de ida y vuelta en su camino profesional: o niegan su formación médica científica para favorecer el establecimiento de la RMP con una persona proveniente de una cultura que no comparte las nociones básicas implicadas en su visión médica; o niegan su propia cultura madre para regirse por los postulados de su formación científica.

En la realidad cotidiana de la atención médica los dos casos señalados son situaciones extremas que ocurren tal vez con menor frecuencia que la gran cantidad y diversidad de casos intermedios. El acontecimiento, sin embargo, no deja de ser relevante por todo lo que está en juego, y merece ser estudiado a profundidad para conocer a fondo el fenómeno, así como sus efectos y repercusiones.

Un estudio del mercado de trabajo médico coordinado por Julio Frenk, relaciona el origen social de los estudiantes de medicina con la calidad de las escuelas en las que se forman y los

⁶⁷ Para profundizar en este aspecto, revisar: AGUIRRE BELTRÁN, G. *Obra antropológica. XIII Antropología Médica* Cap. IX "La medicina dominical: coerción vs consenso" Coedición Universidad Veracruzana, INI, FCE, Gob. del estado de Veracruz, México, 1994. Y también, CAMPOS, R. "La relación médico-paciente ¿una relación de poder y subordinación?", en LARA Y MATEOS, R.M. *Medicina y Cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud*. Plaza y Valdés, México, 1994

niveles socioeconómicos de los pacientes que después atienden ⁶⁸. Se llega a establecer que personas de origen bajo, se forman en escuelas de baja calidad y, posteriormente, atienden a personas de niveles socioeconómicos también bajos.

Es posible que ese comportamiento del mercado no sólo se deba a cuestiones ubicables en alguna escala construida con criterios cuantitativos: el origen "bajo" o "alto" de los estudiantes, o a la baja o alta "calidad" de las escuelas de medicina, sino también a algo más complejo como son las afinidades y discordancias culturales que hemos señalado y que permiten el establecimiento de la relación médico-paciente, o lo dificultan.

Cada cultura es arbitraria, así lo establecen Pierre Bourdieu y Jean Claude Passeron ⁶⁹, en la medida que impone a sus miembros su cosmovisión sin que medie para ello la aceptación de quienes la adoptan. Esta visión del mundo se denomina "arbitrario cultural". La escuela, en tanto instancia social y políticamente legitimada para imponer su arbitrario cultural, procede de la misma manera que cualquier otra organización cultural. La diferencia más importante tal vez estriba en que el arbitrario cultural de la escuela aparece ante nuestros ojos como algo digno de ser enseñando y portando, además, un carácter nacional; carácter que legitima su imposición a la diversidad de los arbitrarios culturales de cada localidad o región.

Si combinamos lo anterior con el hecho de que no hay hombres sin cultura ni cultura sin hombres, arribaríamos a la conclusión de que negar, desconocer, ignorar o minusvalorar la cultura de una persona implica negar aquello que lo ha hecho humano y, por lo tanto, la propia humanidad de la persona. Cuando alguna de estas cosas ocurre dentro de la RMP, podríamos hablar, fundamentadamente, de deshumanización de la medicina.

⁶⁸ FRENK, J. (coord.) "El mercado de trabajo médico", en DE LA FUENTE, R. (comp.) *La educación médica y la salud en México* Col. Salud y Salud y Sociedad. Siglo XXI, México, 1996.

⁶⁹ BOURDIEU, P. y PASSERON, J.C. *La reproducción* Editorial Laia, Barcelona, 1979. pp. 44-45.

1.3.2. La oferta del médico.

En el apartado anterior tratamos algunos aspectos de la demanda del paciente; ahora intentaremos hacer lo propio con la oferta del médico. No se trata aquí de la oferta y la demanda desde un punto de vista económico; sin embargo, las leyes del mercado —oferta y demanda— son ineludibles cuando se analiza la práctica médica inmersa en una sociedad donde buena parte de las interacciones humanas se rigen por la ley del valor, es decir, del intercambio mercantil.

La oferta del médico es, del mismo modo que la demanda del paciente, una configuración social inscrita en una cultura determinada. Es otro hecho del lenguaje. Ciertamente es que, en relación con la medicina científica, hablamos de una visión del mundo, o cosmovisión, que desde el siglo XIX se ha extendido por el mundo como una visión universal. Ese hecho, sin embargo, no le quita su carácter cultural puesto que la llamada medicina científica, y la idea de ciencia en general, se originó en el seno de la cultura griega antigua.

El hecho, por otra parte, de que las ideas iniciales griegas hayan sido desarrolladas por muchas personas en otros tantos países dando cuerpo a lo que hoy conocemos como ciencia tampoco borra su origen griego, ni, por lo mismo, su carácter cultural.

A partir de lo anterior es frecuente encontrar casi en cualquier lugar del mundo la coexistencia de diferentes versiones de medicina autóctona con la medicina científica. Tanto las unas como la otra ofertan a sus posibles pacientes una interpretación particular de la salud y la enfermedad inscrita en su visión específica del mundo. Como ya hemos planteado, hay más posibilidades de que se establezca la relación médico paciente cuando la persona enferma se siente interpelada por una determinada concepción médica. O, para decirlo en los términos de la antropología estructural: cuando médico y paciente comparten cultura están dadas las condiciones para la codificación y descodificación automática e inconsciente de los mensajes entre ellos.

Es frecuente, por otro lado, que donde la coexistencia de distintas concepciones médicas es más contrastante —por ejemplo el medio rural—, las personas desarrollen cierta "habilidad" para

diferenciar sus estados de salud-enfermedad de tal modo que en determinados casos recurren a alguna o varias opciones de la llamada "medicina tradicional", y en otros a la medicina científica. En este trabajo, debido a nuestra ignorancia de las medicinas tradicionales, nos abocaremos casi exclusivamente a la oferta de la medicina científica.

Podemos empezar por preguntarnos ¿qué ofrece el médico? y para dar contexto a nuestra respuesta recordemos que en la citada presentación de Héctor Fernández Varela sobre la CONAMED, éste menciona que los avances de la ciencia y el poder actual de la tecnología médica generan grandes expectativas en los usuarios de los servicios médicos; muchas de ellas tal vez desfasadas de los alcances reales de la medicina contemporánea; y que la insatisfacción resultante de ello también está detrás de los conflictos entre prestadores y usuarios de los servicios médicos.

Resulta claro, entonces, que hay una diferencia importante entre lo que el paciente demanda y aquello que recibe; sin embargo, en lo que hemos visto hasta ahora, la deshumanización de la medicina no se refiere a que, en determinados casos, el servicio no colme las expectativas del paciente, sino a algo que hay en el trato que se le brinda.

Es posible, por otra parte, que una correspondencia exacta entre oferta y demanda, a la manera en que se corresponden dos figuras geométricas congruentes nunca llegue a darse, puesto que, como lo hemos advertido ya, existe una parte subjetiva en la demanda del paciente, imposible de colmar de manera objetiva.

Lo contundente de nuestro tiempo, sin embargo, es que una proporción cada vez mayor de las expectativas de curación de los usuarios de los servicios de salud cuenta con bases tecnológicas o farmacológicas que pueden hacerlas realidad parcial o casi totalmente. Dicho de otra manera, la demanda de los pacientes *tiende* a hacerse cada día más objetiva aunque, evidentemente, los pacientes no se planteen su propia demanda en términos de objetividad.

Por otro lado, los recursos científicos y tecnológicos no son percibidos por los usuarios aisladamente de la figura del médico, sino como sus instrumentos naturales, como parte de su poder

para curar enfermedades. De ahí que la oferta médica de nuestros días tenga en el conocimiento y en la tecnología su sustento objetivo y que, en ese mismo sentido, oriente o moldee las expectativas en los usuarios desde un punto de vista también objetivo. Ahora contrastemos lo anterior con lo ocurrido en otra época histórica de nuestro país para contar con más elementos de análisis.

1.3.2.1. Historicidad de la oferta del médico.

Durante la época colonial en México, y en todo el mundo civilizado durante ese lapso, la oferta médica no incluía, por ejemplo, la curación del paciente y menos aún la salvación de su vida cuando ésta se encontraba en riesgo. Todos los hospitales de ese tiempo eran católicos y dentro de ellos se concebía a la salud y la enfermedad como gracia y castigo divino, respectivamente.

Atacar la enfermedad era, de acuerdo con aquellas concepciones, caminar en sentido contrario a la voluntad de Dios⁷⁰. La oferta médica, que en ese tiempo era también religiosa, consistía en ayudar al enfermo a "bien morir"; es decir al amparo de la fe cristiana. Dentro de esta lógica, el enfermo más que un paciente, asistía a los servicios médicos en calidad de "creyente". Con lo anterior se hacía coincidir la concepción de la salud-enfermedad, el servicio brindado y el estatuto del enfermo, de tal modo que el sistema, en lo global, gozaba de coherencia.

Si comparamos lo anterior con lo que sucede en nuestra época podríamos decir que la oferta médica actual es objetiva y que la colonial, provisionalmente hablando, rayaba en la subjetividad porque se basaba en creencias no comprobadas. Pero antes de continuar esta discusión, aportemos algunos datos históricos.

⁷⁰ También era clave que no intentara atacar la enfermedad, no sólo porque muy posiblemente, en la mayoría de los casos, se hubiera aparecido el fracaso, sino porque eso representaría un cuestionamiento a la voluntad de Dios. Desde nuestro tiempo tal vez podríamos decir que no se intentaba el ataque a la enfermedad porque no se conocían sus causas y que la fe en Dios era, simplemente, una manera de encubrir ese desconocimiento. Ese razonamiento, aunque tiene mucho de cierto, no es exacto.

“En el siglo XVI la situación general de todos los hospitales europeos, cuyo modelo se siguió en México, era lamentable. No sólo se desconocía o se ignoraba por completo la asepsia, sino que también existía una falta total de higiene (...) se hacinaban cuatro o cinco pacientes en cada cama (...) los niños y las mujeres embarazadas eran indiscriminadamente mezclados con los enfermos que fallecían de tifo o tuberculosis. Los pacientes que morían en las salas nocturnas comúnmente permanecían en sus lechos junto a los vivos, o eran empujados fuera de la cama por los recién llegados, y seguían descomponiéndose en el piso durante varios días”.⁷¹

Es interesante observar que Schendel, de entrada, presenta el estado de la institución hospitalaria en el siglo XVI a través de una comparación con el funcionamiento y la organización de los servicios médicos actuales: dice “...no sólo se *desconocía* o se *ignoraba* por completo la asepsia, sino que también existía una falta total de *higiene*” Es decir, nuestro autor no duda en calificar de ignorantes otros sistemas históricos de atención médica.

Ahora bien, si en la actualidad podemos ver al conocimiento biomédico como telón de fondo en la organización de los servicios, en las técnicas y procedimientos, en las campañas de vacunación, entre mil cosas, no hay razón para suponer que esto debió ser del mismo modo en la Colonia. Con lo anterior queremos decir que la ignorancia de aquella época no era ignorancia simple; es decir: se es simplemente ignorante frente al conocimiento existente cuando no se le sabe ¿pero si ese conocimiento no existía o todavía no se había producido, o por conocimiento se entendía otra cosa? ¿Cómo puede ser alguien ignorante de lo que no existe? entonces resulta complicado hablar de simple ignorancia o desconocimiento.

En realidad, el “desconocimiento” en aquella época no tenía la connotación de ignorancia que hoy le conferimos; más bien tenía una función estructural, del mismo modo que el conocimiento lo tiene en nuestra época. Aclaremos esta idea un poco más:

⁷¹ SCHENDEL, Gordon *La medicina en México. De la herbolaria azteca a la medicina nuclear*. México, IMSS, 1980. Col. Salud y Seguridad Social. Serie Historia. p.131.

No olvidemos que, dentro de las concepciones dominantes en ese tiempo, todos los fenómenos —incluido el movimiento de la hoja del árbol, como dice la Biblia—, eran concebidos como la realización de la voluntad de Dios. Obsérvese, entonces, que no había lugar social para el conocimiento como lo entendemos en la época actual. Y no sólo porque durante un buen lapso no se producía, sino porque no hubiera tenido función que cumplir.⁷²

Indagar, entonces, en las causas de los fenómenos era una sinrazón en la medida en que la totalidad fenoménica era, digámoslo así, la parte sensible de la voluntad divina.

Lo anterior, evidentemente, también regía en las instituciones de atención médica y daba la pauta para su organización y para la interacción de sus miembros: los enfermos, por ejemplo, antes de ser pacientes debían ser creyentes, ya que la fe en Dios era el salvoconducto que les permitía el libre tránsito por las instituciones coloniales, y era también lo que permitía al médico vincularse con su enfermo.

Estructuralmente hablando, la oferta médica estaba dirigida a la subjetividad de los enfermos, a su espiritualidad, y esto no podía ser de otra manera; del mismo modo en que la oferta médica de nuestros días está dirigida básicamente al cuerpo del paciente y el telón de fondo es la objetividad de la ciencia positiva.

En la actualidad las creencias de los enfermos; y en ellas incluimos su subjetividad, su espiritualidad, no tienen lugar en la oferta médica. Esto, a su modo, ya lo han mencionado los autores del *Seminario sobre problemas de la medicina en México*, ahora diremos que la falta de lugar para esos aspectos no se debe tanto a que los médicos no quieran escuchar la subjetividad de sus pacientes, sino a la falta de un espacio legítimo para ella en un horizonte médico dominado por las ideas de la objetividad. Extendamos un poco esta idea debido a la gran relevancia que tiene para nuestro tema:

⁷² Cuando el conocimiento experimental empezó a construirse fue atacado, perseguido y prohibido por la Iglesia Católica; pero no porque deseara privar a la humanidad de los beneficios del conocimiento, sino porque éste implica una visión del mundo desestructurante del orden social basado en la teología, y por lo tanto atentatoria de su hegemonía social y política.

Cuando la subjetividad aparece en el discurso del paciente es escuchada por el médico de un modo marginal: "por cortesía", "porque el médico tiene buena relación con las personas", etcétera, pero carece de un sentido específico en la interpretación de la salud-enfermedad y, más todavía, en la terapéutica. La subjetividad es vista, casi exclusivamente, como aquello que debe despejarse de tal manera que no obstaculice o enturbie la claridad de la óptica científica del trabajo médico.

Ricardo Loewe, expresa lo anterior de la siguiente forma, en su introducción al libro de Donatella Bonino *El compañero médico. Por una nueva relación médico-paciente*:

"Los médicos hemos aprendido un cartabón para interrogar y explorar a los pacientes; nuestra 'historia clínica' no admite desviaciones en beneficio de la eficiencia. Podemos, sí, permitir que los pacientes se desvíen brevemente de su relato inducido, pero tales desviaciones, como no cuentan con espacio para su registro en nuestro cartabón, sólo representan molestia y pérdida de tiempo para nosotros; así, esas desviaciones se permiten por cortesía, y sólo cuando tenemos el tiempo suficiente para ser corteses (cosa que casi nunca ocurre, sobre todo en los servicios públicos). Nuestro interrogatorio incluye los 'antecedentes personales', tanto los patológicos como los no patológicos; pero estos fueron ya previamente definidos y codificados: Lugar y fecha de nacimiento, lugar de residencia, ¿fuma usted? ¿cuánto? ¿tiene parientes diabéticos?"⁷³

Fritjof Capra, por su parte, refiere un ángulo de la subjetividad de algunos médicos que, por lo regular, no aparece en el discurso oficial de la medicina:

⁷³ BONINO, Donatella *El compañero médico. Por una nueva relación médico-paciente*. México, Nueva Imagen, 1979. p. 11

“En el campo de la medicina, todos los buenos médicos utilizan la intuición y los conocimientos subjetivos, pero esto no se admite en la literatura profesional ni tampoco se enseña en nuestras escuelas médicas”⁷⁴.

No deja de llamar la atención el hecho de que Capra adjudica el uso de la intuición y de los conocimientos subjetivos a “todos los buenos médicos”. Pero continuemos ahora con la línea de trabajo que interrumpimos líneas arriba.

Si durante la hegemonía de la Iglesia Católica era subversivo pensar cualquier causalidad fuera de la esfera divina, en nuestra época, interpretar la salud y la enfermedad fuera del perímetro de la materialidad fisicoquímica del cuerpo; es decir fuera de la objetividad, también lo es, aunque de modo distinto.

Como era de esperarse, la racionalidad científica no sólo es el sustrato donde se fundan las actividades médicas; en la era moderna el apego a los conceptos que han pasado la prueba de la experimentación es la norma que tiende a regular todas las actividades sociales y a modelar las interacciones entre los seres humanos.

Desde esta perspectiva observamos que tanto la demanda del paciente como la oferta del médico son actuaciones prefiguradas y ensambladas históricamente; y que en ese ensamblaje algo queda fuera: la objetividad durante la Colonia y la subjetividad en la época moderna, para decirlo de una forma aproximada.

Lo interesante de que en el ensamblaje de la RMP *algo quede fuera*, es el hecho de que a través de esa exclusión y de lo que ella excluye depende, en buena medida, el mantenimiento del orden social.

⁷⁴ CAPRA, Fritjof *El punto crucial* Editorial Integral, Barcelona, 1985. p. 384.

La exclusión de la subjetividad en nuestra época no atañe solamente a los enfermos; si observamos atentamente, también la de los médicos está excluida. Con la autoexclusión de su propia subjetividad los médicos respetan el orden vigente, son congruentes con sus principios y normas, y conservan su lugar dentro del sistema y el funcionamiento sociales.

Así tenemos que tanto en la época del predominio político de la Iglesia como en la época actual, donde cada vez es más frecuente que las actividades sociales giren en torno a un fundamento científico, el mantenimiento del orden implica la exclusión de algún componente, parte, o dimensión del ser humano. Esta exclusión se practicó en nombre de Dios en el primer caso y se practica en nombre de la ciencia en el segundo. Y tal vez, lo que nos da una idea del profundo sentido social de estos órdenes, es que tanto la teología como la ciencia son construcciones humanas para fundamentar y sostener un orden que también es humano. En el primer caso toda la realidad e inclusive la voluntad de los hombres aparece como la realización de la voluntad de Dios; en el segundo todo aparece, incluida también la voluntad humana, como la realización de las leyes de la naturaleza. En ambos casos algo de la dimensión humana aparece excluido: excluido de las construcciones conceptuales hechas por los hombres.

Durante la época colonial un médico no podía externar su deseo o voluntad de curar a un paciente porque, automáticamente, se inmiscuía en el territorio de Dios; en la época actual un médico ya no tiene que reservarse la exteriorización de su deseo de curar al paciente, pero tiene que renunciar a generarle expectativas de curación carentes de bases objetivas.

En el primer caso la facticidad estaba vedada al médico porque el terreno de los hechos era patrimonio divino. Cuando se recuperaba algún enfermo se debía a que él ponía su fe y Dios ponía el hecho. En la época moderna el terreno de los hechos ya no está vedado; al contrario, su estudio es la fuente del conocimiento y este último la llave de lo desconocido. Sin embargo, ahora el territorio de la fe, la creencia, la espiritualidad, es el que está negado.

Muy lejos estamos de afirmar la inexistencia de espiritualidad alguna en los hombres de ciencia, el propio Alberto Einstein, figura emblemática de la ciencia, no dejó de creer en Dios; lo que

hemos afirmado desde párrafos arriba, es que la creencia, la espiritualidad, la subjetividad, no tienen un lugar legítimo dentro del territorio delimitado por la ciencia.

Cuando la subjetividad es tomada en cuenta por la ciencia es para estudiarse desde un punto de vista objetivo. Es decir, para hacer objetiva la subjetividad.

— Finalizaremos este apartado diciendo que entre la oferta del médico y la demanda del paciente hay algo que no engrana, algo para lo cual no hay lugar, y que eso se debe a las obligaciones que tanto el uno como el otro mantienen como sujetos del orden social establecido, y que estas obligaciones son tan sutiles que no pasan por la consciencia de quienes cumplen con ellas.

También es pertinente decir que para combatir la "desatención de la subjetividad" en la época moderna no ha bastado hacer llamados a los médicos, como se hace desde los años 30 en Estados Unidos, o como se indica en el *Seminario sobre problemas de la medicina en México*. Al parecer, la mayor parte del problema y por tanto también de su solución no es algo que pase por la voluntad o por la consciencia de los médicos.

En realidad no son los médicos los únicos responsables de la llamada "deshumanización de la medicina" —como se insinúa en algunas ideas que exploran el problema— en tanto que su actuación profesional es una construcción social configurada históricamente; del mismo modo que lo es el papel del enfermo.

Que en la articulación que enlaza un médico con un paciente no haya lugar para los significantes de la subjetividad de ninguno de los dos; es decir para lo propiamente humano, es parte de lo que hoy conocemos como deshumanización de la medicina. Este problema, como hemos tratado de mostrarlo, es un fenómeno que tiene que ver con el orden social y su mantenimiento. Por lo tanto es importante y necesario que también sea estudiado desde la ciencia política y la sociología.

Ahora veamos el asunto desde otro punto de vista: las matemáticas. Cuando, matemáticamente hablando, observamos un conjunto⁷⁵, por ejemplo el conjunto de médicos éticos de la ciudad de México, se requiere que exista cuando menos un médico no ético y que, además, se encuentre fuera del conjunto.

Lo interesante de la cuestión es que aquello que da consistencia lógica al conjunto es, precisamente, lo excluido, lo que queda fuera. No tendría sentido alguno hablar del conjunto de médicos éticos si todos lo fueran. Por eso es lógicamente necesario que exista cuando menos uno que no lo sea y que esté excluido del conjunto.

Ahora bien, para que desde el punto de vista de la teoría de conjuntos exista el conjunto de relaciones médico-paciente cuya propiedad sea que están basadas en la objetividad se requieren dos cosas: a) que existan relaciones médico-paciente que cumplan con la propiedad de estar basadas en la subjetividad y b) que esas relaciones estén excluidas del conjunto de relaciones basadas en la objetividad. Expresado en términos de teoría de conjuntos tenemos:

Sea (O) el conjunto de relaciones médico-paciente y,
 P= la propiedad de estar basadas en la objetividad. Entonces,
 $O = \{x \mid x \text{ cumplen } P\}$

Lo anterior se lee así: el conjunto de relaciones médico-paciente (O) es el conjunto de las (x), relaciones médico-paciente, tales que (x) cumplen la propiedad (P); es decir, estar basadas en la objetividad.

Hay que recordar que una relación fundamental dentro de la teoría de conjuntos es la relación de pertenencia "∈" puesto que un elemento forma parte del conjunto solamente si pertenece a él; y para poder pertenecer a él debe cumplir la propiedad P. En este caso:

⁷⁵ ENDERTON, Herbert B. *Elements of Set Theory* Academic Press, 1977; y también, ENDERTON, Herbert B. *A mathematical Introduction to Logic* Academic Press, 1972. Ver introducción y capítulo cero.

$X \in (O)$ si y sólo sí, cumple la propiedad (P)

Obsérvese que la única posibilidad de existencia lógica para los elementos del conjunto es que haya elementos que no pertenecen a él; en otras palabras, sólo podemos agrupar los elementos de (O) en la medida en que podemos diferenciarlos de otros que no cumplen la propiedad (P) y que, por definición, están excluidos del conjunto.

En la existencia lógica de las relaciones médico-paciente basadas en la objetividad deberemos contar, entonces, con relaciones médico-paciente basadas en la subjetividad, las cuales podrían estar representadas por muchas de las llamadas medicinas tradicionales que se orientan, básicamente, al tratamiento del enfermo con base en creencias mágico-religiosas; e inclusive en las relaciones de aquellos médicos con formación científica que, en determinados momentos y circunstancias, no se apegan a la ortodoxia de la ciencia.

Reduciendo un poco más, podríamos plantear que donde las interacciones humanas se basan en la objetividad, como es el caso de la relación médico-paciente dentro del ejercicio de la medicina científica, es lógicamente necesario que la subjetividad exista y que esté excluida. Esto último, claro está, si se concibe la subjetividad como una dimensión fundamental de lo humano, o como lo propiamente humano.

Tal vez ahora se vea más claro por qué es lógicamente necesario que para gobernar un conjunto de seres mortales se requiere un ser inmortal que esté excluido del conjunto. Del mismo modo, lo sobrenatural debe estar excluido del perímetro donde rigen las leyes naturales u objetivas. Es decir, dentro de nuestros esquemas generales de pensamiento, la exclusión de la antítesis, de lo otro, de lo opuesto, etcétera, es condición de existencia absolutamente necesaria. Del mismo modo, las actividades médicas actuales basadas en la objetividad de la ciencia demandan la existencia y exclusión simultánea de la subjetividad como condición lógica de existencia

Desde este punto de vista, resulta indispensable que la deshumanización de la medicina sea estudiada también desde el punto de vista matemático. Tal vez algún día se encuentre o se

construya la manera de hacer coexistir subjetividad y objetividad sin perjuicio o negación de ninguna de las dos⁷⁶. Lógicamente esto sería posible hasta que subjetividad y objetividad pertenecieran a un mismo conjunto por el hecho de que cumplieran una misma propiedad, y que otra cosa, diferente de "lo humano" fuera lo excluido.

1.4 La comunicación en la relación médico-paciente.

La comunicación es vista, generalmente, como aquello que permite las relaciones humanas y, por lo mismo, los problemas en ella, también se entienden como causa de las dificultades en las relaciones entre seres humanos. El concepto comunicación es un derivado de *común*, a su vez proveniente del latín *commúnis* que, antes de desembocar en nuestro concepto atraviesa por la derivación *communicare*⁷⁷ que quiere decir "compartir".

Derivados también de *común* son comuna, comunal, comunismo, comulgar, comunión y, por supuesto, excomunión; es decir, la máxima pena a que puede hacerse acreedor un creyente de la fe católica; es decir la separación del grupo.

¿Qué es lo que comparte el médico con su paciente? En el plano más abstracto podríamos decir que comparte la condición de ser humano; sin embargo lo que no comparte es precisamente el lenguaje. Lenguaje que, paradójicamente, es entendido por muchos como sinónimo de "comunicación"; y más todavía, como el ingrediente fundamental de las relaciones humanas.

⁷⁶ Antes de pasar a otra cosa debemos aclarar que en la realidad de la atención médica no existe, por parte de todos los médicos, una negación absoluta de la subjetividad de sus pacientes. Desde líneas arriba hemos dicho que cuando la subjetividad de los pacientes es atendida por los médicos, frecuentemente se hace mal o se hace de un modo marginal, o de ambos modos. Sobre todo los médicos más experimentados han observado que las creencias de los pacientes influyen importantemente en el curso y desenlace de las enfermedades; y ubicados en esa marginalidad, el médico recomienda al paciente apoyarse en sus creencias, sobre todo religiosas; esta situación se vuelve más clara todavía cuando se trata de recomendaciones dirigidas a personas con enfermedades incurables, o a pacientes con alguna enfermedad en estado terminal.

1.4.1. La exclusión de la subjetividad.

Dentro de la perspectiva del médico el habla del paciente es entendida como "subjetividad" y, precisamente, por ello es soslayada; porque no es significativa de su estado. ¿Y qué es, entonces, significativa del estado de una persona para el médico? los datos objetivos, los signos, las *pruebas* del laboratorio, las radiografías, las tomografías, etcétera; todo aquello que no está empañado por la subjetividad del paciente.

Que el habla del paciente, por otro lado, sea entendida por el médico como algo meramente subjetivo, no significa en los hechos que se le dé, efectivamente, el trato de sujeto. Si así fuera, tal vez no estaríamos desplegando este escrito para tratar de comprender la deshumanización de la medicina.

¿Qué queremos decir? Que algunos animales como los loros o los cuervos hablan, pero no hay intención de significar algo con lo hablado. Muchos juguetes infantiles también emiten palabras, las computadoras también lo hacen; pero en todo ello no hay subjetividad. Cuando el discurso del paciente no es significativo para el médico, quiere decir que tiene un estatuto semejante al habla de un aparato; es decir, que habla pero que no sabe lo que dice. En el discurso científico o, para decirlo otra vez en términos de Jacques Lacan; en el *discurso de la Universidad*⁷⁸, lo que está negado es el sujeto y, por supuesto, la verdad subjetiva que se desprende de él.

Lo anterior se hace en aras de una fidelidad hacia la ciencia y su objetividad. Al respecto he tenido la oportunidad de escuchar a muchos médicos decir que su trabajo clínico es un trabajo científico, sin embargo, si ubicamos el trabajo clínico ordinario en el terreno de la construcción de la ciencia resultaría bastante curioso que el médico se coloque en el lugar del saber.

⁷⁷ COROMINAS, J. *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico* Madrid, Gredos, 1997. Volumen II. p. 163.

⁷⁸ LACAN, Jacques *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 20, Aun, 1972-1973*. Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Buenos Aires, 1992. p. 25.

¿Por qué curioso? porque los científicos, para producir conocimiento nuevo tienen que colocarse en el lugar de la ignorancia. Ese no saber es el motor de sus indagatorias. El médico, desde su lugar de saber, es el que hace las preguntas. Pero a diferencia de las preguntas que se hace un científico, las preguntas de un médico casi siempre ya tienen respuesta.

Me ha tocado presenciar interrogatorios donde algún médico impaciente hace las preguntas y ante la duda o la lentitud de su paciente él mismo se responde. Esto significa que el médico conoce las preguntas y las respuestas y que espera que las respuestas del paciente coincidan con las suyas. Si no de un modo, de otro. Si no de manera inmediata, de manera mediata; es decir, a través de los medios de diagnóstico.

Y todavía le queda el recurso de decir a algún paciente: "pues ante las evidencias del laboratorio usted debería presentar estos síntomas, no es posible que no las tenga", o al revés: ante las evidencias usted no debería presentar tales síntomas y, aún así, los presenta. Lo anterior explica por qué las respuestas del paciente no podrán llevar al médico hacia un saber de algo nuevo. Esto pone en entredicho la creencia de que el trabajo clínico ordinario es también construcción de ciencia.

Las respuestas del paciente, entonces, sirven para confirmar o precisar lo que el médico ya sabe. La verdad, entonces, está en el médico, no en el paciente. Dentro de este esquema, no hay lugar para el saber subjetivo ni para la verdad de la subjetividad: verdad singular, de ámbito restringido, que no interesa al médico porque no es generalizable; pero que es determinante para el curso y el desenlace de una enfermedad o un padecimiento de un paciente concreto; es decir, singular, como son absolutamente todos los pacientes que asisten con un médico.

Tal vez a esta falta de significado del discurso del paciente dentro de una perspectiva científico-técnica tomada ortodoxamente, se deba la insistencia de todos los médicos citados en este trabajo en relación con el señalamiento de la tecnología médica y los avances científicos como causa de la deshumanización de la medicina.

El problema, sin embargo, no es tan simple; o cuando menos eso es lo que hemos tratado de explicar hasta ahora: si algo falta en la relación médico paciente es, precisamente, el territorio común, pero no el de la comunicación como fue citada en un apartado anterior, sino el de la subjetividad; pero eso es lo que está negado. ¿Cómo evitar la deshumanización desde esta perspectiva?

1.5. Algunos aspectos de la historia social de la deshumanización en la relación médico-paciente.

Desde los puntos de vista zoológico y de la evolución de las especies todos los seres que pertenecemos a la especie *homo sapiens* somos humanos. Ahora bien, si todos los seres humanos nos relacionáramos entre nosotros mismos a través de esos dos puntos de vista, tal vez no habría deshumanización. Tampoco la habría, evidentemente, en la relación que establecen un médico y un paciente.

Sin embargo, las relaciones entre seres humanos se establecen desde una infinidad de puntos de vista que, además, cambian en cada cultura, en cada grupo al interior de una misma cultura y también en relación con el espacio-tiempo. Veamos un poco más este aspecto.

Tal vez una de las expresiones más duras de la llamada deshumanización es cuando una persona o grupo niega a otra persona o grupo su carácter de ser humano. Evidentemente, el asunto se vuelve más difícil cuando es el médico quien no trata como ser humano a una determinada persona. Y decimos difícil, en relación con esto último, porque siempre se nos ha enseñado y repetido hasta el cansancio que la medicina es la más humana de las ciencias.

Que un determinado grupo social se considere a sí mismo humano y no así a otros grupos es, en realidad, un fenómeno bastante frecuente en la historia de la humanidad y forma parte de algo que se denomina etnocentrismo. Los griegos, por ejemplo, no consideraban humanos a los

extranjeros, a los esclavos, a las mujeres y a los niños. Sólo el varón griego, usuario permanente de sus facultades racionales y ciudadano de la polis era considerado un verdadero hombre.

Claro que fueron los griegos quienes inventaron la razón y también fueron ellos quienes establecieron el requisito de su uso para considerar humano a alguien. Lo anterior nos deja ver dos cosas: que la designación de humanidad es, en realidad, una autodesignación y que ésta se basa en una característica distintiva de tal modo que, al realizarse, nombrarse o plantearse, automáticamente excluye a todos los otros del estatuto humano.

Dicho de otro modo, al momento que los antiguos griegos culturalmente se afirmaban como humanos, retiraban a los demás esa cualidad. Ahora bien, no sería válido ni muy informado, tachar exclusivamente a los griegos de racistas, puesto que el etnocentrismo es una característica de todos los pueblos. Característica que se acentúa en determinados momentos y que puede pasar hasta desapercibida en otros.

Por otro lado, así como no aceptamos generar antipatías gratuitas contra los antiguos griegos, tampoco es muy recomendable desplazarse hasta el polo opuesto. En el terreno específico del humanismo médico, hay autores que los colocan en la cúspide de ese tipo de pensamiento, sin considerar que cuando ellos hablaban de humanidad sólo se referían a sí mismos. Platón, por ejemplo, planteó que un verdadero hombre, además de lo que ya hemos señalado, era quien podía controlar el impulso sexual y el impulso hacia la comida y bebida. De otro modo, debía morir.

Ahora podemos ver claramente que dentro de la concepción platónica de lo humano muchas de las personas actuales, si no, la mayoría, deberíamos morir. Entonces adjudicarles el humanismo a los antiguos griegos, sin mayor información y reflexión, es algo que se presta a grandes equívocos.

El error más evidente sería que planteado así el asunto se borra el etnocentrismo griego, situación que nos ofrece una visión muy parcial de los hechos y; por otro lado, al colocar su pensamiento como paradigma del humanismo queda la impresión de que es algo que pertenece al pasado y que nosotros en tanto que no somos griegos ni antiguos, es imposible que lo alcancemos.

Y es que, en realidad, el humanismo que buscamos ahora, es decir, donde todos los seres humanos se traten entre sí dignamente, tampoco los griegos lo alcanzaron. Pero adentrémonos un poco más el terreno concreto que nos interesa.

1.5.1. El caso de México.

Durante los inicios de la Nueva España se enfrentaron vigorosamente dos puntos de vista en relación con los habitantes autóctonos:

"Mientras los conquistadores encomenderos despreciaban a los indios, los frailes insistían en la 'felicidad de sus ingenios'. Aquéllos los querían siervos; éstos, libres. Ambos lucharon entre sí para imponer sus propias aspiraciones y puntos de vista. A esta contienda acudió fray Julián Garcés, obispo de Tlaxcala desde 1527, con una célebre epístola al pontífice Paulo III, de la que reproducimos algunos fragmentos según la versión de fray Agustín Dávila Padilla, retocada por Gabriel Méndez Plancarte.

"A nadie, pues, por amor de Dios, aparte de esta obra la falsa doctrina de los que, instigados por sugerencias del demonio, afirman que estos indios son incapaces de nuestra religión. Esta voz realmente, que es de Satanás, afligido que su culto y honra se destruye, y es voz que sale de las avarientas gargantas de los cristianos, cuya codicia es tanta, que, por poder hartar su sed, quieren porfiar que las criaturas racionales hechas a imagen de Dios, son bestias y jumentos, no a otro fin de que los que las tienen a su cargo, no tengan cuidado de librarlos de las rabiosas manos de su codicia, sino que se las dejan usar en su servicio, conforme a su antojo... Y de aquí nace que algunos españoles que van a destruirlos con sus guerras, confiados en el parecer de tales consejeros, suelen tener por opinión que no es pecado despreciarlos, destruirlos o matarlos."⁷⁹

⁷⁹ LEÓN PORTILLA, M. *et. al. Historia documental de México* UNAM, México, 1974. Instituto de Investigaciones Históricas, Torno I, pp. 147-149.

La polémica, en un contexto claramente económico, discute si los indios se encontraban dentro del perímetro de lo humano o fuera de él. Dependiendo de la respuesta se justificaba o no su explotación en calidad de bestias de trabajo; dependiendo de si tenían alma o no, también podía adjudicárseles o negárseles la capacidad para abrazar la fe católica. Es casi claro que las posiciones no podían ser más que antagónicas: los encomenderos necesitaban negarles toda calidad humana para justificar la explotación a que los sometieron; los frailes requerían considerarlos humanos para anexarlos a las filas de creyentes y así dar cuerpo a la Iglesia Católica.

Las deliberaciones en torno a la humanidad de los autóctonos, por otro lado, eran de trascendencia para la vida cotidiana de la Colonia. Veamos algunos otros aspectos dentro de nuestro tema:

En 1530 la orden de monjes franciscanos estableció el *Hospital Real de San José de los Naturales* para ofrecer atención a los indígenas en tanto que no tenían derecho de atención en las otras instituciones. De tal forma, puede observarse que la polémica en relación con quién pertenece a la humanidad y quién no, es la antesala para determinar los criterios de inclusión y exclusión para el goce de los derechos civiles.

Durante la Colonia, la demarcación entre grupos humanos no abarcaba solamente la disyuntiva español o indígena. Es bien conocida la diferencia entre criollos y peninsulares, asunto siempre problemático y telón de fondo que, combinado con los intereses económicos entre esos grupos, culminó en la guerra por la independencia de la Nueva España.

En este terreno de intereses encontrados cobra sentido el hecho de que, a través de una orden real, se estableciera la obligación para que el *Hospital de la Limpia y Pura Concepción de Nuestra Señora y Jesús Nazareno*⁸⁰ brindara atención a todos los ciudadanos de la Nueva España y dispensara la caridad cristiana. La atención brindada a los indígenas por el *Hospital Real de San José de los Naturales*, por otro lado, aunque caritativa y cristiana, llevó la marca de la exclusión.

⁸⁰ Primer hospital fundado en Nueva España por iniciativa de Hernán Cortés. Esta institución subsiste hasta la actualidad, se le conoce ahora como "Hospital de Jesús" y se encuentra ubicado en el centro histórico de la ciudad de México.

Durante la Guerra de Reforma en México, el poder de la Iglesia Católica mermó considerablemente. Las leyes de desamortización de los bienes del clero, promovidas por Benito Juárez, expropiaron a la Iglesia todos sus hospitales —que eran la gran mayoría de instituciones de este tipo en México. La atención médica a partir de entonces ya no se ofreció en nombre de la caridad cristiana. Juárez echó mano de otra noción: la beneficencia pública. Estamos hablando, entonces, de que la sucesión de poderes también implicó la sustitución del concepto “caridad cristiana” por el de “bien público”.

Federico Nietzsche explica lo anterior de manera muy clara en su *Genealogía de la moral*:

“Para mí es evidente, primero, que esta teoría [habla de las genealogías de la moral realizadas por los psicólogos ingleses] busca y sitúa en un lugar falso el auténtico hogar nativo del concepto ‘bueno’: ¡el juicio ‘bueno’ no procede de aquellos a quienes se dispensa ‘bondad’! Antes bien, fueron ‘los buenos’ mismos, es decir los nobles, los poderosos, los hombres de posición superior y elevados sentimientos quienes se sintieron y se valoraron a sí mismos y a su obrar como buenos, o sea como algo de primer rango, en contraposición a todo lo bajo, abyecto, vulgar y plebeyo”⁸¹.

Desde esta perspectiva, es evidente que los buenos son los poderosos y que, en consecuencia, sólo a ellos les es lícito practicar la bondad y dirigirla hacia los otros. El asunto es claro: entre los poderosos no hay necesidad de dispensarse bondad, el trato igualitario es suficiente y hasta necesario. La bondad es una concepción y una práctica de ellos para los desposeídos. Volvamos a nuestro terreno.

⁸¹ NIETZSCHE, Friedrich *La genealogía de la moral* Alianza Editorial, México, 1989, pp. 30-31

La gran diferencia entre la atención médica ofrecida en nombre de la caridad cristiana y la otra, otorgada en nombre del bien público es el poder que hay detrás de ellas. El primero ejercido con base en la teología y el segundo basado en un poder civil hecho letra: la Constitución mexicana.

Sin embargo la exclusión que venimos analizando permanece: lo bueno, la bondad, el bien público también se definen desde el poder y se ofrecen al desposeído que, por definición, representa la otredad del poderoso. Los párrafos siguientes mostrarán lo anterior de manera práctica.

Durante el gobierno de Porfirio Díaz se registró en el país un importante crecimiento económico, sin precedentes en la historia del México independiente. Durante ese lapso hubo momentos en que escaseó la fuerza de trabajo debido, en muchas ocasiones, a las enfermedades transmisibles —tifo, viruela, fiebre amarilla, sarampión, etcétera— que diezaban periódicamente a la población.

Eduardo Liceaga, Presidente del Consejo Superior de Salubridad, aprovechó la coyuntura para argumentar la necesidad de la atención a la salud de la población en términos económicos, planteamiento novedoso en su tiempo debido a que la salud y la enfermedad habían estado ligadas, durante siglos, principalmente, con ideas religiosas.

En 1888, por ejemplo, se dio a conocer que solamente en el Distrito Federal habían ocurrido 13,221 defunciones por enfermedades infecciosas. Eduardo Liceaga comentó que si cuando menos se lograra reducir la mortalidad en 3.7 por 1000; de las 13,221 defunciones se *ahorrarían* 1,295 vidas. Además comentó:

*...decíamos hace un rato que por cada caso de defunción hay cerca de 10 casos de enfermedad, sin tener en cuenta los gastos que origina, determina por término medio 30 días de pérdida de trabajo, las 1,295 defunciones corresponden pues, por los casos de enfermedad a una pérdida de 388,500 días de trabajo, y como por otra parte esas mismas defunciones a razón de 300

jornadas al año forman otras 388,500 jornadas, resulta por consiguiente una pérdida de 777,000 jornadas que podrían convertirse anualmente en beneficio de la agricultura, el comercio..."⁸²

Cuando se revisa la historia de la salubridad y la asistencia en México puede uno darse cuenta que el punto de vista de Eduardo Liceaga⁸³ nunca llegó a ser dominante en su época, sin embargo a él se deben grandes e importantes páginas de la historia de la medicina en México.

Todavía en 1930, después de haber transcurrido los momentos más cruentos y difíciles de la Revolución Mexicana, y que los gobiernos posrevolucionarios habían disminuido al Consejo Superior de Salubridad hasta el grado de Departamento de Salubridad Pública, las ideas sembradas por Liceaga en el campo mexicano luchaban por germinar. Así lo atestigua el editorial intitulado *La higiene, base de la economía nacional* publicado en el boletín del Departamento de Salubridad Pública:

"Desde el punto de vista económico se considera actualmente al hombre como un valor social, por tanto, debe considerarse la vida humana un capital... la riqueza de nuestro país, la riqueza de nuestros estados, su progreso, imposible sin ella, están, forzosamente, en relación directa de sus fuentes productivas. Ahora bien, ninguna existe que produzca tanto como el hombre. Si es una obligación de los gobiernos trabajar intensamente por el progreso de su país, aumentar y mejorar la calidad de sus fuentes de producción, deberá ser, por tanto, su obligación máxima cuidar de los individuos... el cuidado de los individuos es pues, un asunto de economía nacional, y por lo mismo un asunto de obligación gubernamental. *El dinero gastado en él, no es como hasta hace poco se había pensado, y como todavía, por desgracia, muchos piensan, un despilfarro, sino un negocio, el mejor negocio que puede hacer un país...*"⁸⁴

⁸² ALVAREZ, Amézquita J. y otros *Historia de la salubridad y la asistencia en México* México, SSA, 1960. Vol. I. p. 328.

⁸³ Eduardo Liceaga se basó en el *higienismo* corriente de pensamiento francesa, dominante en aquel país durante el último tercio del siglo XIX que postulaba y practicaba la preeminencia del enfoque preventivo sobre el curativo en la atención médica y la intervención conjunta del gobierno, las diversas instituciones y la sociedad civil para mejorar continuamente los niveles de salud poblacionales.

Puede apreciarse en los ya citados argumentos de Liceaga y en este editorial del Departamento de Salubridad Pública un intento por hacerse oír y, sobre todo, de convencer. Es claro también que se trata de dos puntos de vista: uno de ellos que plantea el cuidado de la salud de la población como un negocio, redituable, "el mejor negocio que puede hacer un país", y el otro que mira lo anterior como un despilfarro. Es claro, por otro lado, que los argumentos son contrarios, sin embargo algo tienen en común: los dos plantean la atención de la salud de la población en términos económicos; es decir, esa discusión ya estaba bastante lejos de la antigua interpretación teológica de la salud y la enfermedad.

Por otra parte, tampoco es difícil intuir quiénes eran aquellos sobre los cuales se debatía si el cuidado de su salud era despilfarro o negocio: eran el grueso de la población mexicana. Población fundamentalmente campesina, analfabeta y, en buena medida, indígena.

Tampoco resulta difícil comprender que si los términos del debate eran si se atendía o no la salud de esa población, eso significa que no se atendía, porque de haberse atendido, la discusión no hubiera tenido lugar. Lo anterior también significa que existían los planteamientos y los instrumentos para atenderla y que no se hacía. Porque sin planteamientos e instrumentos concretos no hubiera sido posible tratar de convencer a alguien de que debía hacerse.⁸⁵

Todo lo anterior es un rodeo lógico, obligado por el doble rostro que tiene la historia nacional, para mostrar la existencia de sectores de población a quienes se les negaba —y todavía se les niega— el cuidado de su salud y la atención médica que ello implica. La doble cara de la historia oficial mexicana consiste en que, por un lado y dentro del discurso gubernamental, los indígenas y sus culturas están encumbrados en los valores más altos del país; y por el otro, sufren cotidianamente la discriminación y la injusticia social.

⁸⁴ ALVAREZ Amézquita, *Op. Cit.* Vol. II. pp. 331-332. Las cursivas son nuestras.

Visto desde otro ángulo también podemos decir que el trasfondo del debate era la inclusión o la exclusión de esa población como pieza de la maquinaria económica nacional y, por lo tanto, su consideración como población sujeta de atención gubernamental, incluida en esto último la atención médica.

— La postura del gobierno mexicano en relación con esa población se apreció más tarde, cuando el 1937 el presidente Lázaro Cárdenas creó, por decreto, la Secretaría de la Asistencia Pública; veamos algunos de sus considerandos:

“ El Estado Mexicano reconoce que debe substituirse el concepto de Beneficencia por el de Asistencia Pública, en virtud de que los servicios que demandan los *individuos socialmente débiles* debe tender a su desarrollo integral... precisa por tanto, crear un órgano dependiente directamente del ejecutivo a fin de que, dentro de las normas de la política general demarcadas por aquél y con la cooperación y ayuda de las demás dependencias del Estado, puedan ampliarse a todo el país...”⁸⁶

Al fin aparecen “los otros” en el discurso oficial con el nombre de *individuos socialmente débiles*, objeto de la atención gubernamental y sujetos de ayuda institucional para “tender a su desarrollo integral”.

Hay una ligera contradicción, sin embargo, entre el planteamiento económico dentro del cual estaba inscrita la noción de salud poblacional, que venía abriéndose camino en el país desde fines del siglo XIX con Eduardo Liceaga a la cabeza, y el planteamiento cardenista: la atención a la salud en el primero es un negocio y en el segundo es *ayuda gubernamental a los débiles sociales*.

⁸⁵ Nos vemos obligados a hacer esta serie de deducciones porque la historia de nuestro país, principalmente la historia hecha desde el triunfo de la Revolución de 1910 hasta la fecha, es particularmente encubridora de este tipo de situaciones.

⁸⁶ ALVAREZ Amézquita, *Op. Cit.* Vol. III. pp. 555- 556.

Dentro de una economía basada en el intercambio, como la que predominaba en Europa desde mucho tiempo atrás y que también se trataba de impulsar en México desde la época juarista, la igualdad jurídica de los productores es la pieza clave del sistema.

Si la igualdad jurídica no es el punto de partida en las transacciones económicas el intercambio puede ser un abuso de alguna de las partes o bien, un acto caritativo. Cualquiera de las dos posibilidades lleva a la ruina del sistema; porque si unos productores abusan siempre de otros, a la larga acabarán aniquilándolos y terminarán con las relaciones de intercambio y con el propio sistema de mercado.

Por otro lado, si la debilidad de algunos fuera tal que los más fuertes optaran siempre por intercambiar piadosamente sus productos por debajo de su valor, serían ellos quienes terminarían en la ruina y el asunto tendría el mismo fin. De ahí la insistencia de la igualdad jurídica de los participantes en el intercambio⁸⁷.

¿Qué explica, entonces, la iniciativa de Lázaro Cárdenas? Posiblemente el asunto sea comprensible desde dos puntos de vista: recordemos que en 1929 la economía mundial entró en recesión y que tal vez su expresión más virulenta fue el famoso *crack* bursátil y bancario de Nueva York. El problema repercutió en las economías de todo el mundo y también produjo una reestructuración de las teorías económicas.

Hasta esas fechas se había sostenido que el mercado era una instancia autorreguladora del intercambio de bienes y servicios dentro y fuera de los países. Además, esa característica autorreguladora era extendida a toda la organización social. Por otro lado, las leyes de la oferta y la demanda se concebían tan sólidas como las mismas leyes de la gravitación universal y, por tal motivo, un colapso de la economía era impensable.

⁸⁷ MARX, Karl *El capital Op. Cit.* Ver todo el capítulo I para la exposición teórica del problema y el capítulo XXIV para su exposición histórica (el caso de Inglaterra).

Desde esta óptica el papel de los gobiernos de los diferentes países era muy simple: no intervenir en la economía debido a que ésta era capaz de autorregularse y con ello regular a la sociedad entera. Esta actitud pasiva de los gobiernos ante la acción de las leyes económicas en los mercados se defendió del modo más activo durante mucho tiempo. Sin embargo, el *crack* del 29 vino a demostrar que el sistema no era tan sólido ni tal estable como hasta entonces se había pensado.

Lord John Maynard Keynes se dio a la tarea de replantear la teoría económica clásica. En el capítulo I, intitulado *La teoría general*, de su ya histórico libro *The general Theory of Employment, Interest and Money*, el autor nos planteó lo siguiente:

"He llamado a este libro *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero*, recalcando el sufijo *general*, con objeto de que el título sirva para contrastar mis argumentos y conclusiones con los de la teoría clásica [aquí está inserta una nota al pie donde advierte que el término "teoría clásica" lo tomó de Marx para referirse a Ricardo, James Mill y sus predecesores, y también a los continuadores de esa línea de pensamiento que culminó con Ricardo y aún lo trascendió] en que me educé y que domina el pensamiento económico, tanto práctico como teórico, de los académicos y gobernantes de esta generación igual que lo ha dominado durante los últimos cien años. Sostendré que los postulados de la teoría clásica sólo son aplicables a un caso especial, y no en general, porque las condiciones que supone son un caso extremo de todas las posiciones posibles de equilibrio. Más aún, las características del caso especial supuesto por la teoría clásica no son las de la sociedad económica en que hoy vivimos, razón por la que sus enseñanzas engañan y son desastrosas si intentamos aplicarlas a los hechos reales".⁸⁸

Algo verdaderamente grande estaba ocurriendo. Según Keynes, la teoría económica que había operado durante un siglo daba cuenta sólo de un caso especial y, además, extremo, donde todas las posiciones económicas posibles estaban en equilibrio. Nuestro autor se dio a la tarea,

⁸⁸ KEYNES, J. M. *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero* Fondo de Cultura Económica México, 1984, Octava reimpresión, p. 15.

entonces, de construir una teoría general donde la teoría clásica tendría un lugar como caso especial.

Podemos ver que el replanteamiento keynesiano de la teoría económica corrió en sentido inverso de lo que pasó entre la teoría general de la gravitación universal de Newton y la teoría de la relatividad de Einstein, como caso especial de aquella. Mencionamos este detalle no sólo como curiosidad intelectual, sino porque el vigor de la teoría económica clásica, durante los cien años que señala Keynes se debió, en buena medida, a las semejanzas que ésta había logrado establecer, precisamente, con la física. Ahora bien, después del replanteamiento keynesiano, se admitió que la *subjetividad* era un factor determinante en el comportamiento de los mercados.

Lo anterior nos muestra que, cuando de ganar dinero se trata, hasta los más comprometidos con la objetividad de las leyes económicas no dudan en abrir las puertas a la subjetividad para replantearse sus esquemas de pensamiento.

Ahora vayamos a los efectos prácticos que este replanteamiento económico acarreo en México. Para nuestro tema lo importante es enterarnos de que, a partir de Keynes, si el mercado no era capaz de autorregularse debía permitirse, y hasta fomentarse, la intervención gubernamental en la economía. Con estas ideas de base se engendró una forma histórica de gobernar conocida como *Welfare State*, o estado de bienestar donde muchos gobiernos se hicieron cargo de llevar los destinos de las naciones a través, principalmente, de la intervención en la economía.

El surgimiento del keynesianismo coincidió en México con el sexenio del General Lázaro Cárdenas, donde la idea de la intervención gubernamental anidó en las mejores condiciones posibles debido a las fuertes necesidades de consolidación que tenía el gobierno mexicano.

Hay que recordar que después de haber pasado lo más difícil de la Revolución, Cárdenas acabó con los residuos caudillistas que perduraron durante muchos años y construyó las bases políticas para que el gobierno tomara las riendas del país de manera pacífica. Con una organización

política sólida, el gobierno se hizo cargo de México y de los mexicanos a través del apoderamiento de la economía del país.

Es en este contexto donde surgió la Secretaría de la Asistencia Pública y donde, al mismo tiempo, se reconoció la existencia de *débiles sociales económicos*, excluidos de la atención médica y de otros beneficios reivindicados por la Revolución Mexicana. Ahora bien, desde el punto de vista que venimos trabajando, el hecho de que el cardenismo reconociera en muchos mexicanos la característica de *débiles sociales* implicaba también el reconocimiento de su exclusión.

En realidad, la existencia de la Secretaría de la Asistencia Pública fue efímera y, en pocos años, fue criticada severamente. Veamos un poco más al respecto. El 19 de enero de 1943 se promulgó la Ley del Seguro Social en México⁸⁹ y en ese mismo año desapareció la Secretaría de la Asistencia Pública —que sólo tuvo seis años de vida. El surgimiento del Seguro Social se produjo en un contexto de grandes expectativas de crecimiento económico en el país ante la coyuntura de la Segunda Guerra Mundial. En estas condiciones era necesario proteger la salud de los trabajadores incorporados al ambicioso proyecto industrializador de la nación que imperó desde los años cuarenta hasta los setenta.

Es muy interesante observar que, por acuerdo presidencial del día 23 de julio de 1943, se celebró en la ciudad de México el *Primer Congreso Nacional de Asistencia*. Tal vez podría pensarse que se trataba de encumbrar todavía más las ideas que habían dado origen a la reciente Secretaría de Asistencia, pero ese no era el asunto. El congreso, en realidad, sirvió para armar la estructura conceptual donde se ajustarían las instituciones de salud al contexto de las nuevas condiciones históricas del país.

A pesar del carácter "asistencial" del evento, las ponencias consistieron en alabanzas al nuevo concepto de Seguridad Social. Veamos algo de lo que se dijo en ese momento:

⁸⁹ DE LA TORRE, Villar E. et. al. *Historia documental de México* Tomo II, México, 1974. p. 565.

"El Seguro Social está inspirado en el principio de solidaridad de las generaciones y basado en el cálculo matemático de las leyes que regulan la duración y el desenvolvimiento de la vida del hombre; da a los recursos del patrón y del trabajador, una aplicación práctica encaminada a prevenir, reparar e indemnizar las consecuencias económicas y sociales que se producen por una disminución, suspensión o extinción de la capacidad de trabajo. Dicho sistema ha cobrado auge en el incremento de las actividades económicas, pues éstas han tenido como repercusión inmediata el aumento de la población trabajadora"⁹⁰.

¡Qué hubiera dado Eduardo Liceaga por escuchar esas palabras! Nunca lo sabremos. El hecho es que a más de 50 años de que él planteara la atención de la salud en términos económicos el gobierno mexicano lo había retomado como parte de una idea más compleja: el Seguro Social.

Las referencias a la asistencia pública, por otro lado, parecen corregir el "error histórico" del cardenismo; es decir, haber descubierto la existencia de los "débiles sociales":

"La Asistencia Pública se ha preocupado por dar al indigente un mínimo de subsistencia vital; en cambio el Seguro social otorga un nivel más alto de vida para toda la población trabajadora".⁹¹

También se mencionó que:

"La Asistencia conserva y perpetúa, *a pesar del sentido humano de su intención*, la injusticia económica existente; el Seguro Social puede ayudar en parte a establecer una distribución más equitativa de la riqueza nacional."⁹²

⁹⁰ ALVAREZ Amézquita. *Op. Cit.* Tomo III. p. 578.

⁹¹ *Op. Cit.* p. 576

⁹² *Op. Cit.* p. 579. Las cursivas son nuestras.

¡Qué paradójica situación! Se reconoce que una "intención con sentido humano" de parte del gobierno, conserva y perpetúa la injusticia. Ahora bien, no hay que olvidar que el sentido "humano" de la intención gubernamental es, en su origen, una respuesta a la injusticia social en la que vivía —y vive hasta hoy— un gran sector de la población. ¿Cómo podemos explicarnos que una respuesta gubernamental a la injusticia social tenga por resultado la conservación y perpetuación de la injusticia que trata de combatir?

El asunto, entonces, no es tan sencillo. Ser bondadoso y ayudador con el débil social, con el pobre, con el indigente, con el desposeído, con el indígena, etcétera, no lo libera de su estado de exclusión social que, como hemos venido señalando, conforma las coordenadas lógicas e históricas donde se gesta la deshumanización.

A más de 50 años de la creación del Seguro Social hoy sabemos que esa institución nunca cumplió cabalmente con su misión histórica. Veamos, en algunos de sus artículos, las expectativas que de ella se tenían en su decreto de creación:

" Artículo 1º.- El Seguro Social constituye un servicio público nacional, que se establece con carácter obligatorio...

Artículo 2º.- Esta ley comprende el seguro de: I.- Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, II.- Enfermedades no profesionales y maternidad; III.- Invalidez, vejez y muerte, y IV.- Cesantía involuntaria en edad avanzada.

Artículo 3º.- Es obligatorio asegurar: I.- A las personas que prestan un servicio a otra en virtud de un contrato de trabajo, ya sea de empresas privadas, estatales, de administración obrera o mixtas; II.- A los miembros de sociedades cooperativas de producción y, III.- A los que prestan sus servicios en virtud de un contrato de aprendizaje.

Artículo 5º.- Para la organización y administración del Seguro Social se crea... un organismo descentralizado... que se denominará "Instituto Mexicano del Seguro Social".

Artículo 6º.- El Poder Ejecutivo Federal determinará las modalidades y la fecha en que se organice el seguro social de los trabajadores al servicio del Estado, de las empresas de tipo familiar, a domicilio, domésticos, del campo, temporales..."⁹³

Salta a la vista la contradicción entre los artículos 3º y 6º, pues mientras el primero ofrecía la expectativa de servicio a toda persona que prestara un servicio a otra, el último excluyó a los trabajadores del campo hasta que el Gobierno Federal lo decidiera. Esta situación afectó durante muchos años, y perdura hasta la actualidad, a los jornaleros agrícolas que también son asalariados.

Algunos meses después del surgimiento del Seguro Social, se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia que se encargaría de prestar atención médica a la población excluida de la seguridad social. La parte asistencial de esta institución nació, sin embargo, con la extraña marca que ya pesaba sobre ella: "acción con sentido humano pero que preserva y perpetúa la injusticia social".

Justo es decir que durante los años cuarenta la expectativa de los círculos gubernamentales mexicanos era que, dado el ambicioso proceso industrializador en el que había ingresado el país y dados los volúmenes de inversión extranjera que estaban arribando a la república, la nación mexicana alcanzaría, en 50 años, un desarrollo similar al de Estados Unidos de Norte América.

El planteamiento era bastante sencillo. En la medida en la que el país se fuera industrializando y, simultáneamente, se fuera generando más riqueza, el Seguro Social iría ampliando la cobertura de sus servicios hacia mayores núcleos de población.

⁹³ DE LA TORRE, Villar E. *Op. Cit.* p. 610.

A pesar de las buenas intenciones de los gobernantes lo anterior no ocurrió. Lo que sí sucedió fue que el Seguro Social adoptó un modelo de atención médica similar al vigente en Estados Unidos: curativo en vez de fomentar la prevención que es más barata, dependiente de la industria químico-farmacéutica y del equipo médico; y subordinado también al empleo de infraestructura hospitalaria de alta especialidad que resulta también bastante onerosa.

En tanto que la industrialización no se produjo a la medida de las expectativas, la riqueza esperada tampoco llegó, y las posibilidades de expansión del Seguro Social se vieron truncadas. Resultado: durante decenios enteros perduraron en el país grandes grupos poblacionales sin atención médica. Veamos cómo respondió el gobierno mexicano ante este "fracaso histórico" de sus planes de atención médica para los habitantes del país.

El 17 de enero de 1977, a 34 años menos dos días de la creación del Seguro Social, el Gobierno Federal creó la *Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos marginados* COPLAMAR, con la finalidad de desarrollar las actividades necesarias para tratar de mejorar las condiciones socioeconómicas y de salud de los sectores de población que no fueron favorecidos por desarrollo industrial mexicano. ¡Los débiles sociales económicos habían cambiado de nombre! Ahora se llamaban grupos marginados.

En el año de 1979 se abordó específicamente el problema de la salud: En el documento *Mínimos de Bienestar. Salud* de la Presidencia de la República, encontramos consideraciones como las siguientes:

"Dadas las características que ha asumido el desarrollo económico del país, sectores numerosos de la población carecen aún de los bienes y servicios indispensables para lograr su incorporación a los procesos productivos y para satisfacer las necesidades mínimas que plantea el desarrollo armónico de la *naturaleza humana*".⁹⁴

⁹⁴ PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA *Mínimos de Bienestar. Salud* COPLAMAR, México, 1979. p. 9. Las cursivas son nuestras.

Nos encontramos ahora, con otra aproximación a lo humano: ahora son las características del desarrollo económico del país las que han creado un sector de "marginados" —nosotros diremos excluidos—, que carecen de los bienes y servicios indispensables para incorporarse a los procesos productivos pero, sobre todo, para satisfacer las necesidades mínimas en tanto seres humanos.

Dos cosas son de llamar la atención: ahora la calidad de ser humano es entendida en función del acceso a los bienes y servicios; es decir, en función del consumo; y este consumo es el que permite o impide la incorporación a los procesos productivos.

En otras palabras, si alguien accede a esos bienes y servicios puede, posteriormente, incorporarse a los procesos productivos. En caso contrario es un marginado y, por tanto, vive por debajo del nivel de lo humano en tanto que no "satisface las necesidades mínimas que plantea el desarrollo armónico de la naturaleza humana".

Incorporado a los procesos productivos o marginado de ellos, en función del consumo de bienes y servicios, es la clave, desde este punto de vista, para que alguien acceda a lo humano o para que viva por debajo de esa condición.

Hay, sin embargo, una gran contradicción en el planteamiento anterior: en él se olvida que para acceder a los bienes y servicios una persona debe estar "integrada" a algún proceso productivo y recibir ingresos por el desempeño de su actividad: de esa manera contará con medios económicos para hacerse de los bienes y servicios que le permitirán "llevar una vida acorde con la naturaleza humana".

Dicha la contradicción en otras palabras: los marginados deben estar integrados para acceder a la dignidad propia de la vida humana, pero no están integrados porque carecen de los bienes y servicios que les permitirían, en su caso, la integración a los procesos productivos.

Llevado el absurdo anterior a una expresión más breve, tenemos: la causa de la marginación es la falta de integración y la causa de la falta de integración es la marginación. La marginación, entonces, aparece como causa y también como efecto del estado de los marginados. Es decir, la marginación se causa a sí misma.

Este tipo de argumentos, pero sobre todo sus implicaciones lógicas, sólo se podrían aceptar desde un punto de vista absoluto como por ejemplo, el teológico, donde Dios es causa de sí mismo. Sin embargo, tampoco podemos utilizar ese enfoque porque, en él, Dios es el *único* que es causa de sí mismo. De otra manera, los marginados tendrían el mismo estatuto que Dios: ser causa de sí mismos.

Desde nuestro punto de vista la marginación es una relación social del mismo modo que lo es la deshumanización de la medicina; es decir, los marginados son tales en su relación con otros. Específicamente en su vínculo con los círculos del poder.

El otro aspecto que "olvida" el planteamiento oficial de la marginación es que la economía es un proceso diseñado y conducido por seres humanos; y no es casual que sea de ellos mismos, es decir de los diseñadores y conductores de la economía, de donde proviene la designación de "integrado" o "marginado".

Es dentro de los círculos del poder desde donde se traza la frontera que divide lo humano de lo inhumano. Estas, como hemos visto, son las coordenadas histórico-sociales de la deshumanización.

En el *Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988* del gobierno de Miguel de la Madrid, en lo que respecta al tema de la salud se plantearon, entre otros, los siguientes objetivos:

*- Tender hacia una cobertura nacional de los servicios de salud, garantizando un mínimo razonable de calidad para todos los habitantes del país.

- Mejorar el nivel de salud de la población, particularmente de los sectores rurales y urbanos rezagados y con especial preocupación por los grupos *más vulnerables*.
- Contribuir, con respeto íntegro a la voluntad de la pareja, a un crecimiento demográfico concordante con el desarrollo económico y social del país.
- Promover la protección social que permita el bienestar de la población de escasos recursos, especialmente a los menores, ancianos y minusválidos."⁹⁵

Los marginados de los años setenta aparecieron en el discurso oficial de los ochenta bajo el nombre de *grupos más vulnerables*.

Como vemos, a cada cambio de régimen corresponde una diferente denominación para los excluidos y, también, una nueva designación para la atención que les brinda el gobierno en turno: atención por caridad cristiana para los indios en la Colonia; atención por la beneficencia pública para los nuevos ciudadanos en la época juarista, atención por la asistencia pública para los débiles sociales durante el cardenismo, atención por COPLAMAR (IMSS) a los marginados en el sexenio de José López Portillo y, en el sexenio de De la Madrid, cobertura —a secas— para los "más vulnerables".

Hay un rasgo distintivo en el sexenio "delamadridista": no se creó alguna institución para atender a los excluidos. Tal vez sea esa la razón de que no se hayan creado los consabidos "neologismos" de cada sexenio para designar, por un lado a los excluidos y; por el otro, a la atención gubernamental que se les brinda. Tal vez esa imposibilidad para recrearse en el discurso era ya un síntoma de la crisis del sistema político mexicano que se avecinaba.

En esa época se pensó que la ausencia de cobertura universal de servicios se debía a la falta de coordinación entre instituciones de salud y que, conformado un *Sistema Nacional de Salud*

⁹⁵ PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Plan Nacional de Desarrollo*. 1983-1988. pp. 244-245. Citado en CRUZ, S. Rebeca *Elementos para el análisis de la crisis de la salud en México (1876-1988)*. Tesis de licenciatura en sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM, 1992. p. 124. Las cursivas son nuestras.

se lograría la tan anhelada cobertura total. Veamos el camino legal que recorrió esa administración para realizar su idea de atención de la salud de la población:

El 3 de febrero de 1983 se modificó el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos para hacer de la "protección de la salud" una garantía constitucional para todos los mexicanos.

El 7 de febrero de 1984 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la *Ley General de Salud* donde se sentaron las bases legales para iniciar el proceso de descentralización y desconcentración administrativa de los servicios de salud, elementos todos que serían piezas clave en la conformación del *Sistema Nacional de Salud*.

El 7 de agosto de 1984 se expidió el decreto presidencial que aprobó el programa sectorial denominado *Programa Nacional de Salud 1984-1988* donde se estableció como propósito:

"Eleva el nivel de salud de la población, procurando tender a la plena cobertura de los servicios de salud (preferentemente en el primer nivel de atención), al mejoramiento de la calidad básica de éstos, así como a través de la protección social de los grupos vulnerables, todo ello mediante la consolidación y desarrollo de un Sistema Nacional de Salud racional y eficiente".⁹⁶

El planteamiento no fue casual. Miguel de la Madrid enfrentó la más severa crisis económica de la historia reciente del país, es muy posible que por eso, en vez de crear instituciones y conceptos, al estilo de los sexenios anteriores, decidiera reorganizar las existentes e intentar hacerlas más eficientes.

Las estrategias señaladas en el *Plan Nacional de Salud* apuntan, en su totalidad en la dirección señalada: sectorización, modernización administrativa, descentralización, coordinación intersectorial y participación de la comunidad.

Miguel de la Madrid no sólo dejó de crear instituciones al viejo estilo, también eliminó el problemático concepto de "asistencia" del campo de la salud y de la atención médica: desapareció la Secretaría de Salubridad y Asistencia, creada en 1943, para dar paso a la Secretaría de Salud.

En otras palabras, a partir de 1984 ya no hay una institución de salud que refleje la existencia de grupos excluidos del desarrollo económico o excluidos de cualquier otra cosa. Aunque no por ello los "grupos más vulnerables" hayan dejado de existir en México. Es decir, los "excluidos existen" pero ya no hay una institución que denuncie su existencia. ¿Cómo puede entenderse esto, como una doble exclusión o como una integración?

El hecho es que, desde el sexenio de Miguel de la Madrid hasta la fecha, la estrategia para lograr la cobertura universal de los servicios de salud consta de dos elementos clave: el derecho a la protección de la salud para todos los mexicanos y el Sistema Nacional de Salud.

Es notorio también que así como en el sexenio de Ávila Camacho —en 1943— se "corrigió" el "desliz" cardenista de reconocer la existencia de "débiles sociales económicos", el sexenio de Miguel de la Madrid rectificó el concepto lopezportillista de "marginado del desarrollo" desapareciéndolo del panorama social y político. En su lugar, como ya vimos, coloca la ley donde, de manera abstracta, todos somos iguales y nadie está excluido.

Hasta la fecha, sin embargo, el problema de la cobertura universal no está resuelto, los excluidos siguen existiendo en el país y han perdurado a lo largo de la historia bajo diferentes nombres. Hoy se habla de 60 millones de pobres, a veces más a veces menos, dependiendo de las organizaciones civiles o políticas que se refieran a ellos. La CONAMED pide trato humano en abstracto; es decir en concordancia con las nuevas coordenadas políticas y sociales del país, para los usuarios de los servicios de salud.

⁹⁶ PODER EJECUTIVO FEDERAL. *Programa Nacional de Salud. 1984-1988. Introducción.*

El hecho histórico indiscutible parece ser que, desde el surgimiento del partido de estado, el Partido Revolucionario Institucional, cada sexenio ha inventado y ensayado alguna solución al "problema" de los excluidos: hasta la fecha todas han fracasado.

La inclusión o la exclusión de determinados individuos y grupos al desarrollo del país, a las instituciones nacionales, al consumo de bienes y servicios, etcétera, parece ser el marco general que permea con su lógica desde la cúspide de los círculos gubernamentales hasta las instituciones donde interactúan cotidianamente millones de ciudadanos.

Esa inclusión/exclusión, lo muestra la historia, tiene como trasfondo la distinción humano/no humano. En la realidad eso se ha manifestado como un manojo de contradicciones: se ayuda a otro, por ejemplo, porque vive en condiciones infrahumanas pero la ayuda trae como consecuencia la perpetuación de las condiciones en que vive y, con ello, su condición infrahumana.

Se brinda un servicio al desposeído, pero si éste "no es humano" ¿Cómo brindarle un trato humano a alguien que histórica y socialmente no lo es? He ahí otra cara de la deshumanización de la medicina.

Cierto es que el puro hecho de señalar los estados sociales de "excluido" o de "integrado" al desarrollo, no explica el fenómeno. Sin embargo, esa no es nuestra intención. Como advertimos al principio de este trabajo, en esta primera parte se trata de analizar fenomenológicamente el problema y señalar cuáles pueden ser algunos caminos teóricos para su estudio a profundidad.

Que no dispongamos, por otra parte, de una explicación amplia del fenómeno político-social de la "exclusión" tampoco significa que ese hecho no exista en México; los pasajes históricos citados son una muestra de ello.

Por otro lado, el hecho de que hagamos referencia al fenómeno en el terreno concreto de la atención médica no significa que sea exclusivo de él. La condición de "excluido social" se manifiesta en todos los ámbitos: cuando a alguien por causa de su origen social o por la institución de

procedencia se le niega un puesto, un empleo o una promoción; o el ingreso a una institución educativa o de cualquier tipo.

Ahora bien, la condición de exclusión social, por otro lado, no significa que a alguien en todos los casos se le niegue, por ejemplo, el servicio médico en alguna institución asistencial⁹⁷. Pero sí puede explicar, en parte, el “mal trato que se le brinda”.

Como podemos observar, los citados pasajes de la historia de la atención médica en México muestran que el asunto de la inclusión o la exclusión de individuos y grupos ha girado siempre en torno a la definición de una propiedad o cualidad. Detrás de estas elucidaciones, a veces de modo encubierto y a veces de manera abierta, el telón de fondo ha sido siempre quién es humano y quién no lo es; quien vive de acuerdo con la dignidad humana y quién lo hace por debajo de ella.

La falta de una propiedad o cualidad presente en determinados individuos, grupos, sectores o clases sociales se ha planteado, en el discurso oficial, como la causa de su exclusión de determinados círculos; llámense círculo de consumidores de bienes y servicios, círculo de personas con capacitación para el trabajo, círculo de personas con formación profesional, círculo de personas posgraduadas, o círculo de derechohabientes de una institución de atención a la salud como el Instituto Mexicano del Seguro Social; desde nuestro punto de vista ese es un manejo amañado del problema.

La lógica de “la falta” así expuesta, debemos reconocer, es aparentemente contundente: no sólo el poderoso reconoce y señala la falta en el débil, sino que éste la acepta y la trata de ocultar, de sobrellevar, de llenar —con educación, con dinero, con bienes, etcétera—, inclusive en ocasiones trata de “sacarle provecho”. La falta, entonces, aparece como si fuera real. Se nos muestra como objetiva, material, sustancial: todos creemos verla, la pensamos, y nos relacionamos con los otros de acuerdo con esa percepción y ese pensamiento.

⁹⁷ Uno de los rubros más abundante de las quejas que en su momento recibió la Comisión Nacional de Derechos Humanos y, posteriormente, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, es, precisamente, la negación del servicio.

Hay, sin embargo, cuando menos dos maneras de entender la falta: un pensamiento llamado *sustancialista* —donde se inscribe la perspectiva señalada en el párrafo anterior— que entiende las especificidades de grupos, inclusive sus actividades y preferencias, como propiedades sustanciales inscritas de una vez y para siempre en sus organismos como una esencia biológica, e inclusive cultural⁹⁸. Este pensamiento nos dice Pierre Bourdieu es el pensamiento del sentido común y el del racismo.

De acuerdo con esta manera de ver las cosas, algo material falta en la esencia biológica de los excluidos. Esta ausencia los hace menos capaces de aprovechar, por ejemplo, la educación, de tal modo que los vuelve incapaces para incorporarse a los procesos productivos y así acceder a una vida acorde con la naturaleza humana.

Tal vez la máxima expresión de este pensamiento racista lo encontremos en ciertas prácticas de los nazis, durante la Segunda Guerra Mundial; en su intento de encontrar evidencias biológicas materiales de la superioridad racial de los arios: nunca las encontraron. Sin embargo este esquema conceptual es el telón de fondo de un gran número de estudios donde se ha tratado de encontrar el mismo tipo de evidencias para demostrar, por ejemplo, la superioridad del hombre sobre la mujer, o la supremacía de los sajones sobre los latinos, entre muchas cosas por el estilo.

Este tipo de pensamiento es, en realidad, muy antiguo. Aristóteles lo recogió de sus predecesores quienes lo utilizaron para la clasificación de los animales. Conocido como método dicotómico, se trata de agrupar animales según la presencia o la ausencia de una determinada característica. Por ejemplo, si el animal tiene pulmones es mamífero aunque viva en el medio acuático.

⁹⁸ Cfr. BOURDIEU, Pierre *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción* Anagrama, Barcelona, 1997. p. 15

Aquí es muy interesante ver que los peces, carentes de pulmones, eran identificados, por los predecesores de Aristóteles, con la inmundicia por su falta de relación con el aire puro. Una doble falta: la falta de pulmones y, a consecuencia de ella, su falta de relación con el aire puro era condición suficiente para identificar a los peces con lo bajo, lo vil, lo inmundo. Este tema será tratado con más detalle posteriormente.⁹⁹

Presencia o ausencia de una determinada característica es el referente por excelencia para incluir o excluir de un grupo o clase a una persona o cosa. Aunque parezca muy contundente ese pensamiento clasificatorio fue criticado desde la antigüedad. Veamos por qué.

En realidad, en lo que llamamos mundo natural, material, físico, sustancial: no falta nada. Una de las leyes más elementales de la física nos dice que la materia no puede crearse ni destruirse. En todo caso, sólo se transforma, es decir, sigue existiendo bajo otra forma.

Jacques Lacan explica el asunto de una manera bastante lúcida: cuando algo falta es, por definición, algo simbólico, no puede ser material. ¿Por qué?, porque "lo real tiene la propiedad de llevar pegado su lugar a la suela de sus zapatos"¹⁰⁰. Cuando, por ejemplo, el bibliotecario dice que falta un libro se debe a que el texto no está en su lugar; es decir que "falta" dentro del orden simbólico en el cual están organizados los libros de la biblioteca. Es decir, en tanto real, el libro se llevó su lugar pegado "a la suela de sus zapatos" y está en otro sitio. La falta de texto mencionada por el bibliotecario es, entonces, simbólica.

Lacan agrega, lúdicamente como solía hacerlo en sus seminarios, "mi cuerpo está siempre en su lugar y lo estaría aún después de la explosión de una bomba atómica, cada pedazo en su lugar".

⁹⁹ Por el momento sólo adelantamos que el método dicotómico enfrentó serias dificultades cuando se trató de clasificar humanos, pues no se encontró diferencia anatómica alguna entre los esclavos, considerados no humanos por los antiguos griegos, y los propiamente humanos, es decir, ellos mismos. También volveremos más tarde sobre el asunto.

En los excluidos tampoco falta algo real: su falta es simbólica, su carencia es y está en la relación con los otros. Pensar que la falta es material, biológica, constitucional, es racismo. Es una forma de deshumanización de las relaciones entre seres humanos.

También es cierto que conforme se han puesto barreras a la discriminación racial, por ejemplo con los derechos humanos, ésta se ha vuelto cada vez más sofisticada. El mismo Bourdieu nos dice que no hay sólo un racismo sino varios. De entre ellos el racismo de la inteligencia es uno de los más actuales y sutiles:

“Le racisme de l’intelligence est un racisme de classe dominante qui se distingue par une foule de propriétés de ce que l’on désigne habituellement comme racisme, c’est-à-dire le racisme petit-bourgeois qui est l’objectif central de la plupart des critiques classiques du racisme, à commencer par les plus vigoureuses, comme celle de Sartre.

Ce racisme est propre à une classe dominante dont la reproduction dépend, pour une part, de la transmission du capital culturel, capital hérité qui a pour propriété d’être un capital incorporé, donc apparemment naturel, inné. Le racisme de l’intelligence est ce par quoi les dominants visent à produire une «théodicée de leur propre privilège», comme dit Weber, c’est-à-dire une justification de l’ordre social qu’ils dominent. ¹⁰¹

¹⁰⁰ LACAN, Jacques *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 4. La relación de objeto* Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Barcelona, 1994, p. 40.

¹⁰¹ BOURDIEU, Pierre. Intervención au Colloque du MRAP en mai 1978, parue dans *Cahiers Droit et liberté* (*Races, sociétés et aptitudes: apports et limites de la science*), 382, pp. 67-71. Subrayado en el original. La traducción del texto es algo aproximado a: “El racismo de la inteligencia es un racismo de la clase dominante que se distingue por una gran cantidad de propiedades de eso que se designa habitualmente como racismo, es decir, el racismo pequeño burgués, que es el objetivo central de la mayor parte de las críticas clásicas del racismo, comenzando por las más vigorosas como las de Sartre. Este racismo es propio de una clase dominante en la cual su reproducción depende, por una parte, de la transmisión del capital cultural, capital heredado que tiene por propiedad el ser un capital incorporado, el cual aparentemente es natural, innato. El racismo de la inteligencia es ese por el que los dominantes tienden a producir una “teodicea (Metafísica del conocimiento de Dios y de sus atributos únicamente a través de la razón) de su propio privilegio”, como dice Weber, es decir una justificación del orden social que ellos dominan.

Como vemos, el "racismo de la inteligencia" consiste en hacer pasar por natural, por innato, el capital cultural que es heredado entre generaciones sucesivas de la clase dominante. Este racismo, como lo dice Bourdieu, se da en una clase dominante cuya reproducción depende, por un lado, de la transmisión del capital cultural.¹⁰²

No es nuestro interés directo abundar más en el racismo o en los mecanismos de dominación. El tema se ha traído, en parte, por la relación directa que tiene el racismo con la discriminación y la deshumanización y, desde otro punto de vista, porque complementa nuestra idea de la "falta" expuesta párrafos arriba.

Ahora podemos ver las dos caras de la moneda: lo que falta en los excluidos no es que falte de manera material en su cuerpo, sino que falta porque es algo que existe en las clases dominantes y en ellos no. Se trata del capital cultural propio de las clases dominantes.

Este capital cultural, visto desde el concepto de "racismo de la inteligencia", es el que las clases dominantes pretenden hacer pasar por una característica sustancial, natural, biológica, de ellos como grupo.

Esta manera de pensar de los dominadores, lo explica también Bourdieu en *La reproducción*, es adoptada por las propias clases dominadas. Situación paradójica debido a que adoptan una forma de pensamiento donde ellos mismos justifican la dominación que les es impuesta por las clases dominantes.

Esta situación se muestra claramente hasta en la concepción de los lugares más encumbrados en la valoración social: clubes, restaurantes, universidades, hospitales, etcétera, que se autonombren "exclusivos"; es decir, que sólo tienen acceso a ellos un pequeño sector de la población y todos los demás están excluidos de esa posibilidad. Así tenemos que, entre menos personas aceptan esos lugares, más "exclusivos" son y más alta es su valoración social. Este alto

¹⁰² En casi todas sus obras, Bourdieu hace referencia al capital global: capital cultural más capital económico. Las clases dominantes difícilmente fundan su dominación en uno solo de esos dos capitales.

valor, por lo que venimos explicando, es concedido tanto por las clases dominantes como por las dominadas.

Tal vez la situación más paradójica, sin embargo, es que la dominación de la clase dominante no es la única dominación existente en una formación económico social específica. Hay otras dominaciones de otros grupos sociales que están subordinadas a la dominación de la clase dominante. Con lo anterior queremos expresar que no sólo existe la exclusión practicada por la clase dominante hacia las otras clases.

Entre clases o grupos excluidos por la clase dominante también se practica la exclusión y, a veces, a través de formas de violencia más directas y abiertas que, por ejemplo, las sutiles formas de rechazo del "racismo de la inteligencia" explicada por Bourdieu.

En suma: desde la antigüedad hasta nuestros días la exclusión y la deshumanización que ello implica para las relaciones entre seres humanos parece ser una constante de toda organización social. Tal parece que la autoafirmación de uno como ser humano se ha hecho, históricamente hablando, a costa de la negación de la humanidad del otro. También parece ser un hecho que esta práctica no es exclusiva de las clases dominantes sino que, paradójicamente, los excluidos también son buenos practicantes de la exclusión y la deshumanización que ello implica.

La deshumanización de las relaciones entre seres humanos parece ser, una de las más humanas y antiguas prácticas sociales. Tal vez por eso ahora no resulte extraño que se presente también en la medicina, la "más humana" de las ciencias.

SEGUNDA PARTE

Hemos explorado algunos puntos de vista desde los cuales se mira la relación médico-paciente como relación social y, por eso mismo, también como un hecho del lenguaje. Desde esos puestos de observación también tratamos de analizar, preliminarmente, distintos grupos de condiciones y momentos específicos donde la deshumanización puede presentarse.

Igualmente, inscribimos el lenguaje en su lecho cultural y dimos entrada a la mirada antropológica para tratar de comprender los significantes y significados que se juegan en la relación entre un médico y su paciente; desde la relatividad de la cultura, entre otros enfoques.

Sin embargo, es teórica y prácticamente imposible adoptar y adaptar todos los puntos de vista comprometidos en el trabajo de análisis y comprensión de este fenómeno social. Es evidente que muchos aspectos importantes han quedado fuera de este esfuerzo individual. Dejamos a las fuerzas sociales la tarea de ampliar el horizonte cognoscitivo al respecto.

Una de las intenciones subyacentes en la construcción de la visión panorámica de la deshumanización de la medicina, realizada en la primera parte, ha sido la de tener elementos de juicio para seleccionar los componentes y enlaces de un marco conceptual que funcione como un referente *ad hoc* para significar los hechos sociales con los cuales intentaremos dar cuerpo al punto de vista que pretendemos desarrollar en esta segunda parte.

Este punto de vista es el conocimiento médico. Intentaremos, pues, indagar cuál es el papel que juega o puede jugar esta dimensión de la relación médico-paciente en el fenómeno social de la deshumanización de la medicina.

2. Tercera aproximación:

2.1. El ser humano en el conocimiento de base en la relación médico-paciente.

El médico ocupa su lugar en la estructura de la RMP, fundamentalmente, gracias a una diferencia sustancial con el paciente. Él ha cultivado un saber en relación con el conocimiento de la medicina ¹. Él tiene un saber que puede utilizar para curar al enfermo. O, cuando menos, transferencialmente hablando, es necesario que el paciente suponga que sí lo tiene ya que de otra manera no hay buenas condiciones para establecer la relación médico-paciente.

La relación social con el conocimiento, establecida previamente tanto por el médico como por el paciente es, entonces, la dimensión del encuentro que estructura el espacio y asigna su lugar a cada uno: el que sabe detrás del escritorio, el que no sabe delante de él. El que sabe en el lugar del interrogador el que no sabe en el lugar del interrogado, etcétera.

El conocimiento se nos revela, entonces, no sólo como el referente que fundamenta las acciones del médico para curar al enfermo, sino como algo más. Algo que también interviene en la *estructuración* del espacio donde médico y paciente se encuentran; asignando los roles a cada uno y designando la orientación, el contenido y el sentido de sus interacciones.

Por otra parte, consideraremos al conocimiento científico como un lenguaje. Un lenguaje peculiar: lenguaje objetivo, producto destilado de un conjunto de procedimientos establecidos por la racionalidad científica. Tomaremos en cuenta algunos de esos procedimientos y trataremos de establecer, a partir de ellos, cuál es el lugar que ocupa el ser humano dentro de ese lenguaje. Empecemos, pues, por el conocimiento.

Ruy Pérez Tamayo plantea que:

"La información que el médico posee y que pone en juego en la relación con su paciente, tiene dos orígenes distintos en su principio, pero que convergen al final. Un origen es el cuerpo de

¹ Ya hemos mencionado anteriormente las enormes dificultades que, muchas veces, enfrenta el médico cuando enferma para ocupar su lugar de paciente ante otro médico. Esto se debe, fundamentalmente, a que en este caso, los dos tienen una relación social semejante con el conocimiento médico.

conocimientos que constituye el contenido de la medicina contemporánea, o sea lo que se aprende en la escuela, lo que se continúa aprendiendo toda la vida a través de la educación continua y de las lecturas de libros y revistas periódicas. El otro origen es su propia experiencia, el sedimento que va dejando su actividad médica, filtrado a través de su juicio crítico, etc. Estos dos orígenes representan en realidad dos etapas diferentes del mismo proceso, que es la generación del conocimiento, ya que el contenido de la ciencia médica es la suma de las experiencias individuales de muchos médicos, una vez que se han eliminado las impresiones falsas y las conclusiones equivocadas o prematuras; en otras palabras, es la transformación del empirismo en conocimiento científico".²

Pérez Tamayo nos lleva del conocimiento como vínculo en la RMP hacia su carácter experimental.³ Para él el conocimiento es experiencia demostrada y validada experimentalmente.

¿Interviene de alguna manera el conocimiento médico y su naturaleza experimental en el fenómeno de la deshumanización de la medicina? Sobradamente hemos retomado la afirmación de diferentes médicos en relación con los "avances científicos y la tecnología médica" como causa importante en el fenómeno de la deshumanización. Es momento de ver qué hay en el conocimiento que pueda, de alguna manera, explicarnos ese hecho.

2.2. El conocimiento, la experiencia y la deshumanización

En los conceptos vertidos por Pérez Tamayo reconocemos el carácter experimental del conocimiento médico como una de sus principales características. Empecemos nuestro recorrido por esa puerta que nos abre el prominente médico mexicano.

² PEREZ Tamayo, Ruy. "Investigación biomédica" en *Seminario sobre problemas de la medicina en México*. *Op. Cit.* Pp. 41-42.

³ No cabe duda que son muchos los médicos los que participan en la producción del conocimiento médico. Sin embargo, en el conjunto de científicos que producen conocimiento biomédico los médicos son minoría. Por otra parte, no todas las conclusiones equivocadas o prematuras, ni todas las impresiones falsas de todos los médicos llegan a corregirse a través de la experimentación científica puesto que muy pocos médicos, en relación con el total, son también investigadores. Lo que ocurre más frecuentemente en la realidad es que los médicos sustituyen la información, los procedimientos, o la terapéutica equivocada por otros nuevos, cuando los investigadores han encontrado problemas o inconvenientes en los anteriores y han desarrollado otros mejores.

Casi todos en la actualidad reconocemos en *Claude Bernard* al padre de la medicina experimental. Sin embargo, el método experimental se esbozó y configuró mucho antes de que el médico francés construyera sus experimentos. Para nuestros fines es necesario remontarnos a los orígenes de la racionalidad científica y, genealógicamente, hacer un recorrido por el conocimiento y la experiencia y establecer cuáles fueron las relaciones entre ambos que dieron origen a la experimentación científica, e indagar si lo humano jugó algún papel en esos acontecimientos.

En muchos pasajes de la obra de Michel Foucault podemos encontrar la relación que ahora nos interesa: hombre y ciencia. Veamos qué nos plantea en *Las palabras y las cosas*:

"El campo epistemológico que recorren las ciencias humanas no ha sido prescrito de antemano: ninguna filosofía, ninguna opción política o moral, ninguna ciencia empírica sea la que fuere, ninguna observación del cuerpo humano, ningún análisis de la sensación, de la imaginación o de las pasiones ha encontrado jamás, en los siglos XVII y XVIII, algo así como el hombre, pues el hombre no existía (como tampoco la vida, el lenguaje y el trabajo); y las ciencias humanas no aparecieron hasta que, bajo el efecto de un racionalismo presionante, de algún problema científico no resuelto, de algún interés práctico, se decidió hacer pasar al hombre (a querer o no y con un éxito mayor o menor) al lado de los **objetos científicos**— en cuyo número no se ha probado aún de manera absoluta que pueda incluirse; aparecieron el día en que el hombre se constituyó en la cultura occidental a la vez como aquello que hay que pensar y aquello que hay que saber. No hay duda alguna, ciertamente, de que el surgimiento histórico de cada una de las ciencias humanas aconteció en ocasión de un problema, de una exigencia, de un obstáculo teórico o práctico; ciertamente han sido necesarias las nuevas normas que la sociedad industrial impuso a los individuos para que, lentamente, en el curso del siglo XIX, se constituyera la psicología como ciencia: también fueron necesarias sin duda las amenazas que después de la Revolución han pesado sobre los equilibrios sociales y sobre aquello mismo que había instaurado la burguesía para que apareciera una reflexión de tipo sociológico".⁴

Cuando Foucault afirma que el hombre no existía antes del siglo XIX, hay que tener en cuenta que se refiere al hombre como **objeto científico**. De otra manera uno no puede explicarse el

⁴ FOUCAULT, Michel. *Las palabras y las cosas*. Siglo XXI Editores. México. Vigésimoprimer edición en español. 1991. Pp. 334-335. Las negritas son nuestras.

enunciado. Porque, desde otro punto de vista, fueron hombres quienes construyeron herramientas en el neolítico y ciudades en la antigüedad; además de los alfabetos y otras tantas cosas que hoy consideramos profundamente humanas. A lo que Foucault se refiere es que esos seres no fueron objetos de la ciencia como la entendemos desde el siglo XIX a la actualidad. Es de aceptarse entonces, que primero se configuró la ciencia y luego, de manera retroactiva, lo humano se constituyó en ella como objeto científico.

Ahora bien, toda reflexión humana, incluida la ciencia, constituye su objeto por la vía de la retroactividad. Primero es el acontecer, luego viene la reflexión que lo constituye como tal. Dicho de otra manera, el acontecer no acontece hasta que no ha pasado por la reflexión que lo convierte en acontecimiento.

Una vez que la ciencia ha creado al hombre miramos retrospectivamente y observamos hombres construyendo la historia. Pero si pudiéramos viajar al pasado podríamos percatarnos de cuán distintos serían sus habitantes en relación con nosotros. Lo más seguro —debido a todo lo que hemos comentado en la primera parte— es que ellos, o nosotros, o tal vez ambos, nos apresuráramos a afirmar que los del otro tiempo no son semejantes. Esto constituiría un cuestionamiento a la noción absoluta de "hombre" y un argumento en favor de su historicidad y, por lo mismo, del punto de vista foucaultiano.

Martín Heidegger nos aproxima al asunto de otra manera: la pregunta que interroga por el Ser, siendo la más importante de entre todas las preguntas y de la cual se deriva la pregunta por un ser particular, el ser humano, no fue la primera en un orden cronológico.

"El ser humano singular, lo mismo que los pueblos, pregunta muchas cosas en su histórico camino a través del tiempo. Antes de topar con la pregunta: ¿por qué es el ente y no más bien la nada? averigua y explora y examina cosas muy diversas y de muy diversas maneras"⁵.

⁵ HEIDEGGER, Martín. *Introducción a la metafísica*. Ed. Gedisa. Barcelona. 1993. p.11.

Lucien Febvre, fundador en 1929 de los *Anales de historia económica y social* junto con Marc Bloch, dice que toda historia es elección de hechos desde un problema del presente:

“Lo es [elección], principalmente, por el hecho de que el historiador crea sus materiales o los recrea, si se quiere: el historiador no va rondando al azar a través del pasado, como un traperero en busca de despojos, sino que parte con su proyecto preciso en la mente, un problema a resolver, una hipótesis de trabajo a verificar”.⁶

Nuestro planteamiento de trabajo, entonces, es formular una pregunta en el terreno de los hechos históricos ¿por qué la humanidad del hombre contemporáneo parece estar hoy excluida del conocimiento médico científico? Pero ¿qué pretendemos decir con “la humanidad” del hombre? y ¿qué es el conocimiento médico científico? Al respecto son tantas las cosas implicadas en lo humano y en la ciencia y tan variados y numerosos los puntos de vista existentes que, de entrada, difícilmente podríamos desplegarlos. Es necesario, entonces, asumir que a lo largo de nuestra indagación, tanto nuestras preguntas como sus respuestas se desdoblarán gradualmente; de tal modo que hasta el final tendremos una idea más acabada tanto de lo que fuimos capaces de preguntar como de responder.

Para hacer crecer la preguntas y dar sustancia a las respuestas intentaremos un continuo ir y venir del presente hacia el pasado; afinando la pregunta en un tiempo, ensanchando la respuesta en contratiempo.

En este ir y venir, donde pasado y presente se encuentran en continuidad —como en la banda de moebius— no pretendemos, evidentemente, dirigirnos hacia “toda” la ciencia, o hacia “todo” lo humano, tampoco hacia “todo” lo médico. Se trata, en definitiva, de leer gradualmente la respuesta a nuestra pregunta en una *selección* de hechos, tanto del pasado como del presente.

Cierto es que preguntar y responder en una selección de hechos es la fórmula general de la historia; sin embargo, esta no es una historia, no alcanza para tanto. En todo caso es la historia de una pregunta y, en menor medida, de su respuesta.

⁶ FEBVRE, Lucien. *Combates por la historia*. Ed. Ariel. Barcelona. Tercera edición. P. 22.

2.3. En el origen de la racionalidad científica no estaba lo humano

En la Grecia antigua convivían dos tipos de saberes: aquel engendrado en la experiencia de los trabajos prácticos, las *technai*, que eran realizados por diversos tipos de trabajadores manuales, los *technitai*; y el saber sagrado de los sacerdotes.

Mario Vegetti describe con gran precisión en su extraordinaria obra *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*⁷ —que será nuestro principal referente en este terreno—, las características del conocimiento proveniente de ambos sectores sociales de la Grecia antigua. Nuestro autor analiza primero sus diferencias y semejanzas para después mostrar cómo y bajo qué condiciones se dio la fusión de aquellos saberes en relación con el primer objeto científico: el estudio de los animales.

El *technitai* era, en relación con el animal: cazador, criador, carnicero o médico⁸, entre otros; era, para nombrarlo con la nomenclatura moderna, un profesional de las relaciones prácticas con el animal. El conocimiento de los animales emanaba directamente del vínculo utilitario que cada *technitai* tenía con ellos. Su experiencia se objetivó en una primitiva taxonomía de origen práctico:

“En un primer nivel, la práctica de pescadores y cazadores, sólo débilmente ordenada por el método de las diferencias, sirve para sedimentar esbozos taxonómicos que favorecen el punto de vista ecológico y etológico, es decir que reagrupan los animales según los comportamientos (por ejemplo, la costumbre de emigrar en mandas) y las condiciones ambientales (la guarida, la roca), cuyo conocimiento es indispensable a quien intenta capturarlos. [A continuación Vegetti cita a Aristóteles, quien recoge el conocimiento de los *technitai*, debido a que dentro de la estructura social de la Grecia antigua, la escritura estaba reservada sólo para los filósofos]

“Hay entre otras las siguientes diferencias relativas a los modos de vida y actividades de los animales. Algunos viven en sociedad, otros son solitarios (pudiendo ser terrestres o volátiles o

⁷ VEGETTI, Mario. *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*. Ediciones Península. Barcelona. 1981. 189 p.

⁸ El conocimiento de los animales era de gran importancia para los médicos de aquella época porque a partir de ellos elaboraban dietas para sus pacientes, las cuales tenían un lugar destacado en la terapéutica de ese entonces.

acuáticos), incluso otros pueden vivir de ambos modos. También entre los animales que viven en sociedad (*agelaia*) los hay colectivistas (*politika*) e individualistas (*sporadika*). Son sociales, por ejemplo, de entre los volátiles el género de las palomas, las grullas, los cisnes (sin embargo, ningún rapaz es social); entre los acuáticos, muchos géneros de peces, como los que llamamos migratorios, los atunes, pelánides, caballas. El hombre puede vivir en una u otra forma. Son *politika* los animales que se ocupan todos en un fin único y común, cosa que no hacen todos los animales sociales. Son así el hombre, la abeja, la avispa, la hormiga, la grulla. Entre éstos algunos se someten a un jefe, otros no lo tienen; así, la grulla y las abejas están sometidas a un jefe, las hormigas y muchos animales viven sin él.⁹

Esas primeras clasificaciones (*agelaia*, *politika*, *sporadika*) como ya apunta Vegetti estarían hoy inscritas dentro de la etología y la ecología. También, puede observarse, hay resonancias de una antropología con bases taxonómicas donde la clasificación de los animales es extendida hacia los hombres y viceversa. También llama la atención la consideración de tipo político (sometimiento a un jefe) que atravesaba tanto el territorio de la convivencia animal como de la humana.

Para los *technitai*, en su mundo inmediato, el conocimiento del animal consistía en la observación de un conjunto de comportamientos vinculados a un determinado medio natural. Este conocimiento era el referente que les permitía capturarlos o matarlos. Esa primera forma de conocimiento taxonómico, según el mismo Aristóteles, era producida a través del método dicotómico (observación de las diferencias): migran o no migran; son gregarios o no lo son; son feroces o no, etcétera.

El objetivo o la intención del cazador es matar al animal. Dicho de otra manera, el vínculo primordial entre animal y cazador es la intención de este último: matar al primero. La intención, entonces, es lo que mueve al cazador a observar los hábitos del animal y las relaciones que establece con su hábitat y, por esa vía, decantar un conocimiento objetivado como una primitiva taxonomía. El cazador, en suma, conoce para matar.

⁹ ARISTÓTELES, *Historia animalium*. 1, 1, 487, p. 32 y ss. Citado en por Vegetti. *Op. Cit.*

La intención del cazador, además de ser motor y fuente de su conocimiento, también relaciona y ordena los elementos de la cacería. Con base en los hábitos del animal, si son nocturnos o diurnos, si es gregario o solitario, si es feroz o manso, entre otras cosas, el *technitai* selecciona, prepara y organiza sus instrumentos, a) en relación con el **tiempo**: si matará de día o de noche; b) en relación con el **modo**: si lo hará de cerca o de lejos, c) con qué **instrumento**, entre otras cosas. El conocimiento del cazador es, entonces, el medio a través del cual racionaliza su actividad y realiza su vínculo con el animal.

Es conveniente, desde ahora, establecer que mientras el animal mantiene una relación directa con otros animales y fijada de antemano como comportamiento "natural" en su código genético; el *technitai* se relaciona adicionalmente con ellos a través de una entidad abstracta, el conocimiento. Al respecto Carl Sagan establece que:

"Casi todos los organismos terrestres actúan en buena medida conforme al legado genético de que son portadores y que ha sido 'previamente transmitido' al sistema nervioso del individuo, siendo la información extragenética recogida en el curso de su vida un factor secundario.

Sin embargo, en el caso del hombre y de los demás mamíferos sucede exactamente lo contrario. Sin desconocer el notable influjo del legado genético en nuestro comportamiento, nuestros cerebros ofrecen muchísimas más oportunidades de establecer nuevos modelos de conducta y nuevas pautas culturales en cortos períodos de tiempo que en cualquier otro ser vivo".¹⁰

Aunque Sagan se centra en el establecimiento de "nuevos modelos de conducta" y "nuevas pautas culturales", está implícito que también las conductas y las pautas culturales vigentes están íntimamente vinculadas con el conocimiento, que es material extragenético.

Además, esa oferta de novedad conductual o cultural que el autor pone como posibilidad del cerebro humano no se refiere centralmente a las funciones cerebrales sino a uno de los productos más preciados de su actividad: el conocimiento. Si la apuesta de Sagan por el cerebro estuviera

¹⁰ SAGAN, Carl. *Los dragones del edén. Especulaciones sobre la evolución de la inteligencia humana*. Ed. Grijalbo. México. 1984, pp. 15-16.

basada en las funciones intrínsecas del órgano significaría que concede toda la importancia a aquello que las determina: el genoma humano. Pero el primer párrafo de la cita muestra que el autor afirma lo contrario.

Dicho de otra manera: mientras el medio que relaciona a todos los demás seres de la naturaleza es fundamentalmente fisicoquímico, los seres humanos se vinculan con los demás seres y consigo mismos a través de la mediación del conocimiento. Este vínculo es entonces, simbólico, además de fisicoquímico. Este aspecto se ha tratado con un poco más de detalle en la primera parte.

Esta afirmación, aunque ilustrativa, es una obviedad. Si la relación de los hombres con los demás seres, incluida la relación con otros hombres, no estuviera mediada por el conocimiento, estaría sujeta entonces al repertorio de conductas fijadas en la información de su código genético y ejecutadas, básicamente, por el mecanismo de estímulo-respuesta. Lo cual es lisa y llanamente la negación de la cultura humana. Volvamos a nuestro eje de trabajo.

Implicado en la cultura humana está inscrito el cazador y regido por leyes naturales se encuentra el depredador. Hay que advertir que lo que convierte al cazador en tal no es el hecho de que mate al animal, sino que lo haga intencionalmente y a través del conocimiento. De otra manera sería un depredador y mataría por instinto.

Hay que hacer un alto en el camino para resumir algunas características del conocimiento técnico: es producto de la observación orientada hacia un fin práctico, ordena la realidad clasificándola; la realidad clasificada es el referente para la ordenación, sistematización y secuenciación de las actividades prácticas; además, es eficaz.

Ahora contrastemos este conocimiento técnico con el saber sagrado de los sacerdotes.

Tal vez el filósofo y matemático más notable que haya expresado una posición clara en relación con los animales fue Pitágoras, que vivió aproximadamente entre los años 580 y 500, antes de Cristo. Pitágoras reprobaba enérgicamente la matanza de los animales. Invitaba a ofrecer a los

díoses ofrendas de cereales en lugar de sacrificios de animales. Condenaba por impíos y asesinos a los cazadores y carniceros y pregonaba, entre otras cosas, la abstinencia total en cuanto al consumo de la carne.

"Y él mismo vivía conforme a ello, absteniéndose de la carne de los animales y adorando sólo los altares incruentos; se ocupaba de que nadie matase a los animales de naturaleza afín a la nuestra, y corregía y educaba a las bestias salvajes con las palabras y los actos en lugar de ofenderlas con castigos. En los círculos políticos prescribía a los legisladores abstenerse de animales: puesto que deseando tales hombres practicar la justicia en su más alto grado, no debían ofender a los animales que nos son afines. General es el parentesco de los seres vivos..."¹¹

Muchas personas siguieron sus planteamientos y constituyeron una organización conocida como la "secta de los pitagóricos" quienes se imponían severas restricciones en su manera de vivir y difundían un conjunto de preceptos religiosos derivados de su sistema de pensamiento.

En la práctica social de los pitagóricos jugaba un papel importante el respeto al animal **vivo**. Afirmaban que el conocimiento de la naturaleza y de todo el universo debía producirse a través del pensamiento matemático; esta forma de pensamiento era considerada por el filósofo como el único pensamiento verdaderamente puro. Pitágoras pensaba que el número era la razón del cosmos y la expresión del vínculo entre todas sus partes. Que la tarea fundamental de los filósofos era encontrar y establecer las relaciones entre las cosas y expresarlas a través de relaciones entre números.

Tal vez, en nuestra época, los preceptos pitagóricos en cuanto al modo de vivir podrían parecer extravagancias de una persona desquiciada. Sin embargo en la antigüedad griega sus planteamientos eran perfectamente coherentes con el orden social imperante. Veamos por qué:

Los griegos se consideraban hombres exclusivamente a sí mismos. Del estatuto humano estaban excluidos las mujeres, los niños, los esclavos y todos los extranjeros o bárbaros. Lo que caracterizaba a un hombre verdadero del resto era su ciudadanía griega y su dedicación al ocio: las tareas manuales estaban celosamente reservadas para los esclavos y las mujeres. Un hombre de

¹¹ *Vita Pitagorica*, 24, Citado por VEGETTI, *Op. Cit.* p. 19.

verdad, en aquella época, era un ser superior que no utilizaba las manos sino el intelecto y el discurso —que posteriormente se convertirá en *logos*. De hecho, estaba prohibido que los hombres de verdad se contaminaran con la manipulación de cosas materiales.

En otras palabras, una diferencia fundamental entre quienes gobernaban y los que debían someterse era la relación preponderante que los primeros tenían con las ideas y el discurso, es decir con el *logos*, y las relación con las cosas propia de los segundos.¹² Esa diferencia estaba anclada en lo más hondo de la estructura social, era una expresión de su orden y del equilibrio de fuerzas en que se basaba. Visto desde aquí ya no resulta una simple extravagancia la prohibición de manipulación de cosas para los verdaderos hombres y la prohibición de la escritura para los seres inferiores, entre los que se encontraban los *technitai*.

La pureza proclamada por Pitágoras, basada en el ascetismo religioso, iba todavía más lejos: desembocaba en una condición sobrehumana. Los propios pitagóricos consideraban a su líder como un ser intermedio entre los hombres y los dioses. Esa condición sobrehumana era la justificación pitagórica para su proyecto de dominación sobre la ciudad.

"El doble proyecto de los pitagóricos —el ascenso a una condición sobrehumana por una parte, el dominio de la ciudad por la otra— pasa pues por la vía de una fuerza doble: la construcción de un saber teórico a partir de los números y el respeto mágico del cuerpo del animal vivo"¹³

Tal vez la mejor cualidad del planteamiento pitagórico para su época haya sido la gran congruencia con el orden social establecido: a través de la producción de un saber exclusivamente matemático se reproducían las condiciones que colocaban a los verdaderos hombres en un lugar dominante en la estructura social: por una parte se abstendían de la manipulación de cosas materiales y por la otra se conservaban como los productores y detentadores del conocimiento.

¹² Todavía en la actualidad, Pierre Bourdieu en su obra *La reproducción*, establece una distinción entre la educación de las clases dominantes y las dominadas. En el primer caso se trata de una formación orientada hacia el dominio simbólico de las prácticas, mientras que las clases dominadas se forman para el dominio práctico de las prácticas. Para una visión completa de lo antes dicho ver: BOURDIEU, Pierre y J.C. PASSERON, *La reproducción*. Editorial Laia. Barcelona. 1979. p. 90.

¹³ VEGETTI, *Op. cit.* p. 19. El subrayado es nuestro.

La incorporación de las matemáticas a la ciencia, sin embargo, tendría que esperar muchos siglos; hasta que Galileo Galilei deslindara y justificara el espacio que hoy ocupa y las tomara como uno de los pilares de la ciencia moderna. Mientras tanto, el embrión de la racionalidad científica se gestaría fuera del territorio numérico, en un ambiente anatómico.

2.4. La racionalidad científica empezó con el estudio de los animales.

No sólo es imposible, sino hasta insensato, tratar de exponer en un trabajo como este el entramado completo que dio origen a la racionalidad científica; hemos dicho ya que este trabajo transita a través de una selección de hechos históricos. Para nuestros fines, y tomando como columna vertebral los resultados de las investigaciones de Mario Vegetti, retomaremos dos acontecimientos, separados entre sí por un siglo: un gesto memorable de Anaxágoras y un planteamiento fundante de Aristóteles.

Anaxágoras, hombre vinculado al saber naturalista jónico por una parte y a las técnicas de la *polis* democrática ateniense por otra, sostenía, en abierto desafío a los preceptos pitagóricos, que la superioridad del hombre sobre los animales estribaba en su capacidad de acumular experiencias a través del trabajo manual. Su hostilidad hacia la tradición aristocrática-sacerdotal, y sobre todo al pitagorismo, quedaba marcada simbólicamente por la afirmación según la cual el cielo no está poblado por divinidades astrales, sino por fragmentos de metales incandescentes.

El gesto anaxagoriano tuvo lugar en el año 442 a. de C., frente al poder, representado por Pericles:

“Se cuenta que en cierta ocasión llevaron a Pericles una cabeza de una cabra con un solo cuerno y que el adivino Lampon —un personaje ilustre de la nobleza sacerdotal ateniense— apenas hubo visto el cuerno fuerte y robusto que crecía en medio de la frente, dijo que la fuerza de los dos poderes dominantes entonces en la ciudad, el de Tucídides y el de Pericles, había pasado a aquel que había recibido la señal. Anaxágoras, por el contrario, partiendo en dos el cráneo, mostró que el

encéfalo no ocupaba toda la base, sino que, alargado como un huevo, se inclinaba por toda su membrana envolvente hacia la parte en que se hundía la raíz del cuerno (Pericles, 6) ¹⁴

Como una colisión de trenes, dos formas de conocimiento habían chocado: la sagrada que era propia de los adivinos, quienes leían en el animal una señal enviada por los dioses, y la profana de Anaxágoras, en el litoral de lo impío, que veía en el aspecto del animal un problema al que sólo podía dar **solución la disección.**

Es claro para nosotros que la acción y el planteamiento de Anaxágoras no sólo implicaban un acto y una postura en relación con el conocimiento, sino que, además, representaban una subversión del orden social en tanto que, perteneciendo el filósofo a la clase dominante, se inmiscuía y manipulaba las cosas del mundo de los *technitai*.

La declaración del método científico originario corresponde a Aristóteles.

"Esta declaración está formulada, en la *Historia*, con ocasión de una polémica que dirige Aristóteles precisamente contra los médicos de tradición hipocrática a propósito del origen de las venas. Es imposible, sostiene llanamente Aristóteles, llegar al fondo del problema observando animales vivos o bien animales ya muertos con otro propósito (el sacrificio ritual o la camicería); **para comprender la estructura del animal se le debe matar según un procedimiento que tenga como único objetivo el conocimiento.**"¹⁵

2.5. El conocimiento científico es un saber acerca del animal matado.

Aristóteles había dado el paso decisivo en la constitución de la racionalidad científica y con ello quedaban establecidos los lineamientos generales del método científico. Es cierto que esa manera de proceder no florecería en vida de Aristóteles, sin embargo el valor del planteamiento del filósofo nacido en Estagira Macedonia es indiscutible.

¹⁴ Citado por VEGETTI, *Op. Cit.* p. 31.

¹⁵ VEGETTI, *Op. Cit.* p. 32. La obra citada de Aristóteles es la *Historia animalium*. Las negritas son nuestras.

"Encontramos aquí la indicación de un método de investigación destinado a resolver tan importante problema biológico como el del origen de la venas.... Pero este método es, a su vez, el resultado de una silenciosa y extraordinaria novedad en la actitud intelectual hacia el animal. Aristóteles unifica, recomponiéndolas como *momentos* particulares del método científico, las dos polaridades que recorrían conflictivamente la tradición precedente. De la pitagórica deriva la exigencia de la teoría pura, del conocimiento desinteresado —mientras rechaza con indiferencia la condición sobrehumana, la vocación de dominio, el tabú propio del sabio vinculado a aquella tradición. Con los hombres que ejercen las *technai*, Aristóteles comparte su falta de prejuicios sobre el animal, la familiaridad con su cuerpo, esté vivo o muerto; pero añade una disposición a matar sin otro propósito que el conocimiento, que les era completamente extraña- La superposición de los dos polos, que estuvieron opuestos en otros tiempos, contribuye a producir un éxito doble de excepcional importancia. Por una parte, se perfila un nuevo estilo de racionalidad, la racionalidad del método, del experimento, de la teoría científica, que se distancia de sus objetos, los neutraliza y, por decirlo así, los esteriliza a fin de obtener pleno dominio cognoscitivo sobre ellos, sea cual sea el precio que deba pagar.

De aquí en adelante, **la llamada a la disección se hace muy frecuente en Aristóteles: constituye en sentido estricto, la *theoria* del animal, la mirada fija capaz de alcanzar los "órganos primarios, esenciales, centrales, escondidos (...) eliminando materialmente la envoltura ficticia de los órganos secundarios"**¹⁶

¿Cuál sería el precio que se pagó por el distanciamiento, la neutralización y esterilización de los objetos científicos? Tal vez uno de ellos sea la posterior deshumanización de la medicina. Trataremos de averiguarlo.

Antes de aproximarnos a la *theoria* engendrada en el planteamiento y procedimiento aristotélicos es muy importante hacer un recuento de los acontecimientos implicados en la fundación de la racionalidad científica.

¹⁶ VEGETTI, *Op. Cit.* pp. 33-34. Las negritas son nuestras.

El animal matado con fines de investigación es el corazón de la nueva racionalidad. Sólo la intención de conocerlo a través de la observación de sus órganos internos permite conservar la integridad natural del cuerpo para su estudio, y encontrar posteriormente la lógica que relaciona sus partes.

La intención cognoscitiva, entonces, preserva la integridad natural del cuerpo del animal de los cortes del utilitarismo camiceril y del procedimiento ritual. De ahora en adelante, el animal se secciona de acuerdo con la intención de conocer y para ello se elabora un método específico: los cortes se hacen de tal modo que el investigador pueda ver, por ejemplo, la trayectoria de las venas o el tamaño, la forma y la localización de los órganos, entre otras cosas. Es en ese sentido que Aristóteles identifica la disección anatómica con la *theoria* del animal.

Lo que es motivo y sustancia del conocimiento debe ahora pasar por la mirada del nuevo intelectual científico. Pero, ¿qué diferencia existe entre la mirada de la racionalidad científica y la mirada de los *technitai*? ¿acaso el practicante de las *technai* no clasificaba los animales con base en su observación?

La primera y gran diferencia es la inversión de los términos en la relación con los animales: mientras que el *technitai* conoce para matar, el filósofo científico mata para conocer. El conocimiento del técnico es resultado de una intención práctica, interesada, inmediata; y el del filósofo proviene de la intención abstracta, desinteresada, trascendental, de *conocer*.

La segunda gran diferencia es que mientras la mirada de los *technitai* se queda en la superficie del animal, la del intelectual científico aristotélico va detrás del escalpelo observando la espacialidad interior y en ella la disposición de los órganos del animal. Tal vez lo más maravilloso que hubiera podido ocurrirle a un aristotélico hubiera sido encontrar un animal transparente al modo en que algunas marcas presentan hoy en día sus relojes o computadoras, es decir, mostrando sus componentes internos y en el caso de algunos aparatos, hasta sus movimientos.

Sin embargo, los primeros científicos se vieron en la necesidad de matar y seccionar al animal para conocerlo. Para las intenciones cognoscitivas, el animal vivo se mostraba demasiado

opaco, impenetrable con el simple sentido de la vista. La racionalidad científica nace, entonces, del examen del animal matado. El animal vivo, su complexión, sus movimientos, su temperamento, etcétera, serán explicados, desde entonces, por sus órganos internos. Lo muerto sería, desde allí, la base explicativa de lo vivo. La vida se explica racionalmente desde la muerte.

Lo matado, la muerte y lo muerto son sello de origen de la racionalidad científica; marca que perdura hasta nuestros días; en su terreno se alzan los rasgos significativos para el conocimiento científico: la forma del órgano, algún crecimiento indeseable, su coloración o textura, son los significantes que considera el médico formado científicamente en su exploración para dar significado normal o patológico a las funciones que hacen la vida. Pero ¿de qué vida estamos hablando? Evidentemente, de la única vida que puede concebirse de manera amplia desde la racionalidad científica: la vida biológica.

Encontramos aquí el primer elemento, presente en la lógica que hace al conocimiento biomédico, que apunta hacia la deshumanización de la medicina: los aspectos importantes para la mirada médica son significantes inscritos en el territorio de lo muerto. Esta es una perspectiva teórica para analizar el fenómeno.

En este sentido, vale la pena insistir: sólo desde perspectivas teóricas construidas con la finalidad explícita de indagar en la llamada deshumanización se puede intentar comprender la actitud de los médicos que exploran o manipulan la corporeidad humana como quien desarma una licuadora o repara un automóvil.

Ante tal comportamiento ha prevalecido la reprobación moral hacia el médico, principalmente desde otros médicos, en lugar del asombro propio del investigador; la descalificación automática en vez de la sorpresa ante un comportamiento enigmático: ¿por qué un médico trata a un paciente como si fuera una cosa, si todos sabemos y además podemos ver, que se trata de una persona?

La respuesta a esta pregunta se ha construido, generalmente, por el camino más fácil y económico; es decir, se emiten opiniones que no implican trabajo ni compromiso con una mejor comprensión ni solución del problema: "por que al médico le falta ética", "por que le faltan los valores

del humanismo", "por que las escuelas de medicina no imparten la bioética como parte del *curriculum* médico, etcétera, etcétera.

Desde la perspectiva que venimos trabajando no se trata, entonces, sólo de sumarse a la reprobación moral de los médicos que tienen, por ejemplo, "poca o nula consideración ante el sufrimiento de un semejante"; sino de intentar comprender por qué ocurren las cosas de esa manera. Desde este propósito ahora vemos que en la lógica que hace al conocimiento médico, lo vivo se comprende desde lo muerto. Sin saberlo, entonces, el médico trata al vivo como a un muerto.

Tal vez alguien podría objetar que el origen de la racionalidad científica se encuentra ya muy lejos en el tiempo como para seguir influyendo en la ciencia médica de nuestros días. Nosotros pensamos que no es así. La mirada penetrante de Michel Foucault explora al detalle la reedición de este planteamiento científico, originalmente griego, en la Francia decimonónica:

"Será sin duda decisivo para nuestra cultura que el primer discurso científico, tenido por ella sobre el individuo, haya debido pasar por este momento de la muerte. Es que el hombre occidental no ha podido constituirse a sus propios ojos como objeto de ciencia, no se ha tomado al interior de su lenguaje y no se ha dado en él y por él, una existencia discursiva sino en la apertura de su propia supresión [se refiere aquí a las miles de autopsias que realizó Xavier Bichat, a través de las cuales se encontraron las evidencias anatomopatológicas que, en buena medida, constituyeron las bases científicas de la medicina moderna]; de la experiencia de la sinrazón han nacido todas las psicologías y la posibilidad misma de la psicología; de la integración de la muerte en el pensamiento médico ha nacido una medicina que se da como ciencia del individuo."¹⁷

En el interior del lenguaje científico, entonces, el hombre es significativo de algo muerto. Sigamos ahora con los orígenes de la racionalidad científica:

Las intenciones prácticas de los *technitai* les impidieron formular alguna pregunta que atravesara la opacidad del animal. El cazador conoció limitadamente la vida del animal porque su

¹⁷ FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. México. Decimocuarta edición en español. 1991. p. 276.

objetivo era darle muerte de manera práctica. El filósofo científico da una muerte metódica al animal, es decir, racionalmente fundamentada, porque tiene como objetivo saber qué es el animal y con ello la vida misma. Intención de saber que justifica, legitima y neutraliza la muerte al convertirla en rito de paso hacia la comprensión de la vida.

1.4.6. El ser humano es un animal como los demás.

Aristóteles insiste en una gran diferencia: un cadáver parece un animal pero ya no lo es. Le falta precisamente la vida para serlo. Aquello que lo anima, lo que lo hace animal ya no está en el cadáver. Se debe, entonces, no sólo matar al animal sino diseccionarlo vivo, viviseccionarlo, para captar así la morfología y el funcionamiento de sus partes todavía vivientes.

Tal planteamiento no se llevaría a la práctica en Grecia sino en Alejandría. El eco de la voz de Aristóteles sería recogido por los biólogos griegos avocados en aquel lugar:

“El método científico exige frente al cuerpo humano idéntica actitud que la necesaria para el conocimiento de los otros animales. Las viejas reservas son eliminadas por la racionalidad de los científicos alejandrinos: si para los pitagóricos todavía era tabú el animal, si los médicos hipocráticos todavía dudaban ante la disección, ahora es momento para que el cadáver humano se convierta en objeto de análisis. Y no sólo el cadáver. Por lo que refiere Celso, según la mayor escuela de medicina, la ‘dogmática’, es decir la racional, ‘es necesario seccionar los cuerpos de los muertos y escrutar sus vísceras y sus intestinos; pero aún lo hicieron mucho mejor Erofilo y Erasistrato, que viviseccionaron criminales que les fueron cedidos por las cárceles reales’ ”.¹⁸

La nueva racionalidad rompe de tajo cualquier lazo que pudiera enlazar *de manera subjetiva* al investigador de la naturaleza y su objeto de estudio. Aristóteles señala al respecto que:

¹⁸ VEGETTI *Op. Cit.* p. 45

"No hay amistad ni lazos de justicia de ninguna índole hacia las cosas que carecen de alma. Ni estamos contra el caballo o el buey, ni contra un esclavo en calidad de esclavo; no tenemos en realidad nada en común"¹⁹

Es claro que la afirmación de Aristóteles se inscribe en el marco histórico social mencionado previamente: los esclavos no eran seres humanos en la antigüedad griega. De este modo, el filósofo-científico justifica la disección de cadáveres y también de prisioneros vivos. Sin embargo, no podemos dejar pasar su postura sin arriesgar algunas reflexiones.

El alma, la psique, expresada en *lo subjetivo* como ahora lo entendemos, es el punto de partida aristotélico. Es evidente que la ausencia de alma en el objeto de estudio, el esclavo, es lo que para Aristóteles impide la existencia de simpatía o lazos de justicia entre los dos y, por otro lado, es también lo que legitima la intervención del científico en el otro, con intenciones cognoscitivas. Ese otro, por supuesto, se ha convertido en cosa por efecto de la racionalidad del nuevo método, pero Aristóteles piensa que el estatuto de objeto de estudio, en buena medida, es posible gracias a su calidad de esclavo. Es claro que éste es un punto débil de la posición aristotélica, ¿por qué?

Porque él se concibe a sí mismo como portador de alma, y esa característica, invocando su propio método de las diferencias, es lo que le permitiría establecer la distinción que lo separa del esclavo. Ahora bien, esa es una conclusión a la que no habría podido llegar por la vía de la disección anatómica, que era el único camino científico, validado por él mismo, para determinar lo que cada animal es.

Aristóteles, entonces, traiciona su propio punto de vista anatómico cuando utiliza la idea de alma para colocarse en el lugar taxonómico de hombre. Entre todo esto, lo que interesa señalar, es el conflicto que surge entre la noción de hombre y la noción de ciencia; o, dicho de otro modo, los grandes conflictos y contradicciones presentes en la construcción de un discurso científico acerca del hombre, ya señalados por Foucault.

¹⁹ ARISTÓTELES, *Ética Nicomachea.*, VIII, 11, 116, 1, b, 1-3. Citado por Vegetti *Op. Cit.* p. 34.

No dejar de llamar la atención, por otro lado, que Aristóteles teniendo a la mano una gran cantidad de argumentos racional-metodológicos para justificar su intervención en un esclavo, opte por justificarse diciendo que el esclavo no tiene alma. ¿Será acaso que la racionalidad científica no tiene facultades ni argumentos lo suficientemente sólidos para justificarse a sí misma?

A más de 2,500 años de distancia todavía sigue siendo un problema bastante complejo determinar qué acciones científicas pueden justificarse y cuales no, sobre todo cuando se trata de hechos o consecuencias de hechos producidos a través de la ciencia que recaen sobre seres humanos. Estas elucidaciones, por lo regular, no tienen salida dentro del terreno científico, concebido éste al modo aristotélico, es necesario exportar el problema y analizarlo en el terreno de la ética.²⁰

Sin embargo, muchos científicos no aceptan mandatos éticos o morales en la producción de ciencia porque consideran que la ciencia debe regirse de acuerdo con sus propios postulados. El problema, entonces, se despliega en un camino circular que no tiene salida.

Actualmente, se enfrentan dos posiciones en este terreno: una de ellas, enunciada como la *neutralidad valorativa de la ciencia*, donde se postula que en la producción de ciencia no hay intenciones buenas ni malas —que estaría en afinidad con la posición aristotélica original— sino que el bien y el mal son resultados del uso que se hace de aquella; y otra postura donde se reconocen intenciones e intereses en la producción científica ajenos a la pura intención de conocer.

El problema no es sencillo: reconocerle a la producción científica otro interés que no sea el de la producción de conocimientos es, de muchas maneras, negar el origen y el recorrido inicial que condujo a la conformación de la racionalidad científica. En todo caso, es necesario explorar las consecuencias de las dos posturas desde una perspectiva no sólo ética, sino también histórica y epistemológica.

Para nosotros lo importante es señalar que cuando el ser humano es enfocado por el lente de la ciencia deja, automáticamente, de ser hombre para convertirse en objeto de estudio. En el

²⁰ OLIVÉ, León *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y de la tecnología*. Paidós-UNAM. México, 2000. El primer capítulo de la segunda parte del libro trata ampliamente este problema.

interior del conocimiento científico, entonces, el hombre no es hombre sino objeto. ¿Objeto de qué? podría preguntar alguien, objeto de estudio, por supuesto.

Vista desde aquí la relación entre un médico y su paciente, deja de ser enigmática la actitud mecánica del primero y, sobre todo, desaparece la tentación simplista de, solamente, reprobarlo ética o moralmente. Continuemos ahora con la línea de pensamiento que dejamos pendiente.

—Habíamos visto ya que la racionalidad del método científico, es decir su proceder enmarcado hacia la finalidad de producir conocimiento, exige la esterilización tanto del objeto de estudio como la del investigador. ¿Esterilización de qué? podríamos preguntarnos. Esterilización de la subjetividad, evidentemente. ¡No tiene alma! afirmó Aristóteles al referirse al esclavo que le serviría como objeto de estudio. Pero la ausencia de alma en el esclavo también suponía, de algún modo, la ausencia de alma en el investigador pues él mismo afirma que no hay lazos de simpatía, ni de amistad, ni de justicia con el objeto de estudio. Sujeto y objeto quedan enlazados en una relación pura, es decir exenta de subjetividad, donde el conocimiento es la finalidad que señala el camino y orienta las decisiones y procedimientos del investigador.

Lo anterior, sin embargo, no significa que el terreno se encuentre libre de contradicciones: los primeros científicos no tenían empacho alguno al taxonomizar a los hombres en el mismo entramado teórico donde clasificaban los animales.

Desde esas taxonomías, ya lo vimos, un hombre se desliza fácilmente al terreno de los animales y también los animales advienen al lugar taxonómico de los hombres. Científicamente hablando, no hay una demarcación clara entre los hombres y los animales por más que se apele a la característica de la razón o a la condición de esclavo proclamada por Aristóteles. Las ideas de una época, o el discurso que hace a una época, son imposibles de eludir, aun por las mentes brillantes; y más todavía si esas mentes han colaborado en la construcción de ese discurso.²¹

²¹ Marx, reconoce la genialidad de Aristóteles y plantea en el tomo I, capítulo I del *El Capital* que de no haber sido por la estructura social esclavista predominante en la Grecia Antigua, el filósofo habría encontrado todos los secretos de la ley del valor, concepto central de la crítica de la economía política realizada por el pensador alemán.

La posición neutral; es decir sin incluir la subjetividad; es decir, sin comprometer los sentimientos ha dejado honda huella en el camino del conocimiento abierto por la racionalidad científica. Veamos la actitud de un ilustre médico psiquiatra francés de principios del siglo XX; Gaëtan Gatian de Clérambault, maestro de Jacques Lacan:

"Formalista, esteta, adepto a una especie de videncia de la locura, construyó, durante los años veinte, el bellissimo edificio del *síndrome de automatismo mental*... Tratando de dar una coherencia a la clasificación de las enfermedades mentales, Clérambault las definía a partir de un elemento común, el automatismo mental. Para él el síndrome seguía siendo de origen orgánico y las perturbaciones se imponían al sujeto de manera exterior a él mismo y de manera brutal: como un 'automatismo'... Gran maestro de la Enfermería (se trata de la Enfermería Especial de los alienados de la Prefectura de Policía de París) no dejaba de perfeccionar su mirada, **sin la menor preocupación por el dolor del paciente, sin juzgarlo ni compadecerlo, sino con una voluntad feroz de arrancarle confesiones.**"²²

Hemos escogido el pasaje anterior debido a que en él se encuentran los elementos que venimos trabajando: la taxonomía, lo orgánico, y la actitud del científico: sin sentimientos ni contemplaciones hacia el objeto de estudio.

Al interior del conocimiento científico el objeto de estudio siempre será una cosa con la cual no hay simpatía ni afinidad, ni miramiento, ni compasión. ¿Debemos sorprendernos del trato deshumanizado que algunos médicos infligen a sus pacientes? Antes bien, tal vez deberíamos estar sorprendidos de que haya algunos médicos que hacen un esfuerzo por tratar a sus pacientes como personas cuando el conocimiento en el que se han formado desconoce toda traza de humanidad.

La línea actitudinal en la cual se inscribe Clérambault había sido trazada varios siglos antes que él se dedicara a elaborar su contribución a la psiquiatría: el automatismo mental. Remarcamos esto último porque nos interesa mostrar que en el psiquiatra francés se vinculan el médico y el hombre de ciencia. Ahora veamos algunos detalles adicionales de esa actitud científica:

²² ROUDINESCO, Elizabeth *Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*. F.C.E. Buenos Aires. 1994. pp. 47-48. Las negritas son nuestras.

"La ciencia del siglo XVII se basaba en un nuevo método de investigación, defendido enérgicamente por Francis Bacon, que incluía dos teorías: la descripción matemática de la naturaleza y el método analítico de razonamiento concebido por el genio cartesiano. Los historiadores dieron a este periodo el nombre de la era de la Revolución científica en reconocimiento al importante papel desempeñado por la ciencia en estos cambios trascendentales... Con Bacon la ciencia comenzó a tener como fin un tipo de conocimiento que permitiera dominar y controlar la naturaleza conocimientos que hoy se emplean junto con la tecnología para lograr objetivos que son profundamente antiecológicos... Los términos que Bacon utilizaba para defender su nuevo método empírico no sólo eran apasionados sino que, a menudo, se podían tachar de atroces. En su opinión, la naturaleza tenía que ser «acosada en sus vagabundeos», «sometida y obligada a servir», «esclavizada»; había que «reprimirla con la fuerza» y la meta de un científico era «torturarla hasta arrancarle sus secretos»²³

Discrepamos con Capra en la atribución del método analítico a Descartes sabemos, desde antes, que es griego, aunque casi todos los autores insisten en adjudicárselo al filósofo francés. La actitud hacia la naturaleza tampoco es Baconiana; ya vimos que Aristóteles no tenía contemplación alguno con los esclavos para disecarlos vivos. En fin, no sabemos los motivos por lo cuales se refieren de esa manera los hechos. Pero continuemos en los orígenes.

2.7. Disección y conocimiento científico del cuerpo humano

Con los alejandrinos y después con Galeno, son los médicos quienes se adueñaron de la anatomía instaurando aquel "yatrocentrismo anatómico"²⁴ destinado a perdurar hasta la época moderna. La medicina, para tener bases racionales se incorporó a los métodos de la zoología científica. De allí en adelante, la *zootomía* será el fundamento teórico de la medicina dentro de la corriente *dogmática* o racional que se oponía a la corriente hipocrática.

²³ MERCHANT, Carolyn. *The death of Nature*. New York : Knopf. 1980. Citado por CAPRA, Fritjof. *El punto crucial*. Editorial Integral. Barcelona. 1985. pp. 65-68.

²⁴ La expresión es de L. García Ballester, *Galeno*, Madrid. 1972. p. 81.

El cuerpo humano siguió la suerte del cuerpo del animal en el momento en que la medicina fue anexionada en calidad de nueva provincia al territorio de la racionalidad científica.

Resulta hoy interesante y hasta curioso enterarnos que los médicos de tradición hipocrática o epicúrea que siguieron negando, hasta los tiempos de Galeno, la necesidad de recurrir a la disección, vieron decaer su nivel epistemológico al de simples chapuceros, o auténticos charlatanes, como de hecho eran concebidos por el propio Galeno.

Es frecuente escuchar de distintas personas la afirmación de que Hipócrates es el padre de la medicina de corte científico. Esa afirmación es relativamente cierta, sin embargo, la tradición hipocrática fue repelida del espacio donde se gestó la racionalidad científica. Recordemos que, dentro de los planteamientos hipocráticos, la semiología era la directriz de la práctica médica. El médico hipocrático observaba de su paciente todos los signos a su alcance: alimentación, excreciones, hábitos. El interrogatorio llegaba hasta la exploración de los sueños del enfermo.

El trabajo del médico consistía en interpretar todos los signos para elaborar la diagnosis y la prognosis. Es claro, desde nuestros días, percatamos que dentro del pensamiento hipocrático el paciente vivo era el centro de la actividad diagnóstica. ¿Para qué debía interesarse el médico hipocrático en el cadáver y en la disección anatómica si la enfermedad mostraba sus signos en el cuerpo vivo y no en el cadáver?

Claro que muchos lectores podrán argumentar que la enfermedad deja sus huellas en ciertas lesiones de órganos y tejidos y que la anatomía patológica nos muestra las evidencias materiales de la enfermedad en el cadáver. Pero no debemos olvidar que la enfermedad, fundamentalmente semiológica en los hipocráticos, tardaría más de dos mil años para establecer la correspondencia entre sus signos y las lesiones de los órganos internos. En otras palabras que la semiología médica hipocrática debería esperar mucho tiempo para encontrarse con la racionalidad científica aristotélica en sentido estricto, es decir, anatómica. Esto se hizo posible hasta que anatomía y enfermedad fueron vinculadas en la anatomía patológica fundada por Xavier Bichat durante el siglo XIX en Francia²⁵.

²⁵ Cfr. FOUCAULT, Michel. *Op. Cit.* Especialmente el capítulo ocho "Abrid algunos cadáveres".

En la actualidad la ruta de continuidad entre los síntomas y signos clínicos de una enfermedad durante la vida del paciente y las lesiones anatomopatológicas está construida. No es necesario esperar que el paciente muera —como de hecho sucedía durante el siglo XIX— para cotejar la correlación entre la lesión anatómica y los signos exteriores dados a la interpretación clínica.

Alguien más podría decir que si los hipocráticos hubieran tenido a su alcance los rayos equis, la endoscopia o la ultrasonografía hubieran conciliado su arte con los médicos racionales. También, por supuesto, cabría la posibilidad complementaria: que los médicos anatomistas o racionales hubieran visto el nexo de la anatomía con la semiología. Pero eso, hasta donde sabemos, no sucedió en la historia.

Dos cosas importantes se han mostrado para nuestros fines: dentro de la naciente racionalidad científica el hombre es un animal y, se le estudia con el mismo objeto y método aplicados a los animales: la disección anatómica. Esto quiere decir que por las anchas avenidas de la racionalidad científica el cuerpo del ser humano transitó de la biología a la medicina en calidad de animal; por esta razón, la *zootomía* es la base teórica de la medicina inscrita en la racionalidad científica.

Nuestro punto de partida, conviene recordarlo, es indagar de qué es significativo el ser humano en la racionalidad científica. Hemos arribado a otra parte de la respuesta: en el origen de la racionalidad científica el ser humano es significativo de un animal. También nos preguntamos qué es el cuerpo del paciente en el conocimiento científico del médico, ahora ya contamos con una respuesta parcial.

Y bien vale la pena mencionar que la clasificación zoológica donde se incluyó al ser humano no fue resultado de, hablando en términos antropológico-filosóficos, la *pregunta por el hombre*. La racionalidad científica empezó su ordenamiento taxonómico con la disección del cuerpo de los animales y, por el camino del cuerpo, continuó con la corporeidad humana.

En el origen de la racionalidad científica no está el hombre, solamente su cuerpo; y en la mayoría de los casos, sólo el cadáver. Con el posterior desarrollo de la racionalidad científica también la noción de *cuerpo* tiende a desaparecer para dejar paso exclusivo a la noción de materialidad biológica.

En la época actual es lugar común el reconocimiento de que la llamada deshumanización de la medicina, en buena medida, consiste en tratar al ser humano como si fuera exclusivamente un cuerpo. En la primera parte ya explicamos la diferencia que existe entre las relaciones entre cosas, las relaciones entre seres humanos y las relaciones entre seres humanos y cosas, y cuáles son las consecuencias en la deshumanización de la medicina.

Ahora bien, en la medida en que los humanos y los demás animales comparten la materialidad biológica como una de sus características fundamentales; lo anterior implica que tratar al ser humano como un cuerpo es también tratarlo como cualquier otro animal. La mofa que Diógenes el perro hiciera de la idea platónica del hombre como "bípedo implume" llega con su agudeza hasta nuestros días: en ese conocimiento se pasa, sin mayor trámite, del cuerpo del animal al cuerpo del hombre, como veremos pronto.

No intentamos desconocer que el hombre es también animal, la crítica que hacemos de la actitud médica se refiere a que un ser humano sea tratado "como cualquier otro animal" cuando no es así.

Seamos insistentes con la pregunta, ¿qué es el ser humano en el conocimiento producido por la racionalidad científica? En sus orígenes, y en muchos aspectos desde los orígenes hasta nuestros días, el ser humano está reducido a significante de un cuerpo y, por esa vía, reducido también a significante de un animal como cualquier otro. Esta es, pues, otra cara de la deshumanización.

Alguien podría argumentar, con justa razón, que no todos los médicos tratan a sus pacientes como muertos, como cuerpos o como animales. Eso es cierto y hasta comprobable por diversos

medios, pero también hay que advertir que esos médicos lo hacen por cuenta propia y no a cuenta de la racionalidad científica. Sigamos adelante.

2.8. El hombre vivo es difícil de taxonomizar.

Bien sabemos que desde la perspectiva científica que venimos trabajando resulta contradictorio e incómodo abrir o crear un lugar taxonómico integral para el ser humano; es decir un espacio donde no aparezca mutilada su subjetividad.

Eso que el ser humano es, más allá del cuerpo, representó un problema desde los orígenes:

* En Aristóteles la característica más visible e inquietante del hombre vivo, el hecho de ser un *animal político*, se suaviza pronto mediante la asimilación a un amplio grupo de animales gregarios: el hombre es político al igual que lo son las abejas, las avispas, las grullas, las hormigas. Si posee un lenguaje y lo puede enseñar, el hombre comparte esta peculiaridad con ciertas aves, como los ruiseñores (*HA*, IV, 9)²⁶. Divino, es decir inteligente (*PA*, 656, a, 8)²⁷ lo es el hombre a la par que lo son, aunque en menor medida, las abejas (*GA*, 761, a, 5)²⁸: estos insectos, tan distantes morfológicamente y entre otras cosas asexuados, tienden pues a constituir el paradigma interpretativo de la especificidad humana. Su 'divinidad' consiste en un ordenado colectivismo que comporta la estabilidad de los papeles en la división social del trabajo y se presta a la sumisión a un jefe. Constituye sin duda una fuerte tentación el hecho de que una *polis* bien ordenada debiera ser reducible a una colmena. La semejanza de la organización humana con la colmena fue trasladada posteriormente al rebaño de ovejas.²⁹

Sin embargo, para una clasificación rigurosa, basada en la anatomía, la comparación de los hombres con las abejas y las ovejas, deja bastante que desear. Galeno, heredero de la tradición aristotélica, acepta en el *Quod animi* que el alma es la diferencia específica entre hombres y animales. Nótese que el alma ya no es también la frontera entre hombres y esclavos, desde ese

²⁶ ARISTÓTELES, *Historia animalium*.

²⁷ ARISTÓTELES, *De partibus animalium*

²⁸ ARISTÓTELES, *De generatione animalium*.

²⁹ VEGETTI, *Op. Cit.* p. 63.

punto de vista Galeno es más congruente que Aristóteles; esto se comprueba con la afirmación del médico griego vecindado en Roma, según la cual el alma no es otra cosa que la suma de las funciones orgánicas o una expresión sintética para expresar la *krasis* material, la organización corpórea de cerebro, hígado y corazón.

Por otro lado, desde los tiempos aristotélicos el aparato locomotor humano llamó fuertemente la atención a los científicos con inquietudes taxonómicas: el hombre es un bípedo erecto, mientras que el ave, que le disputa esa posición clasificatoria, lo es sólo de modo imperfecto.³⁰

El compromiso aristotélico no es aquí casual, para el filósofo científico, la ciencia debe defenderse de las chanzas de los filósofos callejeros como Diógenes "el perro". Diógenes Laercio inmortalizó a Diógenes "el perro" en la famosa anécdota donde describe el éxito taxonómico de Platón al definir al hombre como bípedo implume. Diógenes desplumó un gallo y lo llevó al aula exclamando: "He aquí el hombre de Platón"³¹.

La aguda broma de Diógenes "el perro" es también un duro cuestionamiento a la consistencia de la taxonomía basada en la anatomía. A través de ella el hombre transita hacia el animal sin dificultad. Luego Diógenes mostró, anatómicamente, que el animal transita a hombre con la misma sencillez.

Veamos la preeminencia de la visión anatómica en los siguientes comentarios de Galeno:

"...se da una utilidad en la teoría anatómica para el médico que ama la ciencia por sí misma; otra para quien no está interesado tanto en la ciencia como en demostrar que la naturaleza no produce nada por casualidad; otra para quien parte de la disección para argumentar el conocimiento de cualquier función; sea natural o psíquica; otras, naturalmente en razón de los conocimientos necesarios para la terapia quirúrgica y el diagnóstico de las enfermedades internas relacionadas con

³⁰ ARISTÓTELES, *De partibus animalium* (IV, 12)

³¹ Aristóteles había pretendido resolver el problema por vía dialéctica en *Tópicos*, 144, b, 20 y ss. : "No es imposible que idéntica diferencia se aplique a dos géneros, ninguno de los cuales contiene al otro. El animal terrestre y el animal alado son géneros no contenidos el uno en el otro; sin embargo, la noción de bípedo es diferente en ambos. La respuesta de Diógenes, empero, no es dialéctica sino anatómica.

las vísceras profundas. Por último caben usos de la anatomía útiles no tanto a los médicos cuanto a los filósofos, bien en virtud de la pura teoría, bien para enseñar el arte de la naturaleza que actúa en cada parte del cuerpo".³²

De entrada llama fuertemente nuestra atención la convicción galénica en relación con la anatomía y la disección como su instrumento privilegiado: separar el cuerpo en sus componentes y luego volver a separar los componentes en sus partes constitutivas será, desde entonces, es el camino para argumentar las funciones naturales o psíquicas.

Puede observarse la ambivalencia de la idea galénica: por una parte las funciones psíquicas no están contempladas dentro de "lo natural" y, por la otra, las funciones psíquicas son producto de la acción natural entre las partes del cuerpo.

En este momento, debemos abundar un poco en las consecuencias de la triada disección-anatomía-taxonomía.

La disección llevó a los antiguos científicos al establecimiento de semejanzas morfológicas entre distintos animales como criterio válido para conformar grupos taxonómicos. La semejanza morfológica, desde otro punto de vista, se establece entre fragmentos de animales, es decir, a partir de ciertos órganos y no desde el animal completo.

Una cabra y una vaca, por muy distinto aspecto superficial que presenten, muestran sus semejanzas internas ante el filo del escarpelo: las dos poseen un útero que les permite engendrar, anidar y parir vivas a sus crías. Aunque globalmente tengan diferente traza, internamente hay partes que las asemejan y, con base en esta semejanza específica, son clasificables dentro del mismo conjunto. Claro que en el mismo grupo, y con base en la misma lógica, cabe taxonómicamente una mujer. Este es otro camino, ahora taxonómico, por donde queda establecida la continuidad de la ciencia entre los hombres y los animales.

³² GALENO *De anatomicis administrationibus*, II, 2 =K, II, 287-7. Citado por Vegetti, *Op. Cit.* p. 51.

Con lo anterior hemos encontrado otro ángulo de la racionalidad científica: desde esta perspectiva se mira al ser humano no sólo incrustado en la taxonomía zoológica sino que, además, dentro de ella, es un fragmento. Veámoslo con un poco de detalle:

Taxonómicamente hablando, un fragmento del hombre, su columna vertebral, permite su agrupamiento en un conjunto de animales; otro, su aparato reproductor, lo encuadra en otro conglomerado; los cinco dedos de las manos y los pies lo colocan dentro de otro conjunto; y el cerebro desarrollado lo deja sólo en el concierto de especies animales. Desde esta perspectiva, una parte biológica, el cerebro superdesarrollado, es la diferencia específica que hace humano al hombre.

Cierto es que ligado con lo anterior, la perspectiva biológica añade el uso de la razón, la consciencia de sí y la producción de cultura como atributos humanos. Sin embargo esos atributos son también productos indirectamente biológicos: el pensamiento racional es resultado de la fisiología cerebral y, por ese camino, también lo son los productos de la razón como las leyes sociales, la ciencia, la tecnología y la cultura en general.

Para Galeno estaba claro que la naturaleza actúa a través de la interacción entre las partes anatómicas. Dicho de otra manera: que la interacción anatómica es la función orgánica y psíquica.

Si después de dos mil quinientos años observamos la taxonomía actual, podremos percatarnos de que el método dicotómico, ya presente en las clasificaciones de los *technitai* antes de Aristóteles, y retomado por éste para combinarlo con la dialéctica, todavía se encuentra presente en nuestros días. Dentro de esta perspectiva, el primer grupo clasificatorio se conjunta por la presencia o ausencia de alguna característica. El conjunto resultante se vuelve a dividir utilizando el mismo procedimiento, hasta que se llega a encontrar la diferencia específica, o parte, que hace a un grupo distinto de los demás. Observemos:

Desde el punto de vista zoológico, y teniendo por base la zootomía ya mencionada, el ser humano, igual que un águila, un perro o una cabra, pertenece al gran grupo de los vertebrados, cuyas características son el tener un esqueleto y espina dorsal dividida en segmentos. Su clase,

compartida con animales como la vaca y el perro, es la de los mamíferos, cuyas características son dar a luz vivos a sus hijos y amamentarlos. El orden del cual forma parte es el de los primates que incluye a los lemúidos y a los monos, que se caracterizan por tener, como los seres humanos, cinco dedos en cada extremidad, un sistema nervioso complicado y un cerebro eficiente. **Especie *homo sapiens***, la que incluye a las subespecies de hombres de frente baja, ya extintos y la **subespecie *sapiens sapiens***, de frente alta.

La frente alta se debe, según los biólogos evolucionistas, al producto de la última fase de desarrollo del *homo sapiens*: el neocórtex, que ocupó la parte frontal superior de la cavidad craneal.

Derivada directamente de la anatomía se produce el punto de vista que atiende a la interacción de las estructuras anatómicas. Este es el punto de vista fisiológico.

Según Ramón de la Fuente, "...Desde el punto de vista fisiológico, los seres humanos alcanzaron la cumbre de la escala evolutiva porque: a) el no haber sufrido una especialización en su desarrollo, como el elefante o la jirafa, que lo hubiera conducido a caracteres morfológicos exagerados; b) el haber conservado en sus extremidades los cinco dedos de sus antepasados anfibios; c) el haber desarrollado la visión binocular y estereoscópica que le permite percibir los objetos en tres dimensiones; d) la característica única de poder mantenerse erguido y desplazarse en esa posición, cuya consecuencia inmediata fue la liberación de los miembros superiores de su participación en la marcha, lo que a su vez permitió el desarrollo especializado de las manos como órganos eficaces para la aprehensión y manipulación de los objetos, así como para la fabricación de utensilios; e) la característica más definitiva es, sin duda, el desarrollo notable del tejido cerebral en relación con el desarrollo del cuerpo. Con respecto a esa relación, el ser humano lleva una ventaja de 6 a 1 a su competidor más cercano: el gorila. El crecimiento cerebral, tanto de áreas especializadas como asociativas, permitió el desarrollo del lenguaje y de todas aquellas características específicas que permiten al hombre poseer cultura, es decir, valerse de la experiencia acumulada del pasado."³³

³³ Cfr. DE LA FUENTE, Ramón, *Psicología y Medicina*. F.C. E. México. Todo el capítulo "La unidad biopsicosocial del hombre"

Como puede verse, el lenguaje y la cultura, dentro de la perspectiva taxonómica actual mantiene su fidelidad a los principios originales: son también resultado de la evolución biológica, específicamente del desarrollo del cerebro. El cerebro es la base del pensamiento, sustrato anatómico de la razón y, en esa medida, de todo lo creado por ella. La diferencia que podemos encontrar con Galeno, por ejemplo, es sólo de precisión, pero no de principios, ya que para aquél el alma no era otra cosa que la suma de las funciones orgánicas.

Cabría preguntarnos si dentro de la racionalidad científica existe un lugar taxonómico para ubicar *integralmente* al ser humano, o siempre estará en ella en calidad de fragmento. No lo sabemos. Lo que sí resulta claro es que el impulso inicial de la anatomía y la disección, y la fragmentación que ellas producen, han perdurado hasta la fecha como si navegaran sin fricción por las avenidas de la historia de la ciencia.

Alguien tal vez podría objetar que, en el campo específico de la medicina, los anatomistas son una especie en extinción. Eso es cierto, cada vez hay menos anatomistas en las escuelas de medicina, sin embargo eso no quiere decir que la anatomía, sus principios teóricos, sus métodos y, sobre todo, sus consecuencias, se hayan alejado del terreno de la medicina.

Cierto es que lo primeramente avistado por los anatomistas fueron los órganos macroscópicos, pero después el mismo método llevó a Bichat, durante el siglo XIX en Francia, a descubrir el tejido como componente fundamental del órgano. En ese momento tal vez podría haberse pensado que con el tejido terminaba la posibilidad de seguir dividiendo el cuerpo humano. Es verdad que el escalpelo ya no es capaz de seccionar un tejido con intenciones de observación, y mucho menos si hablamos de las células, de las estructuras subcelulares o de las moléculas. No obstante, todo esto se sigue dividiendo pero ahora se hace con un escalpelo químico: las enzimas.

Efectivamente, distintos tipos de enzimas realizan hoy la disección anatómica en el terreno microscópico; aunque a esto ya no se le llame anatomía ni disección; la lógica es la misma que inauguraron los antiguos griegos. Lo anterior no impide, por otra parte, que se siga desarrollando la disección en el campo de la anatomía macroscópica.

En resumidas cuentas, desde esta perspectiva, la medicina sigue interviniendo en el ser humano a partir del conocimiento de fragmentos cada vez más pequeños. La fragmentación es, entonces, resultado natural de la racionalidad científica. Isaac Asimov narra, por ejemplo, en alguno de sus más de doscientos libros, que obtuvo su doctorado en química en el estudio de una molécula.

Los médicos, por su parte, se han especializado en el estudio y la intervención sobre diferentes fragmentos del cuerpo humano: un conjunto de órganos, un órgano específico, el tejido de un órgano, como por ejemplo el endotelio de los vasos sanguíneos o la retina de los ojos. También han especializado su actividad en ciertas células, en diferentes componentes subcelulares o en determinadas biomoléculas. Hoy en día, como cabría esperar, es posible hacer diagnósticos de ciertas enfermedades en el nivel molecular.

Los avances científicos y su cristalización en diversas tecnologías a través de este enfoque fragmentador han sido espectaculares. En la actualidad ya es posible intervenir en algunas enfermedades de origen genético maniobrando, ¡precisamente!, en el nivel genético.

El problema, sin embargo, es que la fragmentación del ser humano no sólo trae beneficios sino que también nos pasa la factura en otro terreno: muchos médicos, sobre todo los especialistas, no tratan a sus pacientes como personas, ni siquiera como cuerpos, sino como un órgano, como un conjunto de células o de moléculas. Este es otro rostro de la deshumanización de la medicina.

Nuestros autores del *Seminario sobre problemas de la medicina en México* insisten en considerar los avances de la ciencia y la tecnología y la especialización como causas de la deshumanización, lo mismo hace Héctor Fernández Varela en su presentación de la CONAMED y Guillermo Soberón en su trabajo sobre los *Nuevos frentes del humanismo médico*. Más todavía, la afirmación de que "los avances científicos y la especialización" son causa de la deshumanización de la medicina es lugar común en la literatura sobre el tema. Sin embargo, siempre que la encontramos aparece como una afirmación aislada que poca luz echa sobre el problema.

2.9. El ser humano fragmentado

Pero ¿cómo se arraigó este enfoque que privilegia las partes sobre la totalidad del ser humano? Como ya lo mencionamos, la mayoría de los autores que han estudiado esta cuestión atribuyen a René Descartes el método del análisis que consiste en la descomposición o división del todo en sus partes constitutivas. Nosotros pensamos que esa afirmación le queda mejor a los griegos, desde los presocráticos hasta Aristóteles y Galeno. Tal vez lo que sí es atribuible a Descartes sea la consolidación de ese pensamiento y su gran arraigo que llega hasta nuestros días.

En sus *Meditaciones metafísicas* el filósofo francés hace primero la gran y famosa separación entre cuerpo y alma:

"Como todas las cosas que concibo clara y distintamente pueden ser producidas por Dios de la misma manera que las concibo, basta que yo pueda concebir con claridad y distinción una cosa sin otra para estar cierto de que son diferentes, porque es posible separarlas, si no al hombre, a la omnipotencia de Dios; no importa cuál sea el poder que las separe, para estar obligado a juzgarlas como diferentes. Partiendo de que conozco con certeza que existo, y, sin embargo, no observo que ninguna otra cosa pertenezca necesariamente a mi naturaleza o esencia, concluyo que ésta consiste en que soy una cosa que piensa, o una sustancia cuya esencia o naturaleza es el pensar. Y aun cuando tengo un cuerpo al cual estoy estrechamente unido, como por una parte poseo una clara y distinta idea de mí mismo, en tanto soy solamente una cosa y carece de extensión, y por otra tengo una idea distinta del cuerpo en tanto es solamente una cosa extensa y que no piensa —es evidente que yo, mi alma, por la cual soy lo que soy, es completa y verdaderamente distinta de mi cuerpo, y puede ser o existir sin él."³⁴

Este planteamiento es, tal vez, el que mejor recoge el famoso dualismo cartesiano donde se asigna al cuerpo una independencia absoluta con respecto al espíritu. Este planteamiento abrió y justificó el camino para separar también una parte del cuerpo y aislarla del resto. Desde Descartes, ahora no resulta tan sorprendente que los médicos intervengan alguna o varias partes del cuerpo,

³⁴ DESCARTES, René. *Meditaciones metafísicas*. Editorial Porrúa. México. Colección Sepan Cuantos. No. 177. p. 84.

muchas veces sin consideración alguna de lo que siente o piensa el paciente. Esta es otra cara de la deshumanización de la medicina.

Vayamos ahora a la cuestión de la fragmentación:

"El cuerpo [humano] es divisible, el espíritu indivisible". "En efecto, cuando considero el espíritu, esto es, a mí mismo, en cuanto que soy sólo una cosa que piensa, no puedo distinguir partes en mí, sino que conozco y concibo muy claramente que soy una cosa absolutamente una y entera; y aunque todo el espíritu aparece unido a todo el cuerpo, sin embargo, cuando un pie, un brazo o cualquiera otra parte son separados del resto del cuerpo, conozco muy bien que nada ha sido sustraído a mi espíritu; tampoco puede decirse que las facultades de querer, sentir, concebir, etc., son partes del espíritu, pues uno y el mismo espíritu es el que por entero quiere, siente, y concibe, etc. Pero en lo corporal o extenso ocurre lo contrario; pues no puedo imaginar ninguna cosa corporal o extensa, por pequeña que sea, que mi pensamiento no deshaga en pedazos o que mi espíritu no divida fácilmente en varias partes, y por consiguiente, la conozco como divisible".³⁵

Resuena fuertemente el modo en que Descartes arribó a la conclusión de que el alma es indivisible: dividiendo al ser humano en cuerpo y alma. La indivisibilidad del alma cartesiana, entonces, está marcada por el carácter divisionista del método que la instaure como indivisible.

Por otro lado, la característica fundamental del cuerpo es su divisibilidad. Ahora puede comprenderse, todavía más claramente, el auge de la fragmentación del cuerpo humano y las especialidades y super-especialidades médicas que lo acompañan o hacen posible.

A Descartes también se le debe la analogía del cuerpo humano con una máquina. De hecho el marco filosófico donde privan la fragmentación, la reducción del todo hasta los elementos últimos y la separación tajante entre mente y cuerpo es, precisamente, el mecanicismo; obra de Descartes.

Pero, ante todo esto ¿no cabría la afirmación de que estudiando las partes también se estudia el *todo* puesto que éste se compone de partes?

³⁵ DESCARTES, R. *Op. Cit.* pp. 87-88.

En realidad, la dialéctica entre las partes y el todo es tan antigua como la filosofía. Los que abogan por el todo afirman que éste es algo más que la suma de sus partes. Sin embargo vale la pena preguntarnos ¿qué hay en el todo, además de la suma de las partes? Para empezar podemos decir que hay *relaciones*. Vayamos al clásico ejemplo cartesiano: el mecanismo de relojería.

Las partes que conforman la totalidad del reloj están vinculadas o relacionadas de tal manera que la fuerza mecánica que lo hace funcionar puede almacenarse en una espiral acerada. La fuerza es transmitida hacia los engranes por un eje directamente vinculado a la espiral que pugna por desenvolverse una vez que ha sido enrollada. Cada engrane está vinculado con el otro a través de su perímetro dentado que encaja en otra circunferencia que contiene formas opuestas y complementarias. Las diferencias entre los diámetros de los engranes hacen que las manecillas giren más rápida o más lentamente dependiendo de las unidades que marquen; horas, minutos o segundos.

Ahora bien, el funcionamiento del reloj no sólo depende de las partes, sino también de sus formas y del modo en que se encuentran vinculadas; es decir de las relaciones entre ellas. El todo, efectivamente, es más que la suma de sus partes. Si nosotros desarmamos el reloj, no habrá perdido ni un gramo de su materialidad física, ni tampoco una sola de sus partes, pero no funcionará porque las articulaciones que también hacen al todo se habrán perdido.

Las relaciones mecánicas, entonces, aunque no sean algo material como las partes también son constitutivas del todo. Sin embargo, su falta de materialidad física ha sido razón suficiente para que sean dejadas de lado por los adoradores de la sustancia; aquellos que piensan que sólo la materialidad física debe ser motivo de estudio y que a partir de las propiedades de sus partes debemos arribar a la comprensión de la totalidad entendida, claro está, exclusivamente como totalidad material.

Manuel Kant se opuso a la división del todo en sentido cartesiano, es decir, a la división que se traduce en aislamiento de las partes. En su *Crítica de la razón pura* propuso lo siguiente:

"Así la *totalidad* no es otra cosa que la multiplicidad considerada como unidad; la *limitación*, no otra cosa que la realidad enlazada con la negación; la *comunidad* es la causalidad de una sustancia en la determinación de las otras recíprocamente y, finalmente, la necesidad no es otra cosa que la existencia que es dada por la posibilidad misma."³⁶

¿Qué une, entonces, o para decirlo en términos kantianos qué es lo que hace *comunidad* de la multiplicidad que forma la totalidad? es la causalidad entendida no sólo como sustancia sino como determinación recíproca con las demás sustancias:

Cierto es que el planteamiento kantiano huele todavía a "sustancialismo", sin embargo debemos reconocerle que en su idea de totalidad las partes se determinan recíprocamente y, por lo tanto, no se conciben aisladas como en la noción cartesiana.

Fritjof Capra, en su libro *La trama de la vida* despliega esta discusión a través de una abundante gama de autores, tiempos y disciplinas. En relación directa con nuestro interés citamos lo siguiente:

"A la luz de la nueva química, los simplistas modelos mecanicistas fueron abandonados, pero la esencia de la idea cartesiana sobrevivió. A los animales se les seguía viendo como máquinas, si bien más complicadas que simples mecanismos de relojería e incluyendo complejos procesos químicos. Consecuentemente, el mecanicismo cartesiano quedó expresado como dogma en el concepto de que, en última instancia, las leyes de la biología pueden ser reducidas a las de la física y la química. Simultáneamente, la rígida fisiología mecanicista encontró su más potente y elaborada expresión en el polémico tratado de Julien de La Mettrie *El hombre máquina*, que mantuvo su fama más allá del siglo XVIII y generó múltiples debates y controversias, algunas de las cuales alcanzaron hasta el siglo XX."³⁷

Capra muestra en su libro la superación del pensamiento newtoniano-cartesiano en muchos terrenos: la biología, la psicología, la física cuántica, etcétera. En este último campo expone, por

³⁶ KANT, Manuel *Critica de la razón pura*. Editorial Porrúa. México. 1977. Colección "Sepan Cuantos" No. 203. p. 72.

³⁷ CAPRA, Fritjof *La trama de la vida. Una nueva perspectiva de los sistemas vivos*. Ed. Anagrama. Barcelona. 1998. p. 40.

ejemplo, que en el nivel subatómico las partículas ya no se consideran "cosas", es decir como algo material, y sin embargo "eso inmaterial del nivel subatómico" es determinante para la comprensión del mundo físico, ese mundo de las cosas materiales.

El hecho de que, conceptualmente, el paradigma cartesiano haya sido superado en muchos terrenos, no significa que de manera automática todos los campos que durante siglos se han organizado bajo su influencia, se hayan puesto en consonancia con las nuevas concepciones. Cuando menos esto no ha ocurrido en el campo de la medicina.

Es cada día más frecuente, por ejemplo, que cuando un paciente es atendido por más de un médico especialista, sufra las consecuencias de indicaciones que se obstaculizan o se contradicen entre sí. Cada médico se dedica a trabajar el órgano de su especialidad y poca importancia le otorga al órgano que es trabajado por el colega y, menos aún, a sus consideraciones e indicaciones. Esto, en definitiva, es un resabio del pensamiento cartesiano que ha dominado el panorama científico durante siglos.

¿Qué es el paciente en cada uno de estos especialistas? Definitivamente un fragmento, un órgano, un tejido, un cromosoma con un gen problemático, etcétera.

Uno de nuestros autores citados en la introducción afirma que las condiciones de la deshumanización están preconstruidas en la formación de los médicos. Veamos, a la luz, del reduccionismo cartesiano, algunas cuestiones en relación con la formación de los médicos.

En el terreno de la enseñanza de la medicina es más fácil y económico, por ejemplo, enseñar la anatomía humana considerando aisladamente elemento por elemento —lo cual lleva a concebir al órgano como "la suma de sus tejidos" o partes— que estudiar la determinación recíproca entre ellos; aunque esto último sería la pieza fundamental para comprender la fisiología.

En mi experiencia como profesor de una escuela de medicina, he propuesto a algunos de mis colegas, enseñantes de esos temas, la consideración del todo como el enlace de sus partes y

sus relaciones, de tal modo que no podemos dejar fuera ninguno de estos niveles. Así, basándome en la definición de significante de Lacan —expuesta en la primer parte— y en la idea de “pauta que conecta” de Gregory Bateson ³⁸, propongo que una parte cualquiera, en cualquier nivel de organización del cuerpo humano, sea considerada como aquello que relaciona al todo con otra parte.

De este modo, mi definición de parte queda como sigue: *una parte es lo que relaciona al todo con otra parte*; en ella se encuentran estrechamente vinculadas la noción del “todo” y la noción de “relación”. Es decir, no conviene definir la parte en ausencia del todo y de las relaciones. Aún más, la parte puede concebirse no sólo como parte; sino también como representante del todo, y como relación.

Claro que mientras se siga enseñando la anatomía aislada de la fisiología; es decir, de una manera estática, lo anterior no es posible y tal vez ni siquiera comprensible. Es necesario, entonces, construir una visión dinámica del cuerpo humano añadiendo movimiento al estudio de las partes; es decir, elaborando una visión fisiológica de la anatomía donde el tiempo se haga presente.

Efectivamente, desde los griegos se acepta que las coordenadas fundamentales de todo hecho natural son espacio y tiempo: la anatomía como todavía se enseña es, primordialmente, espacial y deja de lado el tiempo. Esto es una aberración puesto que el espacio es incomprensible sin el tiempo y viceversa. De hecho, desde hace muchos años no se habla de espacio independientemente del tiempo ni tampoco al revés, sino de espacio-tiempo.

Ahora bien, la introducción del tiempo en el estudio de la anatomía conduce, irremediamente, a la adopción de un punto de vista relativo en el estudio de las partes. La ciencia, a diferencia de la teología que estudia cosas absolutas, se encarga de hechos relativos o, si se quiere, estudia relativamente los hechos. Lo anterior quiere decir, lisa y llanamente, que la anatomía, tal como es enseñada todavía, se parece más a un conjunto de dogmas espaciales que deben ser memorizados por los alumnos, que al estudio científico de la constitución del cuerpo humano.

³⁸ BATESON, Gregory. *Espiritu y naturaleza*. Amorrortu. Buenos Aires. 1980. p. 15.

¿Qué quiere decir "adoptar un punto de vista relativo"? que dependiendo del punto de vista adoptado o, en este caso, de la función a estudiar, las partes que componen el todo adquieren diferentes sentidos y significaciones a lo largo del tiempo donde se despliega la función. Veamos un ejemplo:

En la enseñanza de la cardiología, una válvula cardiaca se estudia tradicionalmente de manera aislada y fragmentada: su anatomía, su histología, su embriología etcétera. Una primera aproximación a esta enseñanza con mi definición de "parte" sería considerarla, explícitamente, como aquella estructura anatómica que relaciona dos cavidades del corazón. En este primer momento, una estructura anatómica, una válvula, es una relación entre otras dos estructuras anatómicas, las cavidades.

En un tercer momento debe considerarse que la válvula, en la medida en que es capaz de relacionar las dos cavidades, no hace otra cosa que relacionarlas a través de toda la organización biológica del cuerpo; puesto que la relación entre cavidades es tal por el hecho de que a través de ellas fluye el torrente sanguíneo, y porque se da la contracción del miocardio, y porque en él hay descargas eléctricas, etcétera. En este sentido, la válvula cardiaca representa al todo y, desde el punto de vista relativo que hemos mencionado, es el todo.

A lo largo de una función tan simple como es abrir y cerrar una cavidad, la válvula es parte, es relación y es todo.

Enseñar la medicina de esta manera tiene el inconveniente de que es necesaria una reorganización general del *currículum* médico que implica trabajo arduo y laborioso, individual y colectivo, en todos sus niveles, lo cual desafortunadamente la mayoría de los profesores no está dispuesta a realizar o no tiene tiempo para hacerlo, entre otras mil razones. Sin embargo, esto es otra historia y merece ser contada en un lugar especial.

Lo que nos interesa mostrar aquí es que la fragmentación del ser humano y la deshumanización que ello conlleva, efectivamente, está preconstruida en el proceso de formación de los médicos como lo señala, sin explicarlo, Ramón de la Fuente en su ponencia intitulada "Acerca de algunos problemas de la medicina contemporánea" del *Seminario sobre problemas de la medicina en México*. Ahora continuemos con otra dimensión de la racionalidad científica.

2.10. Los orígenes de la teoría científica o el desecho de la subjetividad

¿Cómo se dio el tránsito de la disección anatómica a la teoría? La teoría surge de la escritura resultante del ir y venir entre el tratado y el cadáver objeto de estudio. Quien mejor ilustra la actividad teórica es tal vez Galeno. En una práctica cotidiana Galeno pasa, sin inconvenientes ni contratiempos, de la disección al libro, y a la reflexión escrita de la crítica de ambos.

Su pluma se clava indistintamente sobre el tórax del animal y sobre la página del tratado en una sorprendente homología entre disección y escritura. Al llegar a este punto es posible una observación:

"A partir de Aristóteles y los alejandrinos no hay espacio para un conocimiento de los animales, que se pretenda racional y científico, fuera de la anatomía y la clasificación fundamentada en ella. Esto no significa que no continúe escribiéndose durante mucho tiempo sobre al animal vivo, que ostenta así, en el comienzo, el valor de una opción ideológica."³⁹

A estas alturas lo que hubiera sido una gran sorpresa ha dejado de serlo: ¡hablar o escribir sobre el animal vivo se había convertido en ideología desde la óptica de la racionalidad científica! Esto quiere decir que en los orígenes, hablar de manera científica sobre el animal estaba condicionado al estudio del cadáver. Páginas atrás ya hablamos añadido esta cuenta al collar de la

³⁹ Al respecto es fundamental la obra de U. DIERAUER, *Tier und Mensch im Denken der Antike (Studien zur Tierpsychologie, Anthropologie un Ethik)* Amsterdam, 1977. Citada por Vegetti. *Op. Cit.* p. 53

racionalidad científica: al interior del conocimiento producido desde sus cánones, el hombre, además de ser significante del animal, es fragmento y cadáver.

Pero continuemos con la teoría. En la introducción al análisis de la estructura del cuerpo del animal, escribe Aristóteles:

"Tres son los niveles de composición *synthesis*. Primero se podría establecer la composición resultante de lo que algunos llaman elementos (*stoicheia*), a saber: la tierra, el aire, el agua y el fuego; sería aún mejor hablar de la composición como producto de la cualidad (...) pues efectivamente lo fluido, lo sólido, lo caliente y lo frío son la materia de los cuerpos compuestos(...). La segunda composición (*systasis*) que resulta de los elementos primarios, constituye en los animales la naturaleza de las partes homogéneas, como el hueso, la carne y las demás de idéntico tipo. La tercer y última de la serie la forma la composición de las partes no homogéneas, como la cara, la mano y otras semejantes".⁴⁰

El texto aristotélico es resultado de una larga tradición de teoría de la naturaleza que tiene sus raíces en los trabajos de Hesiodo y atraviesa la vida y obra de la mayoría de los presocráticos. El lenguaje utilizado no deja dudas al respecto: *stoicheion* significa la letra del alfabeto, su unidad o elemento fundamental, cuya composición genera sílabas, palabras, frases e historias.

En este mismo sentido, en la *Poética*, Aristóteles define el lenguaje, *lexis*, de la tragedia como la composición, *synthesis*, de los versos, mientras que la *systasis* indica la estructura de la narración del texto trágico.

No deja de llamar la atención que siendo la estructura del lenguaje trágico, tal vez el más logrado en la época de Aristóteles, el andamiaje que sostuvo el embrión del conocimiento científico, la ciencia terminara por desconocer sus nexos con aquél.

Así ocurrió también con el estilete sacrificial utilizado por los antiguos sacerdotes griegos: éste es el antecedente del escalpelo del filósofo científico. En este sentido es notorio el celo que

⁴⁰ ARISTÓTELES. *De partibus animalium*, II, 1.

pusieron los pensadores helénicos para borrar cualquier puente que pudiera conectar al bisturi con su antepasado ritual.

Llamaremos la atención sobre un hecho que consideramos importante: el lenguaje trágico que sirvió de plataforma de despegue para la ciencia y negado posteriormente por ella, sería retomado veinticuatro siglos después por Sigmund Freud.

...Veamos un poco del recorrido freudiano: la química analítica, representante de una actividad científica por excelencia, fue de donde Freud tomó el concepto de análisis que, unido al psiquismo humano, desembocó en el concepto *psicoanálisis*.

Freud empezó por analizar el papel de la dinámica neuronal⁴¹ en la determinación de los fenómenos psíquicos apegado, claro está, a los principios establecidos desde los griegos, pasando por Galeno, etcétera; pero, muy a su pesar, sus investigaciones lo llevaron al análisis del lenguaje de los sueños de sus pacientes y, desde allí, es decir en el análisis de palabras y no de neuronas⁴², el médico austríaco fundó el psicoanálisis.

Hecho también singular resulta que uno de los pilares que sostienen el edificio teórico del psicoanálisis sea el complejo de Edipo, estructura inspirada al padre del psicoanálisis por la tragedia *Edipo rey* de Sófocles. En pocas palabras, Freud retornó al lenguaje que la ciencia dejó atrás; y lo hizo para encontrar una lógica que fuera capaz de explicar la determinación de los fenómenos anímicos que no se encontraba presente en la ciencia positiva —defendida y apreciada en gran manera por él mismo. Ahora continuemos con el hilo de nuestra exposición.

Para que Aristóteles pudiera, en su tiempo, hablar de elementos y compuestos, y posteriormente también de estructura, tanto material, como después conceptual, tuvo que consolidarse el *logos* a través del trabajo de los llamados filósofos presocráticos.

⁴¹ FREUD, Sigmund. "Proyecto de psicología para neurólogos" en *Obras completas de Sigmund Freud*. Tomo I. Amorrortu. Buenos Aires. 1988.

⁴² FREUD, Sigmund. "La interpretación de los sueños" en *Obras completas de Sigmund Freud*. Tomos IV y V. Amorrortu. Buenos Aires. 1987 y 1986.

El estudio de la naturaleza que dio origen al *logos* griego empezó como búsqueda de una nueva explicación de la realidad y del acontecer en general para sustituir la desvencijada explicación de tipo mítico que los dorios destruyeron con sus invasiones en la época de los antiguos imperios micénico y minoico.

El tránsito del mito al *logos* es conceptualizado por Morey⁴³ —a quien tomaremos como columna vertebral de esta parte del trabajo del mismo modo que hicimos con Vegetti en la anterior— como la transición de un orden fuertemente jerarquizado por un sistema de narraciones sacras a un orden débilmente jerarquizado en el que la idea de *proporción, equilibrio y acuerdo* privan como principios últimos de subordinación.

Para la ciencia en general y para la medicina en particular, las nociones de proporción y equilibrio, e imbricada estrechamente con ellas la noción de cantidad o magnitud serán, posteriormente, decisivas. Todavía en la actualidad se *reducen*, por ejemplo, la salud y la enfermedad a la concepción del equilibrio de un conjunto de variables físico-químicas.

Ahora bien, el equilibrio es la expresión de una relación entre dos o más elementos y, para poder hablar del equilibrio es necesario que previamente se haya conceptualizado la noción de elemento. Sólo desde ese marco conceptual se puede hablar de equilibrio o desequilibrio, y siempre serán éstos algún tipo de relación entre elementos.

Actualmente casi todos podemos decir que lo anterior es obvio. Que, en la composición de la sangre existe una proporción, por ejemplo, entre el número de glóbulos rojos y blancos y que cuando alguno de esos elementos aumenta o disminuye más allá de ciertos límites, podemos hablar de desequilibrio o anomalía. El hecho de que hoy aparezca como algo obvio no significa que en todo tiempo haya sido así; y menos aún que desde siempre haya existido la noción de equilibrio.

La noción de elemento, requisito fundamental para pasar a la idea de equilibrio o relación, fue una elucidación que entretuvo la mente de los presocráticos durante siglos. Veamos un poco más al detalle este proceso gestado en la transición del mito al *logos*.

⁴³ MOREY, Miguel. *Los presocráticos. Del mito al logos*. Ed. Montesinos. Barcelona. 4ª. Edición. 1988. p 14

“Para paliar esa irrupción catastrófica de la realidad (...) —Morey habla de las invasiones de los dorios— surgirá en buena medida el pensamiento racional. Así pues, es sobre la superficie de una vasta crisis de soberanía como se sientan las bases para el paso del mito al logos —las condiciones de posibilidad de la razón occidental.

“El mito es un sistema de pensamiento que recoge las prácticas rituales más importantes de la vida colectiva en una representación que las ordena y dota de sentido, es un principio organizador de la vida social de singular importancia: establece, a la vez, un cuerpo de prescripciones y un principio de inteligibilidad.

Por lo general, el mito instituye un acontecimiento inaugural que da razón a la existencia de la colectividad en el presente por referencia a un momento original. Todo acontecimiento que tenga lugar hoy es entendido como repetición del acontecimiento inaugural —el mito reduce así la aspereza de lo inesperado incluyéndolo dentro de un ciclo eterno en el que todo es repetición.”⁴⁴

Es de comprenderse, entonces, que las citadas invasiones hayan roto los ciclos cuya repetición era entendida y vivida como la consistencia misma de la realidad, y que eso haya significado una catástrofe para la soberanía de sus reyes, puesto que ellos eran la encarnación del orden mítico. Es en este contexto donde los llamados presocráticos comenzaron la construcción de una explicación de la realidad más apegada a lo terrenal y más alejada de los principios míticos devastados por las guerras.

Con los presocráticos inició, entonces, el estudio de lo que hoy conocemos como “naturaleza”. El descubrimiento y sobre todo la conceptualización de sus regularidades traería posteriormente la concepción de leyes naturales —más firmes para explicar la realidad que los ciclos míticos.

En el origen, sin embargo, hay algo sorprendente: *mito* y *logos* no se oponen —el *logos* es *hierós logos* —, narración sacra que recoge las gestas de los héroes y la vida de los dioses. Poco a

⁴⁴ MOREY, *Op. Cit.* p 14.

poco el *logos* se va transformando —pasa de mera representación a concepto. Una serie de transformaciones sirvieron de condición de posibilidad para esta mutación. Veamos algunas de ellas:

Las invasiones dóricas destruyeron las instituciones establecidas en la península griega y los invasores no fueron capaces de crear una cultura de repuesto; como consecuencia, Grecia se hundió en una larga Edad Oscura durante cuatro siglos —apenas si hay noticia de lo ocurrido durante ese lapso.

Las referencias a esa época provienen de Homero. Seguramente cuestionables en términos de su valor histórico; aunque no por ello poco importantes en otros campos de la vida griega antigua. A Homero se le atribuye la ordenación de las divinidades y la conformación del Panteón Olímpico, ambos marcos conceptuales fundamentales en la conformación de la cosmovisión griega prefilosófica.

Uno de los primeros pasos en la reconstrucción cultural —que al mismo tiempo conformó uno de los pilares que luego sostendrían la plataforma del *logos*— se produjo durante el siglo VIII a. de C , cuando los griegos recogieron el alfabeto fenicio, lo dotaron de vocales para hacerlo fonético e introdujeron el artículo neutro (*lo*).

Este artículo es lo que permite a Aristóteles hablar en abstracto; por ejemplo referir *lo* fluido sin hacer la mención concreta del agua, del aceite o de cualquier fluidez concreta.

Para construir una idea de lo elemental fue necesario que existiera primero la posibilidad de preguntarse filosóficamente ¿qué compone *todo lo* existente? para luego poder responder que está formado de *elementos*. Veamos que la propia posibilidad de preguntar por *todo lo* existente es una condición que debió ser previamente construida.

En el planteamiento aristotélico citado más arriba, nuestro autor, gracias a las reflexiones de los presocráticos, ya está en condiciones de hablar de elementos: aire, tierra, viento y fuego; que son, para la antigüedad griega, los conceptos de los componentes tangibles de todo lo existente.

Por otro lado, Aristóteles menciona otra forma de elementos: lo sólido, lo fluido, lo caliente y lo frío; componentes que, puede observarse, son más abstractos que los primeros: elementos que ya denotan una elaboración teórica; es decir, propios para la construcción conceptual del mundo.

El enunciado "lo sólido", por ejemplo, abarca una gran cantidad de conceptos; y desde la noción de solidez se pueden establecer relaciones con lo fluido y con otras abstracciones. He ahí el camino de la construcción de la teoría; que nosotros entendemos, en parte, como la sustantivación de lo abstracto. ¿Qué queremos decir con la sustantivación de lo abstracto? que antes de la transformación del alfabeto, lógicamente hablando, sólo era posible poner en el lenguaje las cosas concretas: casas, hombres, bienes, etcétera. Pero a partir de la introducción del artículo neutro, las abstracciones como "lo caliente" pueden sustantivarse en el lenguaje.

La escritura fonética inventada por los griegos posee otra gran virtud: desplaza lo secreto haciéndolo público. Ya no es un registro en código propio de los escribas, sino que permite escribir tal como se habla —sin necesidad de transformar el discurso en una fórmula mnemotécnica— y, además, también permite reflexionar sobre este habla.

La posibilidad de reflexionar lo hablado a partir de la escritura es otro de los grandes pilares que sostiene al *logos*; en este sentido, ya vimos también lo que la reflexión permitió a Galeno: el desplazamiento de ida y vuelta entre el escalpelo y pluma, entre el cadáver y el tratado: el ir y venir de la teoría entre el concepto y la cosa. Este trabajo, sin una escritura fonética que permita la reflexión de lo hablado y lo escrito, hubiera sido imposible.

Otro aspecto fundamental en la constitución del *logos*, que suele pasar desapercibido, es la invención de la moneda acuñada⁴⁵, y su carácter de representación universal. Una moneda posibilita, de un modo más ágil que los bueyes o los calderos usados antiguamente, *establecer correspondencias exactas entre series de objetos absolutamente dispares*.⁴⁶

⁴⁵ Tal vez el hecho de que la moneda acuñada haya posibilitado el nacimiento de la economía de mercado sea tan significativo para la historia económica y para la propia economía que su brillo opaque los procedimientos racionales que por un lado le son inherentes y que, por otro, son constitutivos del *logos*.

⁴⁶ Esta magnitud universal es, para el caso de los objetos mercantiles en la economía de mercado, el trabajo humano abstracto medido en tiempo. Desde nuestro punto de vista, no hay mejor trabajo que muestre cómo se produce la homogeneización de la diversidad del mundo mercantil que la ley del valor expuesta por Marx en el primer capítulo del Tomo I de *El capital*. MARX, Karl. *El capital*. Tomo I. F.C:E. México. 1978.

El *logos*, tal como habla de él Heráclito, por ejemplo, recoge este carácter: trata de ser un principio de inteligibilidad abstracto que permita homogeneizar toda la multiplicidad de lo real bajo una medida universal.⁴⁷

2.11. El método reduccionista y la reducción del hombre a materialidad física.

Podemos observar que las iniciativas filosóficas de los presocráticos en la construcción del *logos* apuntan en una dirección: construir un conjunto de principios para guiar al investigador a través de la gigantesca diversidad con la que la naturaleza se mostraba ante sus ojos.

La meta, entonces, era *reducir* la multiplicidad de lo real; y para ello se dieron a la tarea de conceptualizar y encontrar el elemento último, sustancia original, a partir de la cual hubiera surgido todo lo diferente. Es de suponerse que primero tuvieron que enfrascarse en la discusión de cuál era ese elemento último para pasar, posteriormente, a la noción de *medida* de la que habla Heráclito. Veamos algunos aspectos de estos dos momentos de la discusión. Pero, sobre todo, observemos qué implicaciones tiene el asunto en la medicina científica.

Tales de Mileto fue, para algunos, el primero de los pensadores presocráticos y el iniciador de la investigación de la naturaleza; es decir, el ancestro mítico del pensamiento racional.

Con la célebre afirmación de Tales, *todo es agua*, se inició un género expresivo nuevo, la *historia peri fiseos*, (la indagación de la naturaleza), que reemplazó a las antiguas explicaciones teogónicas y constituyó el embrión de lo más tarde sería llamado filosofía.

Del mismo modo que la *historia peri fiseos* sustituyó el verso de las teogonías por la prosa, desplazó también el tipo de explicación con el que se justificaba la naturaleza en cuanto *orden*:

⁴⁷ MOREY, M *Op. cit.*

transpone en una forma laicizada y sobre el plano del pensamiento abstracto, el sistema de representación que la religión había elaborado⁴⁸.

Así, el agua de Tales puede ser entendida como traducción del "Okeanos, padre de todas las cosas" de Homero⁴⁹, o de afirmaciones similares de la teología hesiódica y órfica⁵⁰, o incluso de principios de la cosmogonía babilónica, fenicia o judía.⁵¹ Con tal afirmación se inaugura una línea de pensamiento que trata de dar cuenta de una genealogía de lo real ya no divina sino material: el agua es la sustancia de la cual habrían surgido todas las demás.

Con su planteamiento Tales no sólo se coloca como interlocutor de su tiempo en un marco compartido (el conocimiento de Homero) por sus contemporáneos, sino que abre una nueva posibilidad: la interrogación. ¿Por qué habría de ser el agua y no otra cosa el origen de todo lo demás? Con ello pone a funcionar el motor de la filosofía.

Efectivamente, para Anaxímenes, también de Mileto como Tales, la sustancia elemental era el aire; Para Anaximandro, nacido de igual modo en Mileto, lo Uno a lo que se reduce todo lo que hay no es uno de los elementos (fuego, aire, agua, tierra), sino una *proto-sustancia* de la que surgieron éstos, sustancia que no puede caracterizarse sino como indefinida o indeterminada.

Para Heráclito de Efeso el todo es cambio. Para Demócrito, el todo está formado por átomos, etcétera. Cada una de estas proposiciones tuvo importantes repercusiones en la conformación del *logos* —hay que ver simplemente que la afirmación de Demócrito es el primer eslabón de la cadena de acontecimientos que hacen la historia de la teoría atómica—, sin embargo

⁴⁸ VERNANT, J. P. *Los orígenes del pensamiento griego*. E.U.D.E.B.A. Buenos Aires. 1965. Además de *Mito y Pensamiento en la Grecia antigua*. Ariel. Barcelona. 1973.

⁴⁹ HOMERO, *Iliada*. XV

⁵⁰ Hesíodo fue el primero en construir un sistema a partir de las divinidades griegas. Dentro de su planteamiento, lo más llamativo puede ser el hecho de que, en ese gran movimiento intelectual conformador del *logos* que consistió en "bajar" del cielo a la tierra la explicación del orden universal de las cosas, sustituyó, por ejemplo, a Vulcano con el calor y a Poseidón con la humedad del agua; y los organizó por pares de opuestos: húmedo-seco, frío-caliente, etcétera, que serían las bases sobre las cuales se conformaría, posteriormente, entre otras cosas, el pensamiento humoral de Hipócrates.

⁵¹ Las cosmogonías acuáticas son extraordinariamente frecuentes en buena parte de las civilizaciones. Lo interesante para nuestros fines sigue siendo, sin embargo, que las formulaciones de Tales se produjeron, por vez primera, fuera de un contexto religioso.

sólo exploraremos algunas de ellas que consideramos directamente implicadas en la deshumanización de la medicina. Sigamos, entonces, con las consecuencias de las ideas de Tales.

¿Por qué no imaginar que todos los elementos dependen de otro elemento último que les trasciende —y cuál podría ser ese elemento? ¿De qué modo se originaría toda la multiplicidad de lo real (lo diverso que puebla el mundo) a partir de ese elemento base?

Las interrogantes que brotaron de la afirmación de Tales son, esencialmente, la preguntas por el *arjé*, aquello que siendo origen de todo lo existente, también lo gobierna. Con Tales de Mileto se inaugura, entonces, el camino que llevará a colocar al conocimiento como la llave de la comprensión de las cosas y siglos más tarde, con Descartes, como la clave para dominarlas.⁵²

El camino del *logos*, inaugurado por Hesiodo consiste, en buena medida, en la *reducción* a través de *sustitución*. Veámoslo con algo de detalle: sustituye primero a los dioses que poblaban el Panteón griego por sus equivalentes terrenales, lo que abrió no sólo el campo para la interrogación según las consecuencias desprendidas de las afirmaciones de Tales, sino que, también, permitió el estudio de sus propiedades debido a que esos elementos: aire, tierra, fuego, agua; están al alcance de la mano y, sobre todo, de la observación de los primeros filósofos; cosa que no ocurría con las divinidades.

Veamos otra *sustitución* del mismo autor también con consecuencias reductivas: A Tales se le reconoce la introducción de la geometría en Grecia que, según Herodoto habría surgido en Egipto. La inserción de la geometría constituyó, del mismo modo que la adopción del alfabeto fenicio, un importante fundamento para el surgimiento de la racionalidad y; de igual forma que hicieron con la escritura, también transformaron el aparato de medición, al momento de adoptarlo.

"Según la tradición, Tales habría visitado Egipto, donde la habría aprendido [seguimos hablando de la geometría] —haciendo a continuación algunas aplicaciones sorprendentes que

⁵² René Descartes será en el futuro el máximo representante de esta forma de pensar. "No se trata de comprender la naturaleza, se trata de dominarla. Hipócrates ya había reconocido, muchos siglos atrás, a la naturaleza en el hombre y había planteado que lo que ocurre dentro de él es lo mismo que ocurre en todo el universo. Por el camino del conocimiento, entonces, llegarán los hombres a plantearse la ambición no sólo de dominar las cosas sino también la del dominio de los demás hombres.

aumentaron el prestigio de su sabiduría. Las más célebres fueron: la invención de un método para medir la distancia de las naves en el mar y la medición de la altura de las pirámides a partir de su sombra (probablemente, en su modalidad más sencilla: esperando el momento en que la sombra es igual a la altura). Así mismo, suelen atribuírsele algunos teoremas, suponiéndose que debía haberlos conocido para llevar a cabo las mediciones que realizó.

En la historia de la medición de la altura de las pirámides, hay por lo menos una enseñanza que debe ser tomada en cuenta —una enseñanza que tiene que ver con el nacimiento de la racionalidad y el peso específico que tuvo en él un cierto modelo de pensamiento geométrico. 'La geometría —escribe Serres— es una astucia, se desplaza, toma un camino indirecto para acceder a lo que supera la práctica inmediata (...) De hecho, Tales no ha descubierto más que la posibilidad de la **reducción**, la idea de módulo, la noción de modelo. La pirámide es inaccesible, él inventa la escala. Y añade: 'Es necesario, dicen, pasar de la práctica a la teoría, por una astucia de la razón, imaginar un **sustituto** de estas longitudes a las que mi cuerpo no puede acceder, la pirámide, el sol, el navío en el horizonte, la otra orilla del río. La matemática sería el circuito de las astucias'.⁵³

La potencialidad del pensamiento griego puede apreciarse en la gran diferencia que Tales introdujo en la geometría egipcia. Mientras que aquellos hacían sus mediciones físicamente por medio de cuerdas anudadas (nudos que representaban las unidades de medición) e imbuidos en un pensamiento religioso, el primer presocrático elaboró un modelo conceptual donde sustituye las magnitudes reales por sus representantes matemáticos. El resultado fue sorprendente: las operaciones y resultados realizados en el modelo son equivalentes lógicos de los realizables en el mundo real.

Representar lo real en un modelo y, a través de su manipulación matemática encontrar nuevas relaciones y posibilidades de intervención en lo real; es el planteamiento talesiano que llega hasta nuestros días cada vez más fortalecido.

De hecho la institución escolar, por otra parte, no hace otra cosa desde hace cientos de años: en ella los educandos estudian modelos de lo real y de ese estudio, muchas veces, deducen

⁵³ MOREY, Miguel. *Op. cit.* p. 25. Las negritas son nuestras.

estrategias de intervención que la práctica confirma o rechaza. La utilización del modelo abarca en la actualidad todos los niveles de organización de la materia animada e inorgánica; y comprende desde el nivel subatómico, pasando por organizaciones celulares o subcelulares hasta dinámica de poblaciones y sus interacciones con el medio.

Para decirlo en palabras de Jacques Lacan, Tales había encontrado la manera de intervenir lo real a través de lo simbólico; en este caso concreto, a través de la matemática que, posteriormente, será parte fundamental del *logos*.

La elaboración del modelo y la posibilidad que conlleva, es decir, representar en él lo real a través de su *reducción* en variables matemáticas es otra *sustitución*. Aspectos esenciales de los fenómenos se sustituyen por sus equivalentes matemáticos y, dentro del modelo, pueden apreciarse relaciones que tal vez hubieran sido imposibles de captar por la vía de la observación directa.

A partir de entonces, se establece un ir y venir entre el mundo físico, la *fisis*, y su representación conceptual, el *logos*. Este camino de ida y vuelta atraviesa el territorio de la *experimentación* que abre dos nuevas posibilidades históricas: la primera, corregir continuamente las ideas que se tienen en relación con el mundo; la segunda, la intervención en el mundo físico por parte de los mortales, acción que antes estaba reservada exclusivamente a los dioses.

En este ir y venir, con el paso de los siglos, devendrá una nueva posibilidad: la materialización del conocimiento condensándose en un artefacto; es decir la tecnología. En la época actual, por ejemplo, el conocimiento acumulado ha hecho posible la construcción de válvulas cardíacas artificiales que *sustituyen* a las que produce la naturaleza.

¿Qué ha ocurrido? Que ya no sólo se manipulan variables en los modelos para después probar sus efectos en experimentos reales; ahora también se producen artefactos modelados que luego son empleados para *sustituir* entes reales como las válvulas cardíacas.

Y el asunto no se detiene allí; los artefactos que imitan la naturaleza son sólo una parte de lo que actualmente está ocurriendo. La creación, por ejemplo, de animales transgénicos da vida a

seres que la naturaleza no produce por cuenta propia. En Japón, por citar un caso, se acaba de prohibir la producción de "embriones quimera" que son seres vivos elaborados a partir de genes humanos y animales. Por otro lado, el parlamento inglés acaba de aprobar la producción de embriones humanos por medio de la clonación para usos médicos.

Hemos rebasado la antigua aspiración cartesiana donde se trataba de intervenir lo real, ahora se trata de suplantarlo; el eco de los principios talesianos resuena hasta nuestros días. ¿Hasta dónde es posible esta perspectiva? No lo sabemos todavía.

¿Qué significa lo anterior? Que a través del *logos* estamos transitando de la simple intervención de la naturaleza hacia su "re-creación"; esto es apreciable, por ejemplo, en la cascada de consecuencias que todavía estamos por descubrir en relación con la terminación del mapa del genoma humano. Cuestión nada despreciable por sus amplias consecuencias y repercusiones en todos los ámbitos de la vida humana⁵⁴.

¿Por qué? porque el orden social humano desde siempre se ha estructurado a partir del reconocimiento de una entidad sobrenatural o natural como creadora de todo lo existente; en este sentido, si la creación se vuelve humana los hombres se encontrarían en el camino de suplantar a Dios en un caso, o a la naturaleza en el otro. La sustitución de sustituciones: el hombre sustituye a Dios o a la naturaleza.

No estamos hablando sólo de la creencia en Dios o en la naturaleza, nos referimos al orden social que se encuentra estrechamente vinculado con la noción de una entidad soberana a la cual se someten todos los fenómenos incluidos, claro está, la esencia de lo humano. Abundemos un poco al respecto:

Decodificar el texto del genoma humano acarrea como posibilidad decodificar el significado de la vida o; en el reverso de la medalla, descifrar los secretos de la muerte. De ser cierto que — como piensan muchos científicos— el final de la vida también se encuentra codificado en el genoma

⁵⁴ Cfr. HERNÁNDEZ, Zinzún Gilberto. "Proyecto del Genoma Humano. Una aproximación sociológica", en *Investigación Hoy*, México, IPN. 1997. No. 77. p. 41.

humano, no sólo se haría realidad la milenaria fantasía de la eterna juventud; ocurriría lo mismo con la promesa de la vida eterna que algunas religiones han colocado siempre en el más allá.

Con ello se producirían enormes transformaciones en las bases conceptuales sobre las cuales ha descansado el poder, entendido genéricamente como un ingrediente fundamental del orden social. Con la palabra *orden* no nos referimos a "lo bueno" o a "lo malo", sino a aquello que estructura a las organizaciones sociales.

El manejo ideológico del texto de la vida o, si se quiere, de los secretos de la muerte, ha sido durante miles de años monopolio de instituciones poderosas como la Iglesia Católica. A través de la vida y la muerte, manejadas como decisiones divinas, se esculpieron buena parte de las columnas que sostuvieron el orden social en la Edad Media europea y en los primeros siglos de la América colonial.

Todavía en la actualidad, el manejo religioso de la vida y la muerte es un factor importante para mantener el orden interno de instituciones como la familia o la empresa privada y, evidentemente, de las propias instituciones religiosas.

La muerte, por otra parte, no sólo es el límite biológico del ser humano. En *Los dragones del Edén*⁵⁵, Sagan afirma que siendo el hombre el primer ser sobre la tierra en percatarse de que iba a morir, trató de comprender el fenómeno por todos los medios a su alcance. Lo anterior es considerado por el autor como uno de los más importantes —tal vez el más importante— disparador del desarrollo del neocortex, es decir, de la parte más nueva del cerebro humano y encargada de realizar los procesos superiores del pensamiento.

En otras palabras, la muerte funcionando como enigma, ha sido el motor del desarrollo de lo humano en tanto que ha promovido la reflexión y, con ella, la cultura. ¿Qué sucederá si el secreto es revelado? ¿Se terminaría la era humana y transitaríamos hacia otra época? ¿Hacia cuál? ¿En qué consistiría?

⁵⁵ SAGAN, Carl. *Los dragones del Edén. Op. Cit.*

Martín Heidegger, por su parte, señala en su *Introducción a la metafísica* que la muerte es lo que permite al hombre distinguirse de otros seres vivos, puesto que ellos solamente perecen. En este mismo sentido, y dentro del pensamiento griego que venimos analizando, la muerte representaba un límite superior en tanto que era la línea divisoria entre lo humano y lo divino; unos mortales, los otros inmortales.

De esta manera, la muerte se erige como la frontera superior e inferior que redondea lo humano: hacia arriba la inmortalidad nos limita para acceder al mundo de los dioses; hacia abajo el saber sobre la muerte es la frontera que nos distingue de los animales.

En el sentido heideggeriano, la diferencia entre morir y perecer o, si se quiere, entre animalidad y humanidad, es el saber, saber de la muerte, saberse mortal, saber morir. La muerte, desde un punto de vista más global y en su carácter de incógnita, aparecería como el continente de lo humano y la vida como su contenido.

En otras palabras, la vida humana, a diferencia de la vida animal, imbuida como está en el lenguaje y la cultura, obtiene su significado a partir del enigma de la muerte. ¿Qué ocurriría si se descifrara el misterio de la finitud humana? ¿Podríamos seguir hablando de lo humano en los mismos términos que lo hemos hecho hasta ahora?

Al borrar el límite superior ¿estaríamos asistiendo al momento histórico en que se alcanza la inmortalidad y el estatuto de dioses para los hombres?

¿Sería accesible la inmortalidad para todos los seres humanos, u otros más caerían, de nueva cuenta, por debajo del límite inferior y descenderían al rango de animales? Animales eternamente sanos tal vez; muy productivos económicamente hablando; o posiblemente seres que tal vez nunca se alejarían de la normalidad, cualquiera que pudiera ser el significado de esta última expresión.

Una transformación radical de lo humano por la manipulación del genoma, en pocas palabras, implicaría una revolución tal que podrían desdibujarse los límites y la forma de lo social, lo

político y lo económico, tal como lo hemos vivido y pensado hasta ahora. Tal vez estaríamos hablando del final de la era humana.

Colocado en la cúspide ¿a qué orden deberá someterse el hombre? Y la pregunta no sólo implica el reconocimiento a ultranza de un orden superior⁵⁶, por motivos religiosos, políticos o científicos, donde los seres humanos “deben” inscribir tanto su subjetividad como su accionar en la vida. La sociedad, la vida en comunidad, regida desde siempre por normas que, entre otras cosas, hacen posible la convivencia, ha consistido siempre en el sometimiento del individuo y, a través de ello, de las fuerzas naturales que reposan en su materialidad biológica, a las leyes de lo común, de las reglas para todos. Sin embargo, este sometimiento, que desde otro punto de vista también se conoce como socialización, es lo que humaniza al ser.

Efectivamente, aquello que conocemos como propiamente humano, como el habla articulada, como la capacidad de abstracción, como la posibilidad de representar lo real con símbolos, es algo que no se encuentra cabalmente en el organismo, que no viene codificado en el genoma, es algo que las crías de los humanos “completan” a través de la convivencia con los demás.

Uno de los motores del desarrollo de la humanidad ha sido la ilusión de colocarse en el lugar donde antiguamente los mismo hombres colocaron a los dioses, pero tal vez no nos hemos

⁵⁶ Muchas han sido las pruebas de que, fuera del efecto socializante, el ser no deviene humano. Humberto Maturana y Francisco Varela, en su trabajo *El árbol del conocimiento*. Ed. Universitaria. Santiago de Chile, 1996, pp. 86-87, nos dicen lo siguiente: “.. dos niñas hindúes, que en 1922 en una aldea bengalí, al norte de la India, fueron rescatadas (o arrancadas) del seno de una familia de lobos que las había criado en completa aislación del todo contacto humano (Fig. 34) —el texto incluye fotografías—. Las niñas tenían, una ocho años, la otra cinco; la menor falleció al poco tiempo de ser encontrada, en tanto que la mayor sobrevivió por unos diez años junto a otros huérfanos con quienes fue criada. Al ser encontradas, las niñas no sabían caminar en dos pies, y se movían con rapidez en cuatro. Desde luego, no hablaban y tenían rostros inexpresivos. Sólo querían comer carne cruda y eran de hábitos nocturnos, rechazaban el contacto humano y preferían la compañía de perros o lobos. Al ser rescatadas estaban perfectamente sanas y no presentaban ningún síntoma de debilidad mental o idiocia por desnutrición y su separación del seno de la familia loba produjo en ellas una profunda depresión que las llevó al borde de la muerte con el fallecimiento de una de ellas. La niña que sobrevivió diez años cambió eventualmente sus hábitos alimenticios y sus ciclos de actividad, y aprendió a caminar en dos pies, aunque, siempre recurría a correr en cuatro pies cuando estaba movida por la urgencia. Nunca llegó a hablar propiamente, aunque sí a usar unas pocas palabras. La familia del misionero anglicano que la rescató y cuidó de ella, lo mismo que las otras personas que la conocieron en alguna intimidad, nunca la sintieron verdaderamente humana.

percatado de que la consecuencia lógica de tal propósito hace que cuanto más cerca estemos de la meta, más perdamos la noción, la idea y el sentido de lo humano.

¿Será acaso que la deshumanización es el producto general de la actividad humana?

Antes de intentar responder, obtengamos más material para preguntar; regresemos a la composición del cuerpo del animal que veníamos trabajando con Aristóteles:

Podemos observar que en la idea donde el filósofo expone su representación acerca del cuerpo del animal —enmarcada ya en el *logos*—, se nota de manera clara la noción del todo y las partes; y se destaca, además, la reducción de unos elementos a otros:

Primero: la totalidad o *synthesis* —contenida en tres niveles— se compone de cuatro elementos; tierra, aire, agua y fuego; luego el filósofo precisa que esa composición estaría mejor expresada a través de lo fluido, lo sólido, lo caliente y lo frío, en tanto constituyentes de los cuerpos compuestos —esta es la primera gran reducción—; posteriormente nos dice que hay una segunda composición resultante de los elementos primarios y menciona que ese plano de composición corresponde en los animales a la *naturaleza* de las partes homogéneas como el hueso y la carne; finalmente nos habla de un último nivel de composición que integra partes no homogéneas: la cara, la mano, etcétera.

La mano, entonces, es un compuesto de carne y hueso —elementos homogéneos—; los elementos homogéneos, a su vez, son la *synthesis* de elementos heterogéneos; lo fluido, lo sólido, lo caliente y lo frío; estos elementos, por su parte, están presentes en todos los niveles de composición de los animales.

Es muy interesante el sistema dialéctico de Aristóteles: podemos ver que en la exposición de sus ideas las oposiciones que utiliza confieren sistematicidad y congruencia a sus planteamientos: Su teoría, recordémoslo, es la *zootomía*, el análisis físico del cuerpo del animal, la disección; el cuerpo del animal integrado en sus tres niveles se presenta como *synthesis*, tenemos entonces el primer par dialéctico: análisis y síntesis.

Luego viene la composición de las partes; dentro de ella destaca la oposición entre lo homogéneo y lo heterogéneo. Lo homogéneo como resultando de la combinación de lo heterogéneo y lo heterogéneo como constituyente de lo unitario; la mano, la cara, etcétera, que es la oposición entre lo uno y lo múltiple.

Es sorprendente que esa primera aproximación aristotélica todavía pueda hoy constatarse: cuando se hace la disección de un animal la primera mirada se posa sobre lo heterogéneo; los distintos órganos internos, de formas, tamaños, colores y texturas diversos. Si se penetra en un órgano se puede apreciar la homogeneidad de alguno de sus tejidos: lo homogéneo, el tejido, en combinación con otros tejidos, hace lo heterogéneo, los órganos.

En un nivel más general encontramos la existencia de una continuidad histológica atravesando la diversidad anatómica de los órganos: un tejido tendinoso, por ejemplo, no sólo se encuentra en los brazos o piernas, también podemos encontrarlo en el corazón; en la estructura que ancla las válvulas cardíacas a las paredes internas de los ventrículos: lo homogéneo, entonces, en un segundo nivel de composición, atraviesa lo heterogéneo, constituyéndolo. El conjunto total de órganos, por su parte, conforma la universalidad del organismo, este es el tercer nivel de síntesis aristotélico.

En realidad muchas ideas aristotélicas pueden, sin forzar mucho las cosas, verificarse en la actualidad de manera más o menos parcial. Pero ese no es un tema que caiga directamente en nuestro interés. Continuemos con el procedimiento reduccionista.

Hoy sabemos que la *reducción* del todo a sus partes constitutivas, iniciada por los presocráticos, formalizada por Aristóteles, reafirmada y reformalizada por Descartes, llegó hasta los átomos —hipótesis originalmente de Demócrito— pero que no paró allí, pues la división del todo ha continuado en el mundo de las partículas subatómicas.

Lo importante de mencionar aquí es que el *logos* o marco teórico de la racionalidad científica se constituyó a través del método reduccionista como el principal procedimiento para enfrentar el

estudio de la naturaleza. Y que la medicina encuadrada en la cientificidad, necesariamente desembocó en la parcelación del ser humano debido a que la fragmentación es una condición intrínseca del estudio científico de las cosas.

La taxonomía de bases morfológicas, ya mencionada, es la primera producción científica; en ella los animales, incluido el hombre, se clasifican; es decir, son lo que son lógicamente hablando, en función de una parte de su cuerpo, fragmento que los inscribe en un determinado grupo taxonómico.

Como corolario de lo anterior resalta que el conocimiento científico no tiene afinidad epistemológica con las totalidades sino con los fragmentos.

En la enseñanza de la medicina, el cuerpo humano es dividido una y otra vez hasta llegar a las moléculas y a los átomos. Los elementos a estudiar se agrupan al interior de un gran número de puntos de vista: morfológico, fisiológico, histológico, embriológico, etcétera, pero no existe un punto de vista "todológico" capaz de dar cuenta integralmente de la materialidad biológica del cuerpo, precisamente porque el *logos* es intrínsecamente fraccionador.

Es cierto que Ramón de la Fuente ha tocado la campana muchas veces, y nos ha llamado a realizar el estudio del ser humano como una Unidad Biopsicosocial, sin embargo, ese llamado ha compartido la suerte de otros tantos que piden recuperar, por ejemplo, la subjetividad de los pacientes; es decir, se llama la atención sobre el asunto pero no se adjunta a la convocatoria una explicación mínima que, cuando menos, indique la naturaleza del problema y explore algunas vías para su solución.

En la medida en que la ciencia positiva *reduce* y *fragmenta* para conocer es inconsecuente pedirle lo contrario; es decir, que amplifique y que integre. En este sentido, una posible solución puede estar por el lado de la filosofía de la medicina, pero ese es un camino que habría que explorar.

La Unidad Biopsicosocial ha quedado, entonces, en un mero nombre de algo que no se ha teorizado y que tampoco ha repercutido favorablemente en la formación de los estudiantes de medicina. Su contraparte, la especialización y la llamada superespecialización, enraizada como está en la racionalidad científica desde sus orígenes, es lo que domina hoy ampliamente el horizonte del trabajo médico. Sus efectos deshumanizantes ya han sido comentados.

Exploremos un poco más la analogía aristotélica entre la escritura y la corporeidad animal: esa semejanza entre la estructura de la tragedia y la estructura del cuerpo del animal es la composición o síntesis resultante de la combinación de elementos simples para formar los compuestos; en el primer caso, letras para formar palabras, palabras para formar frases y frases para conformar una estructura global; en el segundo, lo sólido, lo fluido, lo caliente y lo frío para formar carne y hueso y la combinación de estos últimos para formar la mano, la cara, etcétera.

En la actualidad, esa semejanza es algo que todavía se sigue corroborando: los cuatro aminoácidos constitutivos del ADN frecuentemente son citados por los científicos como el alfabeto de la vida; como los cuatro elementos fundamentales a partir de los cuales se giran las instrucciones —escritura— que realizan todas las combinaciones materiales que dan como resultado la conformación del cuerpo humano.

Claro que la coincidencia entre la escritura aristotélica y las cuatro letras del alfabeto genético —aminoácidos— podrían ser mera casualidad; pero lo que sin duda no es azaroso es la estructura conceptual que comparten: lo diverso proviene de elementos últimos cuya combinación y recombinación forma estructuras cada vez más complejas. Lo complejo viene de lo simple, lo uno es constitutivo de lo múltiple. Esa estructura de pensamiento, que no es otra cosa que el *logos*, es una deuda de la ciencia moderna contraída con los filósofos presocráticos y con Aristóteles.

El reduccionismo, como cabría esperar, sigue presente en esa línea de pensamiento: muchos científicos se han empeñado en encontrar en la genética las causas últimas de la homosexualidad, la delincuencia, las tendencias depresivas, la superioridad racial, entre un buen conjunto de cosas: absurdas unas, muy inteligentes otras; y decimos absurdas no como un cuestionamiento a la racionalidad científica por sí misma, sino porque ese tipo de investigaciones no

toma en cuenta las dimensiones psicológica y sociológica de los seres humanos. Pero sigamos adelante con esta breve exploración de la constitución del *logos*.

Otro componente del *logos*, la *representación universal* —posibilitada por la introducción de la moneda acuñada—, y el poder dimanado de ella; es decir, el establecimiento de *correspondencias exactas entre series de objetos dispares* repercutirá posteriormente en todas las ciencias. En el terreno específico de la medicina científica este trascendental acontecimiento permitirá, por ejemplo, expresar las relaciones entre muchas variables a través de un sólo número, un valor que indica normalidad o anormalidad en alguna dimensión del funcionamiento orgánico.

Lo esencial de este asunto, para nuestro interés, es dejar sobre la mesa el hecho de que la comparación de objetos o conceptos dispares sólo es posible cuando se establece para cada uno de ellos su equivalencia con una magnitud lo suficientemente abstracta como para "borrar" sus diferencias concretas.

Con lo anterior, ponemos de manifiesto otra característica de la racionalidad científica: la reducción de la complejidad, constitutiva de todas las cosas, a la simplicidad de la magnitud. Es decir, dentro del mar de cualidades se alza una cantidad que puede, siempre desde un determinado punto de vista, expresarse a todas para una finalidad concreta.

En el campo específico de la medicina, esta posibilidad del *logos* se mostrará en la capacidad de expresar la salud o la enfermedad a través de un número o un conjunto de ellos. Una persona estará sana o enferma si los valores de un conjunto de mediciones practicadas en los componentes de su fluido sanguíneo, o de su actividad cardiaca, etcétera, se encuentran dentro de los parámetros considerados normales o anormales.

A través de esta vertiente del *logos* se reduce, primero, el *ser* de una determinada persona a un específico estado —salud o enfermedad— y; segundo, el estado a un *conjunto de cifras*.

Las magnitudes expresadas por los dígitos, de la misma manera que ocurre en el intercambio mercantil, borrarán las especificidades de cada persona y con ello a la persona misma.

El asunto es de doble filo: por un lado, un par de números, por ejemplo, son capaces de indicar si la presión del fluido sanguíneo de una persona se encuentra dentro de los límites normales. Lo anterior otorga a la medicina un gran poder de acción, de diagnóstico, de decisión oportuna, entre muchas cosas más. Por otro lado, sin embargo, se paga el precio de la despersonalización del paciente. Ya no importa lo que él diga de sí mismo, lo que crea o lo que sienta; sino lo que expresen los valores de las mediciones practicadas por el médico y su tecnología.

Los autores del *Seminario sobre problemas de la medicina en México* y casi todos los demás que tratan el tema de la deshumanización de la medicina, señalan a la tecnología médica como un importante factor de deshumanización, ahora podemos ver cuál es el origen del problema: la reducción de la diversidad cualitativa a la homogeneidad de la medida. Lo anterior abrió el camino que desembocó en el número como centro de atención y eje de reflexión de la atención médica.

Otro aspecto del *logos*, las técnicas geométricas y astronómicas —importadas de Egipto y Babilonia—, por los primeros filósofos y despojadas de todo contenido religioso, permitieron la *ubicación laica* del hombre en la realidad —un sistema de referencias continuo sobre el espacio y el tiempo: un modo de ubicar los acontecimientos, plegándolos bajo algún tipo de soberanía. La geometría brindó un modelo de mecanismo de abstracción (establecerá la superioridad del ver sobre el tocar: las ventajas de la teoría); la astronomía posibilitará un principio general de orientación: en el espacio (por ejemplo, en la navegación) y en el tiempo (mediante el establecimiento de un calendario).

Con el tiempo la laicización de la ubicación del hombre en el espacio-tiempo físico aportaría las coordenadas para ubicar el acontecer en general: todo fenómeno sucede en algún punto específico del espacio-tiempo.

Para la medicina este antecedente proveerá algunos de sus conceptos *princeps*: durante el siglo XIX en Francia, Xavier Bichat será capaz de limitar espacial y temporalmente las causas de las enfermedades en el volumen del cuerpo humano y mostrará diversas lesiones orgánicas como

evidencias materiales de la existencia de la enfermedad.⁵⁷ Se trata del ya mencionado nacimiento de la anatomía patológica. Como consecuencia de lo anterior, la medicina científica decimonónica francesa arribó a una de sus más grandes máximas: *No hay enfermedad sin localización*; es decir, sin coordenadas espacio-temporales.

Otra de las más grandes consecuencias de la laicización del acontecer será la afirmación y confirmación de que en el espacio-tiempo sólo puede ser localizable la materia física.

En este sentido, un acontecimiento que aspire a ser reconocido por la racionalidad científica deberá ser material; es decir, suceder en la materia y, además, mostrar que sus causas también son materiales. En la gran cadena de acontecimientos laicos, que son la sustancia del cosmos y el motivo de la investigación científica, sólo se reconocerán eslabones materiales: unos como causas y otros como efectos, dependiendo del momento en que se haga la observación.⁵⁸

Para la medicina científica esta consecuencia de la concepción laica del acontecer trascenderá hasta nuestros días. Desde esta perspectiva difícilmente se concederá la calidad de causa de enfermedad, por ejemplo, a algunos pensamientos de los enfermos, de igual modo que a

⁵⁷ Cfr. FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la clínica. Op. Cit.* Sobre todo el capítulo VIII "Abrid algunos cadáveres".

⁵⁸ Con frecuencia la realidad histórica aparece, en algunos textos, extremadamente aplanada. Esto se debe a muchas causas: pueden influir los intereses del autor, su formación teórica, sus limitaciones, e inclusive su orientación ideológica. En la conformación del *logos* no sólo de dio la marcha, firme y sostenida, en la dirección de lo que hoy conocemos como conocimiento objetivo, demostrable a través de evidencias materiales, etcétera. Una de las grandes vertientes del nuevo pensamiento fue la "adivinación". Mientras que la reducción y formalización del acontecer a sus coordenadas temporo-espaciales representaba la versión apolínea del conocimiento, también influyó la vertiente dionisíaca que era el intento de descifrar el acontecimiento a través de la adivinación. Ésta intentaba el conocimiento de acontecimientos singulares como tales —era, por lo general, un mecanismo de ayuda a la decisión y se planteaba bajo la forma lógica de la alternativa. Los sofistas primero y luego los filósofos heredaron este marco sacro de argumentar que posteriormente ocupó un lugar importante en las especulaciones lógicas y retóricas. Cuando, por ejemplo, un consultante proponía un dilema al Oráculo de Delfos en relación con el porvenir, la respuesta que aquél daba adoptaba frecuentemente la forma de un enigma. El enigma se iba desvelando progresivamente en el curso mismo del cumplimiento del destino, funcionando así como una instancia de reflexión e interpretación del sentido de los acontecimientos, en el momento mismo en que se daban. En lo que a la vida ciudadana competía, los oráculos eran un factor más para tomarse en cuenta antes de tomar cualquier decisión considerada grave —factor que podía cambiar de sentido si cala en manos de un argumentador hábil que mostrara que la opción contraria era razonable, etcétera. El tema es desarrollado ampliamente por Morey.

sus sentimientos y temores. Menos aún si, como descubrió Freud a principios del siglo XX, se trata de pensamientos inconscientes.⁵⁹

El carácter eminentemente negativo del pensamiento, dentro de este enfoque, será compensado por la positividad del cerebro que es material y, por lo mismo, localizable en una perspectiva newtoniano-cartesiana. Desde este punto de vista se explica el hecho, por ejemplo, que a un enfermo agobiado en su vida cotidiana por los efectos de sus pensamientos (neurosis obsesiva) no se le apoye para producir otro tipo de ideas que le permitan salir del estado en que se encuentra.

El médico, por el contrario, dirigirá su atención al cerebro e intervendrá en él, la mayoría de las veces, farmacológicamente. De este modo respetará, aunque no se percate de ello, los principios enunciados más arriba: como causa del fenómeno sólo puede ser reconocido al propio cerebro, en tanto que goza de materialidad física; y sólo se puede atacar el estado patológico de la persona de modo material, es decir con sustancias químicas.⁶⁰

2.12. Verdad racional y subjetividad

Con el desmoronamiento del mito, y a la luz de los nuevos conceptos de la naciente racionalidad científica, el orden mítico empezó a mostrarse como un escenario desvencijado donde desplegaba su obra un solo actor: la subjetividad. Efectivamente, el orden mítico que había reinado durante siglos aparecía ahora, detrás del lente de la nueva forma ver el mundo, como un entrelazamiento de voluntades divinas, como la realización de caprichos personales, como el fruto de mentes fantasiosas; en fin, con la subjetividad como común denominador.

⁵⁹ FREUD, Sigmund. *La interpretación de los sueños* en Obras completas de Sigmund Freud. Ed. Amorrortu. Buenos Aires. Tomos IV y V. En realidad toda la obra freudiana trata, de diferentes modos, de lo inconsciente. Citamos *La interpretación* porque es considerada por muchos autores como la piedra angular de la teoría psicoanalítica.

⁶⁰ En la actualidad, la llamada depresión, conocida en los tiempos de Freud como melancolía, es una de los problemas más extendidos en la sociedad contemporánea; sobre todo en las grandes ciudades. Una buena parte de los enfermos con depresión, muy probablemente la mayoría, no presentan trastornos cerebrales. Esta situación, combinada con la concepción dominante de la enfermedad como fenómeno material, entorpece enormemente la calidad y cantidad de asistencia médica que pudiera brindarse a estos pacientes que, algunos de ellos, llegan al suicidio.

La filosofía del pensamiento racional debió despejar y despojar del terreno del conocimiento todo vestigio de subjetividad, ésta debía ser neutralizada. Este proceso, como los mencionados anteriormente, no sucedió de la noche a la mañana. En él contribuyeron los presocráticos, principalmente Parménides, así como Platón y Aristóteles, lo cual nos indica que duró varios siglos.

Si la caída del mito mostró abiertamente la subjetividad de los dioses, y de los hombres sus creadores o, si se quiere, la subjetividad en general; no deja de ser interesante que el mayor incentivo traído por ella hubiera sido no su estudio, sino el esfuerzo filosófico para combatirla y desterrarla de la racionalidad científica. El empeño, sin embargo, no culminó con un resultado definitivo pues el monumento del *logos* se irguió sobre la tumba de la subjetividad, y abrían de pasar decenas de siglos para que ella fuera motivo de reflexión e investigación.

Del mismo modo que estilete sacrificial utilizado por los antiguos sacerdotes fue borrado del árbol genealógico del escalpelo empleado por los filósofos científicos; y de la misma manera que Tales extirpó al dios *Okeanos* para afirmar que el *agua*, elemento neutralizado por él, es decir, naturalizado, era el origen de todas las cosas; Parménides neutralizó a Apolo partiendo primero de su carácter divino, identificándolo con el sol, para luego pasar a discutir la naturaleza del cuerpo celeste.

En realidad las neutralizaciones son innumerables como también lo son los pensadores que las realizaron y los problemas teóricos que resolvieron o inauguraron con ellas⁶¹. Lo que nos interesa resaltar es que detrás de cada afirmación hecha desde la nueva forma de pensar el mundo, la subjetividad quedaba como algo superado. Pero hora volvamos a Aristóteles a través de Vegetti.

Habíamos visto ya que con Aristóteles el cuerpo del animal disecado bajo la racionalidad del método aparece como un texto (todavía en la actualidad es frecuente escuchar, de algunos médicos hacia sus alumnos, que "el paciente es un libro abierto" donde ellos deben leer y aprender) en el que la agregación de las letras constituye distintos niveles —palabras, frases, narraciones— este es el sentido racional, *logos*, discurso con sustrato material, basado en las evidencias que el filo del escalpelo, y no la antigua especulación, saca a la luz.

Algo hay que añadir a lo anterior, ahora en el terreno de la filosofía de la nueva ciencia: la manipulación racional en el cuerpo del animal también muestra, a un tiempo, su naturaleza verdadera, *ousia*. El *logos*, entonces, en tanto capaz de mostrar la naturaleza verdadera, es un texto verdadero y real.

Lo anterior es la premisa de la teoría griega de la verdad, incluida allí la posición de Aristóteles, como *aletheia*, es decir lo no latente, lo descubierto por el trabajo del científico. Es papel de la teoría —recordemos que con Aristóteles ésta se identifica con la disección— el descubrir lo latente que se oculta tras la envoltura de los animales. La verdad, *aletheia*, es la negación de lo latente, *lanthanei*, y la tarea de los filósofos es hacer *alethes*; es decir, no latencias.

La verdad, desde este punto de vista, es descubrimiento; del mismo modo que la falsedad —no necesariamente la mentira— es ocultamiento. De lo anterior podría deducirse que el trabajo del científico, en tanto que descubridor de lo oculto es, a un tiempo, productor de verdad, pero no debemos apresurarnos. Veamos qué nos dice Vegetti:

"La verdad como no latencia no representa en Aristóteles tanto el resultado de programas activos de investigación —como el anatómico— dedicados al descubrimiento de la realidad oculta, cuanto en mayor medida una propiedad natural de la propia realidad, una capacidad de manifestación originaria del ser. La verdad es una luz que proviene de las cosas: «la inteligencia de nuestra alma está frente a las cosas que son por naturaleza más evidentes como los ojos de la lechuga ante el resplandor del día» (*Met.* II, 1) La tarea de la teoría consiste entonces no en sacar las cosas a la luz, sino en eliminar los obstáculos «subjetivos» que nos impiden ver aquella luz que de cualquier forma centellea: prejuicios, falsas teorías, excesos de especulación a la manera platónica, distracciones que desvían la mirada de la realidad tal como se manifiesta."⁶²

La verdad, en tanto consistencia y sustancia de la razón científica, es una propiedad de las cosas, nada tiene que ver en ella el investigador en calidad de ser intencionado. De hecho cuando

⁶¹ Para una visión panorámica, además de filosófica e históricamente elaborada, consultar la citada obra de Mario Vegetti.

⁶² VEGETTI, *Op. Cit.* p. 75.

la verdad no es descubierta, esto se debe a los obstáculos que pone el propio filósofo. Los obstáculos, como puede entenderse en el pasaje de Vegetti son, en realidad, diferentes manifestaciones de la subjetividad.

La subjetividad, entonces, aparece como el obstáculo por excelencia en el camino de la manifestabilidad de la verdad. Es evidente, entonces, que el investigador debe despojarse de ella para permitir que la verdad de las cosas salga a la luz.

En el conocimiento científico, por consiguiente, no sólo la subjetividad no está, sino que es mirada como el obstáculo para la verdad. Todavía en nuestros días, en el mundo médico la palabra "subjetividad" es utilizada para designar la oposición a lo verdadero, es decir lo falso, insistimos, no necesariamente la mentira.

Los sentimientos expresados por los pacientes, en primer lugar; y junto con ellos las sensaciones que verbalizan y la externalización de sus especulaciones, etcétera, son frecuentemente designados como subjetivos por los médicos y por lo mismo necesariamente descartables para su trabajo. Hay ocasiones en que determinadas manifestaciones de la subjetividad inclusive los mueven a risa.

Lo anterior no es, necesaria ni definitivamente, una "mala conducta" de los médicos hacia sus pacientes, puesto que esa actitud en relación con las manifestaciones de subjetividad se conserva cuando es otro médico quien se manifiesta subjetivamente o es el propio médico quien descarta sus sentimientos y sensaciones al momento que enferma. El descarte de la subjetividad es, entonces, una operación necesaria, tal vez la operación por excelencia del pensamiento racional. Pero continuemos con la línea de pensamiento que veníamos trabajando.

La teoría aristotélica de la verdad es, entonces, algo más complejo que la simple no latencia. El filósofo separa en dos el conjunto de discursos presentes en su tiempo, por medio de una operación interesante: todos los discursos están dotados de significado; todos, de diferentes maneras, significan algo, pero no todos son verdaderos. La regla del pensamiento de Aristóteles traza entonces una línea divisoria entre significado y verdad. Del lado del significado quedan todos

los discursos pero del lado de la verdad sólo quedan aquellos articulados en el trabajo científico. Los que tienen la garantía teórica de la anatomía como sustento; los discursos que muestran en su entramado la verdad de las cosas.

Aunque el terreno del significado es más amplio, pues en él caben todo tipo de discursos, sólo el *logos* o discurso racional, tiene para Aristóteles carácter normativo y por tal motivo puede someter a los demás: explorarlos, descomponerlos en sus partes, ahondar en ellos e inclusive, por supuesto, descartarlos por causa de su falsedad como ya lo mencionamos. La comarca de todos los discursos es para Aristóteles la semántica, pero sólo uno es verdadero por ser racional.

Todavía en la actualidad es bastante común entre los médicos enviar a la jurisdicción de la semántica los conceptos que ellos consideran vagos, ambiguos o imprecisos. Por lo general esto acontece con todos los discursos que no son racionales, es decir, que carecen de sustento material o que, son "subjetivos", como ellos los llaman.

El discurso verdadero es el que muestra lo que las cosas son, el ser (*eon*) de ellas, y no lo que se cree que son, o lo que se desee que sean, eso es subjetividad y debe descartarse. Por lo anterior, dentro del pensamiento aristotélico quien afirma, voluntaria o involuntariamente, que el no ser (*me on*) es, o quien dice que el ser no es, dice falsedad; y afirmar que el ser es y que el no ser no es, es decir verdad.

El ser es, entonces, verdadero en sí mismo; es decir independientemente de la voluntad de quien diga su verdad o la falsee voluntaria o involuntariamente. Por lo anterior, todas las cosas en la medida en que tienen ser, tienen verdad.

Lo anterior genera la forma arquetípica del discurso verdadero aristotélico: *lo que es es*. Puede apreciarse en lo anterior la forma neutra de la verdad, escrita con las condiciones de posibilidad traídas por el nuevo alfabeto y su artículo indiferenciador (lo), y exentas, por otro lado, de los vestigios de la antigua divinidad, de sus caprichos personales e inclusive, según el caso, de su masculinidad o femineidad.

Por otro lado, en la medida en que sólo el trabajo del científico, despojado como está de toda subjetividad, es capaz de permitir que la verdad de las cosas salga a la luz, Aristóteles definirá la sabiduría "como ciencia de las causas primeras y de lo que se puede conocer científicamente en mayor medida [por tanto], será sabiduría la ciencia de la sustancia (*ousia*)."⁶³

Observamos en la conclusión de Aristóteles el complemento de la consecuencia previamente extraída del acontecer laico ya mencionado, es decir, que sólo se reconoce a la sustancia o materia como el espacio donde suceden los fenómenos, pues únicamente ella (la sustancia) es susceptible de ubicación espacio-temporal.

El "sustancialismo", por otro lado, también fue citado ya en dos sentidos presentes en Pierre Bourdieu: uno como la base conceptual del racismo; y otro como concepción científica errónea, puesto que para el autor, basándose en Bachelard, la ciencia no es sustancialista sino "relacional".

No debemos dejar pasar la oportunidad sin remarcar que desde el pensamiento científico original la verdad sólo puede venir de las cosas, por eso es que la subjetividad, por definición, no puede ser fuente de la verdad o conocimiento racional de ellas. Más todavía, los significantes de la verdad desde esta lógica son "cosas": el tamaño y forma de un determinado órgano, su color, su textura, etcétera, son los elementos validados para significar la salud o la enfermedad, con independencia de la subjetividad del paciente.

Ahora bien, numerosas personas podrán argumentar que mucha agua ha corrido por debajo del puente entre la ciencia concebida por Aristóteles y la ciencia actual, y que las concepciones contemporáneas en relación con lo científico tal vez contengan ya muy poco, o nada de las raíces.

Es innegable que el argumento suena bastante sólido. De hecho las refutaciones a muchos pasajes del pensamiento aristotélico tienen inclusive fama histórica. La propia racionalidad ha sido criticada y replanteada muchas veces, Gastón Bachelard por ejemplo, ve el sustancialismo no como el planteamiento central de la racionalidad científica, sino como un obstáculo epistemológico.⁶⁴

⁶³ Citado por VEGETTI, *Op. Cit.* p. 78.

⁶⁴ BACHELARD, Gastón. *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. México. Siglo XXI. 19ª edición. p. 15.

La hipervaloración de la sustancia ha engendrado su contraparte en la valoración de las relaciones. Se ha discutido mucho en el campo de la aparente disyuntiva: sustancia o relaciones, sustancialismo o relacionismo, etcétera.⁶⁵

Por otro lado, desde principios del siglo xx, los biólogos organicistas opusieron una férrea resistencia al mecanicismo cartesiano. Dejaron a un lado la sustancia y la reducción de ella a sus elementos, para centrarse en la *forma*. Ross Harrison exploró en profundidad la noción de organización de lo vivo, oponiéndose con ello a la idea de *función*. El tránsito de la noción de función a la de organización es, por otra parte, una forma de tránsito del pensamiento mecanicista al pensamiento sistémico.

Harrison identificó a la *configuración* y a la *relación* como dos aspectos de la *organización*, unificados subsiguientemente en el concepto de patrón o pauta como la configuración de relaciones ordenadas. Es curioso cómo da vueltas la historia, pues durante la época de la configuración de la racionalidad científica Platón abogaba por la forma⁶⁶ en lugar de centrar la atención en la sustancia, pero en ese momento triunfó el sustancialismo defendido por Aristóteles.

El bioquímico Lawrence Henderson utilizó el concepto "sistema" para denominar organismos vivos y sistemas sociales. A partir de entonces, sistema define un todo integrado cuyas propiedades esenciales surgen de las relaciones entre sus partes. La oposición con el pensamiento aristotélico y también con el pensamiento cartesiano es bastante fuerte: mientras en el primero la comprensión de un organismo proviene de las propiedades físico-químicas de las partes o elementos, en el segundo se trata de una aproximación cognoscitiva a través de la noción de sistema. Sistema, hay que recordarlo, no es un equivalente materialidad. En este contexto Capra afirma que:

"Las ideas propuestas por los biólogos organicistas durante la primera mitad del siglo [xx] contribuyeron al nacimiento de una nueva manera de pensar —«pensamiento sistémico»— en términos de conectividad, relaciones y contexto. Según la visión sistemática, las propiedades

⁶⁵ Véase al respecto el capítulo "La visión integral de la vida" en *El punto crucial* de Fritjof Capra. *Op. Cit.* pp. 307-357.

⁶⁶ En relación con el tema de la forma en Platón, se puede consultar la primera parte "El influjo de Platón" en *La sociedad abierta y sus enemigos* de POPPER, Karl. Paidós. Barcelona. 5ª reimpresión. 1992.

esenciales de un organismo o sistema viviente, son propiedades del todo que ninguna de las partes posee. Emergen de las interacciones y relaciones entre las partes. ⁶⁷

En realidad, la serie de científicos por un lado, y de epistemólogos por otro, que refutan los planteamientos originales de la racionalidad científica son innumerables, no se trata de citarlos a todos, solamente añadiremos algunos conceptos del terreno de la física cuántica. Veamos qué más nos dice Capra al respecto:

"La constatación de que los sistemas son totalidades integradas que no pueden ser comprendidas desde el análisis fue aún más chocante en física que en biología. Desde Newton, los físicos habían pensado que todos los fenómenos físicos podían ser reducidos a las propiedades de sólidas y concretas partículas materiales". En los años veinte, no obstante, la teoría cuántica les forzó a aceptar el hecho de que los objetos materiales sólidos de la física clásica se disuelven al nivel subatómico en pautas de probabilidades en forma de ondas. Estas pautas o patrones, además, no representan probabilidades de cosas, sino más bien de interconexiones. Las partículas subatómicas carecen de significado como entidades aisladas y sólo pueden ser entendidas como interconexiones o correlaciones entre varios procesos de observación y medición. En otras palabras, las partículas subatómicas no son "cosas" sino interconexiones entre cosas y estas, a su vez, son interconexiones entre otras cosas y así sucesivamente. En teoría cuántica nunca terminamos con «cosas», sino que constantemente tratamos con interconexiones".⁶⁸

La comprensión del mundo subatómico vino a ser la puntilla que parece matar el método del análisis, vigoroso planteamiento aristotélico, y a su idea de que la verdad emana de las cosas. Desde esta perspectiva es demoledor, para la epistemología de la racionalidad originaria, el hecho de que las partículas aisladamente *no significan algo en sí mismas*: la verdad de la sustancia, entonces, no puede provenir de manera directa de cada una de ellas. Con lo anterior, el método de la reducción también queda fuertemente cuestionado.

⁶⁷ CAPRA, Fritjof. *La trama de la vida*. Op. Cit. p. 48.

⁶⁸ En este punto volvemos a diferir con Capra. Las páginas anteriores nos dan una idea clara de que las nociones de reducción y de elemento y su combinación; es decir, el planteamiento de la reducción a los elementos esenciales, es una construcción teórica que ya estaba bastante sólida desde los presocráticos.

⁶⁸ CAPRA, F. Op. Cit. p. 50.

Habrá que reconocer, sin embargo, que el genio de Aristóteles abrió, inclusive, el camino por donde los científicos del futuro refutarían sus planteamientos; esas bases conceptuales que sirvieron de punto de partida y motor inicial del desarrollo de la ciencia.

Lo anterior nos obliga a preguntarnos ¿por qué si el sustancialismo original y el mecanicismo newtoniano-cartesiano han sido superados en muchos terrenos de la investigación científica, y por qué si la epistemología que les es propia ha sido duramente cuestionada por epistemólogos como Bachelard, siguen, de diversas maneras, vigentes en el terreno de la medicina?

Para responder esa pregunta vale la pena una investigación. No obstante esa es una tarea que debe desarrollarse en otro espacio-tiempo y, tal vez, también por otra persona que se interese en el asunto.

Especulando un poco, tal vez podríamos atribuir la fortaleza del mecanicismo cartesiano en el mundo médico a que los estrechos vínculos que los unen han generado una dependencia recíproca; es decir, en función de la fragmentación se estudia y se interviene al ser humano. Esta manera de proceder extiende su lógica hacia todos los ámbitos de la medicina; aisladamente se reconoce un problema en una parte del organismo o en uno de sus niveles de organización; lo anterior se encuentra en concordancia con las especialidades médicas que trabajan aisladamente un órgano, un tejido, o un aspecto problemático de ellos; en correspondencia con una farmacología que dirige su acción química a elementos específicos de la fisiología subcelular, celular, tisular, etcétera.

Lo anterior, por otro lado, se encuentra vinculado con un gran número de instituciones que reproducen la misma lógica fraccionadora: unas dedicadas a la investigación y desarrollo de nuevos conocimientos que, naturalmente, no sólo aspiran a recuperar sus cuantiosas inversiones, sino que esperan obtener buenas ganancias; otras orientadas a la producción de fármacos; otras más enfiladas hacia el desarrollo de tecnología específica, entre otros aspectos.

Detrás de la fortaleza del modelo cartesiano se encuentra, entonces, no sólo una red de instituciones, sino también un tejido de intereses bastante poderoso, pues cuenta con cobertura mundial y, por lo mismo, con influencia internacional e institucional para conservarse y reproducirse.

Insistimos, sin embargo, que lo anterior merece una investigación a fondo. Continuemos ahora con un último vínculo entre subjetividad y racionalidad científica.

A diferencia del conocimiento "torcido" de los *technitai* que sabían del animal sólo aquello que les permitía, por ejemplo, matarlos, Aristóteles defenderá un conocimiento desinteresado, es decir, carente de cualquier finalidad —más todavía si ésta es práctica— que pudiera sesgar el conocimiento en alguna dirección. El investigador, entonces, debía acercarse a las cosas sin ningún fin, su trabajo era un auténtico "automatismo" a través del cual fluía el ser de ellas hecho verdad racional.

El conocimiento, por otra parte, desde esta perspectiva era entendido como algo perfectamente inútil, pues la utilidad es precisamente servir para un fin específico.

Las exigencias de este planteamiento de trabajo eran cubiertas a la perfección por la matemática, tal vez a pesar del propio Aristóteles, quien no las apreciaba tanto como Platón: en ella no se demuestra nada en razón de un fin, ni se efectúa ninguna demostración con base en que algo sea mejor o peor; es decir no hay condiciones propicias para que surja el sentido:

"Para el teórico, aceptar la oposición entre ciencia y finalidad (...) Significa también excluir del campo del saber la conflictiva esfera del *sentido* y de la *subjetividad* que le es implícita: el sentido y la subjetividad del que estudia y, por lo menos en lo que atañe al conocimiento zoológico y antropológico, de lo que es estudiado"⁶⁹

Digámoslo, entonces, con todas sus letras: si la subjetividad "del estudiado" no puede ser tomada en cuenta por el estudioso, entonces se le estudia en calidad de cosa: la enfermedad que lo aqueja es una cosa y para conocerla racionalmente deberá el médico despejar tanto su propia subjetividad con la de su paciente.

⁶⁹ VEGETTI, *Op. Cit.* p. 78. Las cursivas son nuestras.

Insistimos: los significantes que significarán algo racional y razonable para el médico serán, dentro de este esquema de pensamiento, sólo cosas: órganos, tejidos, moléculas, electrones, etcétera, y no ideas o apreciaciones subjetivas.

2.13. La racionalidad científica en la era moderna.

Veamos un detalle más en relación con la matemática: su afirmación, muchos siglos más tarde, en el pensamiento científico por parte de Galileo Galilei, por influencia de Platón.

Para *Alexandre Koyré* en su trabajo denominado *Estudios de historia del pensamiento científico*⁷⁰ es, fundamentalmente, el trabajo de Galileo Galilei el constructor de las condiciones de posibilidad para la inauguración de la era de la ciencia moderna, es decir, matematizada.

Para *Koyré*, el trabajo de Galileo Galilei representa una profunda revolución en la historia del pensamiento humano. Tal vez la más importante en la historia. Uno de los rasgos más significativos de esta revolución teórica fue el desplazamiento de la **contemplación**, típica de la posición aristotélica, y su reemplazo por la **acción** —propia de los intereses prácticos— en la producción de conocimientos. Esto tal vez hubiera provocado un disgusto mortal al padre de la racionalidad científica; sin embargo una nueva era se estaba gestando donde los antiguos hombres prácticos, los *technitai*, habían acumulado gran poder a lo largo de los siglos y contaban no sólo con las posibilidades para inmiscuir sus fines prácticos en la producción científica, sino también para someterla a sus intereses, pues la balanza histórica se encontraba inclinada a su favor.

Es bastante probable que las ideas de Galileo hayan alcanzado una fuerza inimaginable para sus antecesores griegos debido no sólo a la apertura intelectual del Renacimiento sino también al caldo de cultivo aportado por el expansionismo europeo del siglo XVI. Durante esa época el "control de la naturaleza" era el fin práctico que reinaba en la mente de los hombres de ciencia y; por otro lado, la "apropiación económica y comercial del mundo por parte de los europeos" era el móvil principal de los ambientes intelectuales y científicos de la época.

⁷⁰KOYRÉ, Alexandre. *Estudios de historia del pensamiento científico*. Siglo XXI Editores. México. 1991. 11ª Edición. pp. 150-179.

Koyré menciona, entre otras maneras de entender la nueva ciencia galileana, que aquella revolución científica fue el resultado de "la aplicación a la naturaleza de las categorías del *homo faber*"⁷¹. En otras palabras, el conocimiento producido desde la nueva ciencia llevaba la marca de los intereses inmediatos del hombre práctico. Dicho en otros términos, el científico moderno emergía pragmático de las cenizas del filósofo-científico —en muchos aspectos todavía al estilo aristotélico— especulativo de la edad media.

¿Porqué los hombres del medioevo eran predominantemente especulativos? Muy probablemente porque en los esquemas mentales de la época el pensamiento era más valorado que la acción por el hecho de que el primero podía ligarse a cosas puras (como la matemática); e inclusive una de las formas del pensamiento, la razón, era identificada con la misma presencia de Dios en los hombres. La acción, por su parte, estaba ligada a las cosas de la tierra más fácilmente que a las del cielo.

Las cosas de la tierra, los intereses que ella engendra, y el sentido de las acciones allí entretajadas; tuvieron que crecer, desarrollarse, y alcanzar cierto poder para plasmarse en el conocimiento, sometido durante siglos a la reflexión de entidades espirituales e ideales.

Tal vez la era moderna se consolidó en el momento en que el conocimiento empezó a expresar ya no sólo las ideas de los grandes hombres y su nobleza, sino también los fines de los hombres prácticos; interesados en manipular y controlar las cosas de este mundo y resueltamente decididos a desplazar a un segundo plano las cosas del cielo y su grandeza abstracta.

La división tajante entre las cosas del cielo y las de la tierra, predominante en la Edad Media; o, desde otro punto de vista, de la separación entre las cosas de la carne y las del espíritu; es muy congruente con la idea de lo espiritual como bueno y lo terrenal como malo. Esta división no es algo trivial, era la base del orden social; estas eran posiblemente las condiciones de posibilidad que colocaron al pensamiento especulativo en la cumbre y a las cosas materiales y el interés en ellas como algo inferior.

⁷¹ *Op. Cit.* p. 150.

2.13.1. La pérdida del sentido.

La ciencia Galileana borra de golpe la línea divisoria entre el cielo y la tierra y con ello, entre lo bueno y lo malo, entre la carne y el espíritu. ¿Cómo lo hace? La esencia de la revolución galileana es que, según *Koyré*, sus postulados destruyeron la concepción de cosmos elaborada desde la antigüedad griega y procedieron a la geometrización del espacio. En la nueva ciencia la tierra y el cielo son iguales; obedecen a las mismas leyes, no hay unas normas para la tierra y otras para el cielo. Galileo no enmendó, como otros científicos, las teorías anteriores: destruyó el mundo teórico anterior cuando construyó la ciencia nueva y el nuevo mundo en calidad de materia prima para los intereses de los hombres.

¿En qué consistía la idea griega del cosmos?

"Era un mundo de estructura finita, jerárquicamente ordenado, un mundo cualitativamente diferenciado desde el punto de vista ontológico. Esta idea es sustituida por la de un universo abierto, indefinido e incluso infinito, que las mismas leyes universales unifican y gobiernan, un universo en el que todas las cosas pertenecen al mismo nivel del ser, al contrario que la concepción tradicional que distinguía los dos mundos del cielo y la tierra. Las leyes del cielo y las de la tierra estarán fundidas en lo sucesivo. La astronomía y la física se hacen interdependientes e incluso unificadas y unidas. Esto implica que desaparecen de la perspectiva científica todas las consideraciones fundadas en el valor, la perfección, la armonía, la significación y el **designio**".⁷²

Como vimos con *Vegetti*, en realidad muchas de los postulados del pensamiento galileano ya estaba construidos en la antigüedad griega, la gran diferencia tal vez era que el antiguo hombre práctico griego, el *technitai*, carecía de la imaginación y el poder necesarios para hacer que la producción de conocimientos se realizara en función de sus intereses, recordemos que estaba excluido hasta del derecho de llevar sus ideas a la página escrita. La producción científica griega antigua, desligada como estaba de la producción de efectos prácticos, puede ser la explicación de que la revolución científica se haya realizado hasta después de muchos siglos, cuando los hombres

⁷² KOYRÉ, *Op. Cit.* p. 154

prácticos habían alcanzado un lugar de poder dentro de la estructura social de la Europa occidental. En todo caso vale la pena preguntarse ¿por qué el *logos* en las mentes y en las manos de los antiguos griegos no produjo una revolución científica y, en cambio, sí la provocó cuando se combinó con los intereses de los hombres prácticos?

Koyré descubre otra realidad en el Renacimiento, la nueva ciencia fue producida en el marco de las categorías del *homo faber*. ¿Hasta qué punto podría decirse que la nueva ciencia también aportaba las condiciones para someter la naturaleza al interés inmediato del hombre práctico?

¿En qué medida la neutralización del universo y la eliminación de ideas valorativas en relación con él abrieron las puertas para la toma de la naturaleza por el hombre práctico? Es muy posible que la inclusión del cielo y la tierra en las mismas leyes conceptuada por Galileo y la consecuente desaparición de nociones opuestas como lo sagrado y lo terrenal abrieron de par en par el portón para la explotación de la naturaleza, sin más medida que la capacidad productiva de los nuevos dueños del mundo.

Ahora bien ¿Cómo despliega el hombre práctico su interés sobre las cosas de la tierra? Evidentemente, con la tecnología. El antiguo *technitai* tiene ahora el *logos* a su alcance, el conocimiento científico para realizar sus fines prácticos, *technai + logos* = tecnología. La tecnología es la cristalización de la ciencia en dirección de un fin práctico: ver más lejos, separar dos sustancias, calcular a gran velocidad, entre millones de intenciones prácticas operativizadas por la ciencia hecha tecnología.

¿Qué consecuencias trajo la revolución galileana en el campo de nuestro interés? Varios de los elementos constitutivos de la noción de cosmos griego son también componentes de la noción de *estructura*, tal y como es planteada por la lingüística saussuriana⁷³. En primer lugar destacaríamos la significación como resultado de la oposición entre significante y significado, y la idea de valor, expulsada de la ciencia por las ideas del italiano, fundamental para la expresión lingüística ordinaria y, por supuesto, también para la temida subjetividad.

⁷³ DE SAUSSURE, Ferdinand. *Curso de lingüística general*. Alianza Editorial. México. 1989.

Los elementos de la estructura adquieren su valor y a través de ello producen un sentido, en relación directa con la posición que ocupan. En otras palabras, la noción de valor posicional es fundamental dentro de un punto de vista estructural. Dentro de la nueva perspectiva de la ciencia todos los lugares son iguales y, por lo mismo, la idea de valor no puede asociarse a ninguno de ellos.

Podemos imaginarnos las consecuencias de los postulados de Galileo en el terreno de la religión católica: desde su lógica, entonces, no hay cielo ni tierra ni, tampoco existen el bien y el mal, etcétera. Es muy posible que por estas consecuencias de sus ideas y no por las ideas tomadas en sí mismas, el Vaticano haya tardado cinco siglos en aceptar que su actitud y proceder con el viejo científico fue equivocada.

Por otro lado, el valor como producto fundamental de las relaciones estructurales posibilita la producción de sentido que también, según *Koyré*, fue expulsado de la ciencia con la revolución galileana.

El duro golpe propinado a la oposición cielo/ tierra repercutió hasta la oposición entre cuerpo y alma, este par conceptual, núcleo de la doctrina cristiana, origen de prescripciones y de restricciones, en fin, referente estructural de la moral cristiana y; por otro lado, también fuente de esperanza. Es decir, el cielo como premio al sufrimiento terrenal. Nótese que, dentro de esta lógica, hasta el dolor de existir y el sufrimiento tiene sentido; este sentido también resultó afectado por la revolución científica galileana. Dentro del campo científico, la aflicción humana ya no tiene sentido. No hay un más allá del padecer.

El predominio de esta visión científica de la realidad donde predomina la sustancia y sus leyes en todos los rincones del universo, incluyendo en ello al ser humano, no sólo provocó que en el terreno de la medicina el cuerpo humano sea visto como la suma de carne, hueso, fluidos y secreciones; también cerró la puerta a la espiritualidad de los pacientes y de los médicos.

2.13.2. El predominio del mundo material, útil y práctico.

Esta manera de ver el mundo y, sobre todo, de relacionarse con él; es decir, omitiendo u obstruyendo la subjetividad, se ha expandido a lo largo de los siglos hacia todas las esferas de la vida humana: dentro de la cotidianeidad un vaso se ve como un vidrio útil y nada más. La materialidad del vaso, vinculada a una cierta utilidad, representa un mundo donde las relaciones de los seres humanos entre sí y de éstos con las cosas que los rodean, son simples medios para alcanzar fines utilitarios. Desde este punto de vista, las cosas y también las personas se vuelven desechables una vez que han aportado su materialidad en calidad de medio para la realización de algún fin.

Así como el discurso racional debe su racionalidad al hecho de que cuenta con sustento material, en la vida social las relaciones económicas, es decir, las relaciones de intercambio también se encuentran remitidas a, y sostenidas en, la materialidad de las mercancías que son objeto del canje. Veamos como plantea Marx en asunto:

“Todo objeto útil, el hierro, el papel, etc., puede considerarse desde dos puntos de vista: atendiendo a su *calidad* o a su *cantidad*. Cada objeto de éstos representa un conjunto de las más diversas propiedades y puede emplearse, por tanto, en los más diversos aspectos. El descubrimiento de estos diversos aspectos y, por tanto, de las diferentes modalidades de uso de las cosas, constituye un hecho histórico. Otro tanto acontece con la invención de las *medidas* sociales para expresar la *cantidad* de los objetos útiles. Unas veces, la diversidad que se advierte en las medidas de las mercancías responde a la diversa naturaleza de los objetos que se trata de medir; otras veces, es fruto de la convención.

La utilidad de un objeto lo convierte en valor de uso. Pero esta utilidad de los objetos no flota en el aire. Es algo que está condicionado por las propiedades materiales de la mercancía y que no puede existir sin ellas. Lo que constituye un *valor de uso* o un bien es, por tanto, *la materialidad de la mercancía misma*, el hierro, el trigo, el diamante, etc.⁷⁴

⁷⁴ MARX, Karl. *Op. Cit.* pp. 3-4. Las negritas son nuestras.

La materialidad útil es a las mercancías lo que la evidencia material es al discurso racional; es decir, su sustrato. Una vez establecido que la cualidad reside en la materialidad, lo demás gira en torno a la determinación de la magnitud o cantidad; estas son las relaciones sociales de intercambio mercantil. La ética que corresponde a una sociedad que basa sus relaciones en la materialidad útil es, necesariamente, el *cálculo*. Veamos cómo interpretó Marx el asunto en su tiempo:

“Donde quiera que ha conquistado el poder, la burguesía ha destruido las relaciones feudales, patriarcales, idílicas. Las abigarradas ligaduras feudales que ataban al hombre a sus ‘superiores naturales’ las ha desgarrado sin piedad para no dejar subsistir otro vínculo entre los hombres que el frío interés, el cruel ‘pago al contado’. Ha ahogado el sagrado éxtasis del fervor religioso, el entusiasmo caballeresco y el sentimentalismo del pequeño burgués en las aguas heladas del cálculo egoísta. Ha hecho de la dignidad personal un simple valor de cambio. Ha sustituido las numerosas libertades escrituradas y adquiridas por la *única* y desalmada libertad de comercio. En una palabra, en lugar de la explotación velada por ilusiones religiosas y políticas, ha establecido una explotación abierta, descarada, directa y brutal.

La burguesía ha despojado de su aureola a todas las profesiones que hasta entonces se tenían por venerables y dignas de piadoso respeto. Al *médico*, al jurisconsulto, al sacerdote, al poeta, al hombre de ciencia, los ha convertido en servidores asalariados. La burguesía ha desgarrado el velo de emocionante sentimentalismo que encubría las relaciones familiares, y las ha reducido a simples relaciones de dinero.”⁷⁵

Volvemos a encontrar la lógica que venimos siguiendo desde los presocráticos: la reducción y sustitución de la complejidad a la relativa simplicidad del modelo y de allí el salto a la magnitud. Marx piensa en su tiempo que es la burguesía quien ha reducido la dignidad humana, el sentimentalismo, el entusiasmo caballeresco, el fervor religioso, todas las relaciones humanas que él llama idílicas, al frío cálculo económico. A la luz de los hechos históricos referidos páginas atrás, nosotros pensamos que cuando la burguesía se alzó como clase en el poder, las condiciones para que ejerciera su dominio con base en la materia ya estaban construidas. Dentro de estas condiciones destaca por su importancia, el sometimiento de los hombres y de las relaciones

⁷⁵ MARX, Karl. “Manifiesto del Partido Comunista” en *Obras escogidas* de C. Marx y F. Engels en tres tomos. Editorial Progreso. Moscú. 1980. Tomo 1. pp. 113-114.

humanas a la verdad de la sustancia. Pero ¿cuál es la verdad de la materia? El cálculo. Esto viene de los griegos.

La ética de nuestro tiempo es, entonces, el cálculo con algún soporte material. Toda nuestra vida se rige por un continuo ejercicio calculador. La medicina, por supuesto no es la excepción: se calcula el tiempo de evolución de una enfermedad, las dosis en milésimas de gramo que deberán ser administradas a un paciente, los días de estancia que permanecerá en un hospital, los mililitros de diversas sustancias que recibirá por diversas vías, entre mil aspectos sujetos al frío cálculo.

Por supuesto, como ya apuntamos antes, la exploración médica también está vinculada estrechamente con una serie de mediciones y cálculos, que crece día con día: el número de glóbulos rojos por mililitro de sangre, el número de leucocitos por campo, el número de latidos cardiacos por minuto, la cantidad de hemoglobina o insulina por unidad de sangre, entre una diversidad apabullante de mediciones hechas a diversas sustancias constitutivas del cuerpo humano. Materia y medida son las coordenadas fundamentales de la lógica de nuestro tiempo.

El cálculo se ha inmiscuido hasta en las relaciones familiares y personales. La "amistad" se ofrece hoy en día después de calcular a quien conviene más tener por "amigo", entre mil situaciones donde el frío interés, como Marx lo llama, se ha convertido en el medio de cambio en las relaciones humanas.

Si hubo en la prehistoria una edad de piedra y luego otra de los metales, etcétera, hoy tenemos razones suficientes para decir que la era moderna es *la edad del cálculo*, la era de la razón, la época del predominio de la visión científica sobre otras visiones del mundo y la vida.

¿Por qué nos sorprendemos, entonces, cuando el médico mira en el bolsillo del paciente para decidir si lo atiende o no? ¿Por qué nos escandalizamos cuando cobra sus honorarios, calculándolos fríamente en función de sus propias deudas económicas? ¿Por qué nos asombramos de que un cálculo económico sea la base para que el médico decida si, por ejemplo, una paciente pare por vía natural o por cesárea? ¿No es acaso el cálculo la ética generalizada en la sociedad actual? ¿Por qué señalar con el dedo al médico como si fuera el único que basa en él sus relaciones personales y profesionales?

El cálculo con bases materiales ha despojado a los hombres y sus relaciones sociales de un conjunto de cosas que hoy podrían parecer anticuadas, cursis, ridículas, en fin, subjetivas. Veamos ahora, con Martín Heidegger, que este modo de ser y, sobre todo, de concebir, ha llegado más lejos de lo que uno pudiera imaginarse.

"...¿qué es una cosa? Hasta ahora el hombre ha pensado tan poco, tanto la cosa como cosa, como lo cercano. Una cosa es un jarro. ¿Qué es un jarro? Contestamos: un recipiente, algo que dentro de sí contiene. El contener del jarro lo hacen la base y los lados. Y este contenedor mismo puede, a su vez, ser cogido por las asas. El jarro como recipiente es algo que está por sí solo (*in sich steth*). El estar-por-sí-solo (*Insichstehens*) caracteriza al jarro como algo independiente (*Selbständig*). El jarro se diferencia de un objeto porque es por sí solo algo independiente. Algo existente por-sí-solo sería un objeto si al ponerlo ante nosotros lo percibimos sin mediaciones, o a través de una representación. Sin embargo, la "coseidad" (*Dinghafte*) de la cosa no descansa en que es un objeto representado, ni tampoco puede determinarse de ninguna manera desde lo objetivo del objeto.

Ya sea representado o no, el jarro permanece como un recipiente. Y como recipiente el jarro está-por-sí-solo. Pero, ¿qué quiere decir que el contenedor está-por-sí-solo? ¿Es este estar-por-sí-solo del recipiente lo único que determina a un jarro como cosa? El jarro es un recipiente sólo en la medida en que es traído a este estar. Esto ocurre durante y por medio del hacerlo advenir a este estar, es decir, a través de su producción (*Herstellen*). El alfarero confecciona el jarro de la tierra que él ha escogido y preparado especialmente para ello. El jarro sale de esta tierra. Y por ello el jarro puede estar en la tierra sin mediaciones, o mediante la mesa y un banco. Lo que está mediante la producción es el estar-por-sí-solo. Si aprehendemos el jarro como un recipiente producido lo hacemos, aparentemente, como una cosa y de ningún modo como un mero objeto.

O, ¿aún lo aprehendemos como un objeto? En efecto. Ya no lo consideramos, en verdad, únicamente como un objeto de una simple representación, aunque sí como un objeto que el proceso de elaboración puso ante y frente a nosotros. Su estar-por-sí-solo caracteriza aparentemente al jarro como cosa. Aunque en verdad pensamos este estar-por-sí-solo desde la producción. La producción busca el estar-por-sí-solo. Y aun siendo así, el estar-por-sí-solo todavía podría pensarse desde la objetividad, incluso cuando la producción que lo pone ante nosotros ya no se funda en la

simple representación. La objetividad del objeto y el estar-por-sí-solo de ninguna manera nos llevan a la coseidad de la cosa.

¿Qué es lo "cósico" (*Dingliche*) de la cosa? ¿Qué es en sí la cosa? No alcanzaremos a la cosa en sí mientras nuestro pensamiento no logre primero alcanzar a la cosa como cosa.

Un jarro es una cosa como recipiente contenedor. Y en verdad este contenedor debe producirse. Aunque la producción del alfarero no alcanza a lo que es propiamente el jarro como jarro. El jarro no es un recipiente porque fue producido, sino que el jarro debe producirse por es un recipiente.

La producción, ciertamente, deja advenir al jarro en sí mismo. Aunque lo que es en sí la esencia del jarro nunca lo es por la producción. el jarro que está-por-sí-solo salido de la producción se recoge para la tarea de contener. En el proceso de producción, el jarro debe presentarse primero al alfarero como idea. Aunque, esta apariencia (*eidos*, idea) este auto-presentarse, caracteriza al jarro únicamente en el sentido de un recipiente, frente y ante el alfarero, por producirse.

Pero lo que un recipiente con esta apariencia es como jarro, qué y cómo un jarro es como jarro-cosa, es algo que nunca experimentaremos, menos aún pensaremos adecuadamente, si lo hacemos a través de su apariencia, desde la *idea*. Es por ello que Platón, quien representó el presenciar de lo que presencia por su apariencia, no comprendió mejor que Aristóteles y todos los pensadores posteriores la esencia de la cosa. Más bien, Platón experimentó, y en verdad de manera decisiva en lo sucesivo, todo lo que presencia como objeto de una producción. En lugar de "objeto" —aquello que está ante, en oposición a nosotros— *Gegenstand*, usaremos el término más preciso: *Herstand*, lo-que-adviene. En la plena esencia del *Her-Standes*, lo-que-adviene, prevalece un doble estar, *Her-Stehens*.

Primero, el *Her-Stehens*, lo que adviene, en el sentido de *Herstammens aus*, derivarse-de-algún-lugar..., sea éste un *Sichhervorbringen*, proceso de auto-atraerse, o en el sentido de *Hergestellwerden*, ser producido por otro. Y segundo, en el sentido de *Hereinsteichens des Hervorgebrachten*, del estar-que-adviene-al-estar, en lo desoculto de lo que ya está presente.

Sin embargo, toda representación de lo que está presente, en el sentido de lo-que-adviene (*Herständigen*), de lo que está frente, en oposición a nosotros como objeto (*Gegenständigen*), no alcanza a la cosa como cosa. La "coseidad" del jarro descansa en que es un recipiente. Nosotros nos percatamos de que el jarro contiene cuando llenamos el jarro. El fondo y el lado del jarro, evidentemente, se encargan de contener. Pero ¡vayamos por partes! Cuando llenamos el jarro con

vino, ¿vertimos el vino en los lados y en el fondo? A lo sumo, vertimos el vino entre los lados y el fondo ya que, con seguridad, son lo impermeable del recipiente. Aunque lo impermeable no es todavía lo que contiene. Cuando llenamos el jarro, el verter que lo llena fluye en el jarro vacío. Lo vacío es lo que hace el contener del recipiente. Lo vacío, este hueco desocupado del jarro, es lo que es el jarro como recipiente contenedor.

Sin embargo, el jarro consiste también de lados y fondo. Y ello deja al jarro sostenerse. ¿Qué sería un jarro que no se sostuviera? En el mejor de los casos sería un jarro mal logrado, aunque todavía un jarro, uno que en realidad aún contiene, pero que desplomándose incesantemente se vacía de aquello que contiene. Sin embargo, únicamente aquello que es recipiente contenedor puede vaciarse.

Los lados y el fondo, a través de los cuales y por cuyo medio el jarro se sostiene, no son en realidad los que lo hacen contener. Si el contener descansa en el vacío del jarro, entonces, la elaboración del alfarero, quien, en su torno, construye los lados y el fono, estrictamente hablando, no hace al jarro. El únicamente da forma al barro. No, él da forma al vacío. Para éste, en éste, y desde este vacío, el alfarero construye con el barro la forma. Desde el comienzo hasta el final el alfarero produce desde el inconcebible vacío un contenedor dándole la forma de un recipiente. Lo vacío del jarro determina todo el manejo del proceso de producción. La "coseidad" del recipiente de ninguna manera descansa en el material del que está hecho, sino en el vacío que contiene. Y, sin embargo, ¿está el jarro en realidad vacío?

Las ciencias naturales nos aseguran que el jarro está lleno de aire y de todo lo que es componente del aire. Nosotros nos permitimos un desvío en nuestra manera de reflexionar semipoéticamente cuando señalamos el vacío del jarro y determinamos desde allí el contener. [El vacío en lugar de la materia].

Pero tan pronto examinamos científicamente al verdadero jarro, de acuerdo a su realidad, los datos son distintos. Cuando vertimos el vino en el jarro, sólo desplazamos el aire, que ya llena el jarro, reemplazándolo por el líquido. Pensando científicamente, llenar un jarro quiere decir intercambiar un contenido por otro.

Esta aseveración de la física es correcta. A través de ella la ciencia representa algo real, y lo determina objetivamente. Sin embargo, ¿el jarro es esta realidad? No. La ciencia únicamente confronta lo que desde su manera de representar ha aceptado con anterioridad como objeto posible de ciencia.

Se dice que la ciencia compele. Con seguridad así es. Pero, ¿en qué consiste esto? En nuestro caso consiste en que nos compele a renunciar al jarro de vino y, en su lugar, colocar un hueco en el que fluye un líquido. La ciencia hace del jarro-cosa algo nulo al no permitir a las cosas ser en la medida de lo que son.

El conocimiento de la ciencia, compele en su propio ámbito, el de los objetos, ya aniquiló las cosas como cosas mucho antes de que la bomba atómica explotara [se refiere aquí a un pasaje de la introducción donde afirma que una explosión nuclear no sería exactamente la catástrofe que solemos imaginar, puesto que la ciencia ya ha aniquilado a las cosas en tanto cosas]. Esta explosión es sólo la más ordinaria de toda confirmación ordinaria de la ya acontecida aniquilación de las cosas: la confirmación de que la cosa como cosa es nula. La "coseidad" de la cosa permanece oculta, olvidada. La esencia de la cosa no sale a la luz, es decir, no adviene al lenguaje. Esto es lo que quiere decir nuestra conversación sobre la aniquilación de las cosas como cosas. Y esta aniquilación es por ello muy extraña, porque conlleva una doble ocultación: primero, la noción de que únicamente la ciencia es superior a cualquier otra experiencia en acceder a lo real en su realidad; y segundo, la apariencia de que, independientemente de la investigación científica de la realidad, las cosas aún son cosas, lo que presupone que éstas en algún momento anterior tuvieron total posesión de su esencia como cosas. Pero, si anteriormente las cosas se mostraron así mismas como cosas en su "coseidad", entonces, la "coseidad" de la cosa sería manifiesta. Y estas habrían exigido su derecho a ser pensadas. Sin embargo, la verdad es que la cosa como cosa está prescrita, anulada y, en este sentido, aniquilada. Esto acontece y ha acontecido de manera tan esencial que la cosa no sólo ya no es admitida como cosa, sino que las cosas nunca, todavía, han podido aparecer al pensamiento como cosas.

¿En qué consiste este no-aparecer de las cosas como cosas? ¿Es que el hombre simplemente ha omitido representarse la cosa como cosa? El hombre sólo puede omitir lo que ya ha sido dado. El hombre puede representar, de todas maneras, únicamente lo que con anterioridad advino por sí mismo a la luz y se muestra al hombre con la luz que trae consigo.

¿Qué es entonces la cosa como cosa que su esencia nunca hasta ahora ha logrado advenir?

¿No ha advenido la cosa suficientemente cerca del hombre como para que él pueda aprehenderla como cosa? ¿Qué es la cercanía? Ya nos hemos preguntado esto antes. Para experimentarlo examinamos al jarro de cerca.

¿Dónde descansa la "jarrosidad" del jarro? De repente lo perdimos de vista, en verdad en el momento mismo en que se introdujo la ilusión de que la ciencia podría aclararnos la realidad del verdadero jarro. Hemos situado las características efectivas del recipiente, lo que hace al contener, el vacío, que como hueco está lleno de aire. Eso es el vacío, en realidad pensado desde la física.; aunque no es el vacío del jarro. Con ello no dejamos que el vacío del jarro sea *su* vacío. No prestamos atención a lo que del recipiente es el contener mismo. Y por ello incluso lo que el jarro contiene se nos sustrajo. Para una representación científica el vino es mero líquido, y la liquidez, a su vez, se vuelve en uno de los estados de agregado a la materia, posible siempre. Y así omitimos reflexionar sobre lo que el jarro contiene y cómo lo contiene.

¿Cómo contiene el vacío el jarro? Contiene recibiendo lo que le es vertido. Lo vacío contiene de dos maneras: acogiendo y reteniendo. La palabra "*fasen*", contener, es entonces de significado ambiguo. Con todo, el acoger lo que le es vertido y el retenerlo co-pertenecen. Y esta unidad se determina, sin embargo, desde el verter para el cual el jarro es apropiado como jarro. La doble manera de contener que tiene el vacío descansa en el verter. Y es en este verter que el contener es auténticamente como es. El verter desde el jarro es obsequiar. El contener del recipiente presencia en el obsequiar del verter. El contener necesita el vacío como contenedor. La esencia del vacío contenedor se reúne en el obsequiar. Aunque el obsequiar es más rico que el simple verter. El obsequiar, a través del cual el jarro es como jarro, se reúne en las dos maneras de contener, y en verdad, en el verter. Llamamos a esta reunión de las dos maneras de contener en el verter, que, primero, reunidos, constituyen la plena presencia del obsequiar: el obsequio vertido. La "jarrosidad" del jarro presencia en el obsequio del verter. Incluso el jarro vacío retiene su esencia por virtud del obsequio vertido, aún cuando el jarro vacío no permite el verter. Sin embargo, este no permitir pertenece al jarro y únicamente a él. Una guadaña, en cambio, o un martillo, son incapaces de este permitir del obsequiar.

El obsequio del verter puede ser un trago. Da agua o vino para beber.

El manantial permanece en el agua del obsequio. Y en el manantial permanece la roca, y en la roca el oscuro dormir de la Tierra que recibe la lluvia y el rocío del Cielo. En el agua del manantial permanece el enlace del Cielo y la Tierra. Permanece en el vino ofrecido por la fruta de la vid, fruta en la que el alimento de la Tierra y el sol del Cielo son desposados. En el obsequio del agua, en el obsequio del vino permanecen el Cielo y la Tierra. Aunque el obsequio del verter es el que hace la "jarrosidad" del jarro. En la esencia del jarro permanecen Tierra y Cielo.

El obsequio del verter es el trago para los Mortales. Sacia su sed. Refresca su ocio. Alegra su vida comunitaria. Aunque el obsequio del jarro es a veces también ofrecido para la consagración. Si el verter es para la consagración, entonces, no sosiega la sed. Sosiega y eleva la celebración festiva. El obsequio del verter ya no es con ello un ofrecimiento en una taberna, ni tampoco un trago para los mortales. El verter es la libación vertida a los dioses inmortales. El obsequio vertido como libación es el obsequio auténtico. En el obsequiar la libación consagrada, el jarro que vierte presencia como el obsequio ofrecido. La libación consagrada es lo que nuestra palabra "Guss", verter, "giessen", vaciar, viene del griego $\chi\epsilon\epsilon\iota\nu$, del indogermánico *ghu*: Esto quiere decir: ofrecer en sacrificio. Vaciar, cuando es traído a su esencia, pensado con suficiente generosidad y dicho genuinamente, quiere decir donar, ofrecer en sacrificio y, por ello, obsequiar. Únicamente por esta razón el verter, cuando su esencia está desvanecida, se convierte en un simple llenar o vaciar hasta que finalmente decae en despachar licores en una taberna. Verter no es un simple llenar y vaciar.

Cuando el obsequio del verter es para beber, los Mortales permanecen a su manera. Cuando el obsequio del verter es libación, los Dioses permanecen a su manera, y ellos son a quienes retoma el obsequio como el obsequio de una donación. En el obsequio del verter permanecen los Mortales y los Dioses, cada uno a su manera. En el obsequio vertido permanecen coligados Tierra, Cielo, Dioses y Mortales. Los cuatro se co-pertenecen en una unidad desde lo que ellos mismos son. Ellos son, anterior a todo lo que presencia, en una única cuaternidad.

En el obsequio vertido presencia la sencilla unicidad de los cuatro.

El obsequio del verter es un obsequio en la medida en que en él permanecen la Tierra y el Cielo, los Dioses y los Mortales. El permanecer ya no es aquí el simple afirmarse de algo que está presente. El permanecer acontece. Trae a los cuatro el claro de su co-pertenencia. Desde esta sencilla unicidad son desposados. Y en esta co-perteneciente unicidad son desocultados.

En el obsequio del verter permanece la sencilla unicidad de la cuaternidad de los cuatro. Y en el obsequiar, el jarro presencia como jarro. El obsequio reúne lo que le corresponde al obsequiar: las dos maneras de contener, el contenedor, el vacío, y el verter como donación. Lo reunido en el obsequio se reúne en el permanecer del acontecer de la cuaternidad. Esta múltiple sencilla-unicidad reunida es la esencia del jarro. Nuestro lenguaje llama a reunión con una antigua palabra alemana. Esta palabra es: "thing", cosa. La esencia del jarro es el genuino obsequiar-reuniendo de la sencilla unicidad de la cuaternidad en el permanecer. El jarro presencia como cosa. El jarro es el jarro como cosa. Sin embargo, ¿cómo presencia la cosa? La cosa "cosea". La cosa reúne. La cuaternidad,

acontecida, reúne el permanecer de la cuaternidad en algo que permanece por un tiempo: en esta cosa, en aquella cosa⁷⁶.

¿Por qué dejamos correr una cita tan larga? ¿No hay manera de abreviarla? Sí, pero ¿para qué o por qué? Podemos reducirla omitiendo lo que la cosa puede significar en calidad de cosa. Obliterándola. Negándole la posibilidad de expresarse, a través de las palabras de Heidegger, como cosa. Comprimiendo la cita hubiéramos hecho de la cosa sólo un objeto útil para nuestros fines; es decir, lo mismo que hace la economía o la ciencia con ella. No se trataría, entonces, de citar a Heidegger para suprimirlo.

Es muy claro que para Martín Heidegger, la coseidad de la cosa no es su materialidad, sino lo que enlaza en el plano de lo simbólico, en el terreno de la cultura, en el suelo del lenguaje, lo que hace presente la cuaternidad; esa intrincada presencia no observable al microscopio que hace que la cosa sea cosa, y no objeto reducido a materialidad física.

3. A manera de conclusiones.

Utilizando la estructura conceptual heideggeriana podríamos preguntarnos ¿en qué descansa y qué es la humanidad del humano? Y siguiendo con su pensamiento, podríamos respondernos que, definitivamente, la humanidad del ser humano no descansa en su materialidad biológica. Yendo todavía más lejos con el filósofo alemán, podríamos decir que las ciencias médicas, tal como se encuentran ahora y de acuerdo con las características que han adoptado en su devenir histórico, son incapaces de dar cuenta de la humanidad del hombre.

Sin embargo, no debemos ser injustos con la medicina. La deshumanización que la ciencia ha producido en el terreno en ella no es, ni mucho menos, su único efecto. A la visión científica también debemos, en buena medida, la descosificación —en sentido heideggeriano— de las cosas que pueblan la vida cotidiana de los hombres. Tal vez a esto se debe el hecho de que el problema que venimos trabajando se encuentre hoy extendido en todos los ámbitos de la vida social.

⁷⁶ HEIDEGGER, Martín. "La cosa", *Das Ding*, del libro *Vorträge und Aufsätze*. Verlag Günther Neske Pfulling. Fünfte Auflage. 1985. Traducido y publicado en *Espacios*. Boletín del Centro de Investigaciones Filosóficas. Instituto de Ciencias. Universidad Autónoma de Puebla. Año v No. 14, 1989. pp.3-6.

Milan Kundera expresa, resumido, nuestro asunto del siguiente modo:

'En 1935, tres años antes de su muerte, Edmund Husserl pronunció, en Viena y Praga, las célebres conferencias sobre la crisis de la humanidad europea. El adjetivo "europea" señalaba para él una identidad espiritual que va más allá de la Europa geográfica (hasta América, por ejemplo) y que nació con la antigua filosofía griega. Según él, esta filosofía, por primera vez en la Historia, comprendió el mundo (el mundo en su conjunto) como un interrogante que debía ser resuelto. Y se enfrentó con ese interrogante, no para satisfacer tal o cual necesidad práctica, sino porque la 'pasión por el conocimiento se había adueñado del hombre'.

La crisis de la que Husserl hablaba le parecía tan profunda que se preguntaba si Europa se encontraba aún en condiciones de sobrevivir a la misma. Creía ver las raíces de la crisis en el comienzo de la Edad Moderna, en Galileo y en Descartes, así como en el carácter unilateral de las ciencias europeas, que habían reducido el mundo a un simple objeto de exploración técnica y matemática y habían excluido de su horizonte el mundo concreto de la vida, *die Lebenswelt*, como decía él.

El desarrollo de las ciencias llevó al hombre hacia los túneles de las disciplinas especializadas. Cuanto más avanzaba éste en su conocimiento, más perdía de vista el conjunto del mundo y a sí mismo, hundiéndose en lo que Heidegger, discípulo de Husserl, llamaba, con una expresión hermosa y casi mágica, 'el olvido del ser'.

Ensalzado antaño por Descartes como 'dueño y señor de la naturaleza', el hombre se convirtió en una simple cosa en manos de fuerzas (las de la técnica, de la política, de la Historia) que lo exceden, lo sobrepasan, lo poseen. Para esas fuerzas su ser concreto, su 'mundo de la vida' (*die Lebenswelt*) no tiene ya valor ni interés alguno: está eclipsado, olvidado de antemano.

Creo, sin embargo que sería ingenuo considerar la severidad de esa visión de la Edad Moderna como una simple condena. Yo diría más bien que los dos grandes filósofos han revelado la ambigüedad de esta época que es degradación y progreso a la vez y que, como todo lo humano, contiene el germen de su fin en su nacimiento. Esta ambigüedad no resta importancia a los cuatro últimos siglos europeos, a los que me siento más ligado cuanto que no soy filósofo sino novelista. En efecto, para mí el creador de la Edad Moderna no es solamente Descartes, sino también Cervantes.

Es posible que sea esto lo que los dos fenomenólogos han dejado de tomar en consideración en su juicio sobre la Edad Moderna. Al respecto deseo decir: si es cierto que la filosofía de las ciencias han olvidado el ser del hombre, aún más evidente resulta que con Cervantes se ha creado un gran arte europeo que no es otra cosa que la exploración de este ser olvidado".⁷⁷

Compartimos con Kundera su visión dialéctica del asunto, de hecho en la introducción de este trabajo empezamos señalando los dos polos del tema; la era moderna ha traído consigo degradación y progreso. Claro que, por otro lado, cae como agua fresca en tierra reseca, la aguda visión del novelista cuando nos señala que la Era Moderna también se inicia con Cervantes y que en la novela no se ha hecho otra cosa que explorar al ser que la ciencia ha omitido.

El problema, sin embargo, es que la visión médica del ser humano proviene exclusivamente de textos científicos, puesto que dentro del proceso de formación médica no está contemplada la lectura de novelas. Ciertamente es que autores como Ramón de la Fuente han insistido en que el médico debe formarse integralmente a través de la psicología, la sociología, la literatura y la historia, entre otros aspectos humanísticos. Si embargo la regla es la omisión de estas cuestiones.

Desgraciadamente, los contenidos humanísticos, cuando son incorporados a los *currícula* médicos, frecuentemente son interpretados por la mayoría de los profesores como "materias de relleno" y son trabajados con distancia y hasta con cierto desdén. Esta actitud docente, también de manera desafortunada, es adoptada por la mayoría de los alumnos. Si a lo anterior añadimos que en nuestro país el hábito de la lectura es una actividad de las menos propagadas entre la población en general, podremos comprender más ampliamente por qué el ejercicio de la medicina galopa a toda prisa hacia el predominio de la técnica en la relación médico-paciente.

Ahora vayamos con un filósofo mexicano, Samuel Ramos, que en su trabajo *Hacia un nuevo humanismo*, expresa el predominio de lo material en el mundo actual de la siguiente manera:

"A este error ha contribuido también el supuesto de que la realidad es por todas partes una y la misma, de que la rigen idénticas leyes y que por consecuencia todo es explicable por los mismos

⁷⁷ KUNDERA, Milán. *El arte de la novela*. México. 1988. Editorial Vuelta. Pp.11-12.

principios intelectuales. Se postulaba pues una unidad abstracta y geométrica del universo. Tal fue el caso de la aplicación de los principios de la ciencia natural a las ciencias del espíritu y a las históricas⁷⁸

En relación con la complejidad humana, Ramos plantea que:

“El hombre dotado de consciencia es más que un ser viviente’. Para Boutroux el universo del que forma parte el hombre, no es un conjunto uniforme como suponía la ciencia, sino una totalidad compuesta de estratos o capas de diverso contenido existencial, que aun cuando se apoyan unas en otras poseen un modo de ser peculiar y autónomo: es *un universo pluralista constituido por varios mundos* que se escalonan como los pisos de un edificio. (...) Debe entenderse, pues, de acuerdo con esta doctrina, que entre las diversas capas del ser hay una relativa dependencia y una relativa independencia. La más alta no puede existir sin la más baja. El pensamiento sólo puede aparecer. Éstas lo alimentan, apoyan en su existencia; pero luego, sobre esta base, el pensamiento puede escoger finalidades propias, sus desarrollos toman un vuelo libre que las condiciones puramente vitales no alcanzan a explicar. En cambio los estratos inferiores sí pueden existir sin los superiores. Hasta cierto punto, el hombre puede desarrollar su animalidad pura sin preocuparse ni necesitar el auxilio del espíritu. De estos hechos ha deducido Nicolai Hartmann algunas leyes que fijan exactamente las relaciones de esta dependencia e independencia de las categorías. En cuanto que los estratos superiores necesitan a los inferiores para su existencia son evidentemente más débiles. Así, en este orden, la categoría del ser más débil es la del espíritu, la más fuerte, la de la materia inanimada. Dentro del universo el mundo físico existe en una grandiosa indiferencia respecto a los seres vivientes y se mueve con una fuerza temible. Las leyes biológicas, por su parte, actúan como una energía que no toma en cuenta las miras superiores del hombre. Esta jerarquía de las fuerzas no altera en absoluto la jerarquía objetiva de valores que se ordena en sentido inverso. Un acto moral o de contemplación estética, una idea científica o filosófica sigue siendo a pesar de su debilidad, más valioso que la fuerza bruta.

Exceptuando el mundo material que se encuentra en la base del sistema, cada estrato del ser necesita del inferior, sólo para el mero hecho de existir. Una vez que adquiere la existencia, actúa regido por leyes independientes. No hay pues, en el universo, un sistema uniforme de leyes,

⁷⁸RAMOS, Samuel. *Hacia un nuevo humanismo. Programa de una antropología filosófica*. México. F.C.E., 1997. Tercera edición. p. 30.

sino diferentes tipos de legalidad paralelos a los estratos del ser. Sería extraordinariamente fecundo hacer una revisión de la historia en sus interpretaciones filosóficas, tanto de las que sólo la explican desde abajo como de las que la explica desde arriba, para denunciar su falsedad y hacer sentir la urgencia de otra valoración desde el punto de vista de los nuevos conocimientos antropológicos.⁷⁹

Ramos, siguiendo a sus autores, reconoce una pluralidad de legalidades que rigen en los distintos estratos del ser. ¿Por qué no se reconocen por la ciencia ordinaria? Por qué en el terreno que nos ocupa se trata lo espiritual o, dicho de otro modo, lo psicológico, como si fuera lo orgánico o material.

¿Por qué en la vida diaria se hacen regir las leyes de la sustancia sobre lo viviente y lo espiritual, siendo la materia física inanimada el nivel más bajo de los estratos del ser?

Algo ocurre en la historia humana que hace, por ejemplo, que en determinado momento el monoteísmo se imponga al politeísmo, que el equivalente general —dinero— termine por imponerse a los equivalentes particulares; que la visión única del mundo constriña a las demás haciéndose pasar por universal y violentando de esa manera todas las demás visiones posibles.

Tal vez la afinidad que la legalidad única tiene con el pensamiento bipolar, la haga muy atractiva como referente general para casi la totalidad de las actividades humanas. Desde la legalidad única como referente sólo hay dos posibilidades para pensar, decidir, actuar, discriminar, organizar, planear, etcétera. Estas posibilidades son: es o no es. Si es, entonces forma parte del sistema, del grupo, del conocimiento racional, del conjunto. Si no es, automáticamente, se le excluye. Todo lo anterior, puede verse, no es otra cosa que los parámetros desde donde se ejerce el control.

Una sociedad, entonces, que tiene al *control* como premisa de la convivencia, de la organización, de la producción, del consumo, etcétera, demandará una legalidad única. Claro que, por otro lado, para las clases dominantes, la legalidad única es el modo más económico de mantenerse en el poder. Mantenimiento del orden basado en una gran violencia porque implica tratar algo como si fuera otro algo:

⁷⁹ RAMOS, Samuel. *Op. Cit.* pp. 53-54.

Al ser humano como si fuera un animal cualquiera, a lo vivo como a lo muerto, al cuerpo, como si fuera un órgano, al órgano como si fuera un tejido. Al empleado como si fuera un "recurso", al libro como si fuera papel, al ciudadano como si sólo fuera un votante, al vaso como si sólo fuer vidrio, entre millones de situaciones posibles. Claro está que, dentro de esta perspectiva, también se trata a la naturaleza como si fuera un recurso, objeto útil para los fines prácticos de intereses inmediatos. Esto, todos lo sabemos, nos ha llevado a la mayor devastación del planeta en toda la historia humana.

El precio que se paga, entonces, por la extensión de la racionalidad a todas las esferas de la vida humana es la aniquilación de las cosas en tanto que cosas, de la negligencia del ser humano en tanto ser humano, de la negación del planeta en tanto ser vivo.

Como intuíamos desde un principio, la deshumanización de la medicina es sólo un aspecto particular de la gran deshumanización que permea todas las capas de la vida y la existencia humanas.

Podríamos preguntarnos, entonces ¿Existe alguna manera de articular las distintas legalidades que conforman la vida humana, el mundo humano, el cuerpo humano, en suma, la realidad humana? Sólo a modo de ilustración veamos qué ocurrió con la visión del mundo galileana-newtoniana-cartesiana, en su encuentro con Freud al momento de la construcción del psicoanálisis.

3.1. Volver a mirar el mito desde Freud

Tal vez el último tercio del siglo XIX fue la época donde se vivieron con más fuerza los planteamientos galileanos que venimos criticando; inclusive en Freud ellos encamaron en el llamado juramento *fisicalista* donde absolutamente todos los fenómenos "debían" ser comprendidos por medio de su reducción a la atracción y repulsión de fuerzas. Es decir, en tanto que sólo se acepta un universo, sólo existía una visión científica de él: la *Naturwissenschaft*.

Veamos cómo plantea el asunto Paul-Laurent Assoun:

“Así, en la epistemología freudiana, no hay cabida para un dualismo, pues la distinción de las *Geisteswissenschaften* [ciencias del espíritu] y de las *Naturwissenschaften* [ciencias de la naturaleza] remite a una distinción de dos esferas axiológicamente distintas. No basta con decir que, para Freud, el psicoanálisis es una *Naturwissenschaft*: de hecho, no hay, literalmente, más ciencia que la de la naturaleza. *Naturwissenschaft* equivale prácticamente a *Wissenschaft*. Entendemos que la ambición de cientificidad remite de manera exclusiva y pleonásmica a una norma que emana de la ciencia de la naturaleza. Por eso en los escritos de Freud, la alternativa es tan clara: si el psicoanálisis es una ciencia digna de ese nombre, entonces es *Naturwissenschaft*”.⁸⁰

Recordemos, sin embargo, que a pesar del propio Freud, el psicoanálisis se consolidó en el campo del lenguaje y no en alguna especie de neurología del inconsciente. Para él, como para Aristóteles y Galileo, la homogeneidad de la naturaleza y de sus leyes se continuaba, sin rupturas, en el hombre. Dicho de otra manera, el ser humano, integralmente, formaba parte de la uniformidad del universo. Esto implicaba que tanto el funcionamiento del estómago como el del aparato psíquico debían estudiarse de manera fisicoquímica. Sin embargo, la necesidad del médico vienés fue, desde un principio, construir una teoría para explicar sus hallazgos clínicos —entre los cuáles destacamos lo que después sería el sujeto para Lacan—, esta actividad teórica fue la responsable de que Freud, gradualmente, se alejara en los hechos —pero no en las declaraciones—, de la *Naturwissenschaft*.

Para finalizar, hagamos por nuestra cuenta y riesgo otro recorrido por el tránsito del mito al logos, tratando ahora de recuperar con Freud y Lacan una idea básica del sujeto y su subjetividad. Volvamos al mito con Morey.

3.1.1. Un lugar para la subjetividad.

En las llamadas “ideologías reales” (p/ej.: Persia, Babilonia o Egipto— es decir, la mayor parte de los imperios con los que la Hélade mantenía algún tipo de relación), las formas rituales se organizan en un culto fuertemente burocratizado e igualmente el sistema mítico experimenta

⁸⁰ ASSOUN, Paul-Laurent. *Introducción a la epistemología Freudiana*. México. Siglo XXI. 1991. Cuarta edición. pp. 45-46.

singulares variaciones. Persiste la idea de ciclo, por lo que el presente no es más que manifestación de un momento fundacional —pero el Rey se convierte en encarnación viva de este principio cosmogónico. El rey es la fuerza que integra los acontecimientos dentro de un ciclo de repetición, por medio de la instauración de una distribución espacial de los seres y la implantación de un calendario. A lo largo de todo un año el rey garantiza el orden —es decir la repetición de los acontecimientos según el modelo mítico fundacional. Cuando el año termina, el rey deja de reinar y se llevan a cabo unas fiestas sacras en las que se revive el caos original y la fundación del mundo (por ejemplo el *Enuma Elish*, el Himno de la Creación babilónico), al cabo de las cuales se restaura de nuevo el orden y se renueva la soberanía real durante un año más.

En tal sistema no existe separación entre orden social y orden natural —cualquier acontecimiento es competencia del rey: desde un robo o un tumulto hasta la caída de un meteorito. Él es quien garantiza la estabilidad de la realidad. El orden social es mantenido por medio de un sistema legislativo, administrativo y represivo en ocasiones sumamente complejo. Por lo que respecta al orden natural, es de importancia vital que no ocurra nada imprevisto —así, principalmente las castas sacerdotales elaborarán un cuerpo de técnicas para predecir cualquier acontecimiento (especialmente los astronómicos) que pudiera poner en entredicho la soberanía. El caso de los eclipses es singularmente importante: no importaba si los sacerdotes predecían un eclipse y este no ocurría (o no era visible) pero era fatal si se daba un eclipse sin el permiso real —la irrupción de un acontecimiento incontrolado de esa magnitud ponía en crisis la soberanía real.^{81 82}

Para los habitantes de la época gobernada por el mito el presente era la repetición de algo que ya había sucedido ¿en dónde? En una narración sagrada; el hecho fundante era, entonces, un hecho del lenguaje: el tiempo, por su parte, era circular como lo eran también los ciclos naturales que le habían servido de modelo constructivo: el día y la noche, las estaciones del año, las lluvias y la sequía, etcétera.

⁸¹ MOREY, Miguel. *Op. Cit.* pp. 14-15.

⁸² Para mayor información en cuanto a los reyes, sus reinados y sus sistemas de designación puede consultarse el extenso y completo trabajo de FRAZER, James George. *La rama dorada*. FCE: México. 1992.

Los actos de los sujetos del mito, las relaciones intersubjetivas, el comportamiento, etcétera, eran algo así como el despliegue y entrecruzamiento de un conjunto de papeles de una obra escrita de antemano: el hecho fundante, convertido en narración sacra, de donde nadie podía escapar; donde lo único posible de hacer era repetir la historia una y otra vez, infinitamente.

Lo que sucederá después es lo que ya ha sucedido antes: el futuro es la repetición del pasado. El presente es pasado porque lo que hoy vivo ya sucedió antes; y también es futuro porque esto que hoy sucede también sucederá después. Presente, pasado y futuro se atraviesan mutuamente o, si se quiere ver así: no hay presente, ni pasado ni futuro; es decir no hay tiempo, o cuando menos, no hay tiempo lineal como lo entendemos en la actualidad.

Freud descubrió que en las producciones del inconsciente se entretejan referencias a hechos del pasado anímico de sus pacientes, con representaciones actuales, e inclusive con expectativas puestas en el futuro. El inconsciente opera, entonces en el no tiempo. O, dicho de otra manera, el tiempo del inconsciente es semejante del tiempo mítico. Veamos algo de lo que Freud dice al respecto:

"En este punto me permito rozar de pasada un tema merecedor del más profundo tratamiento. La tesis de Kant según la cual el tiempo y el espacio son formas necesarias de nuestro pensar puede hoy someterse a revisión a la luz de ciertos conocimientos psicoanalíticos. Tenemos averiguado que los procesos anímicos inconscientes son en sí «atemporales». Esto significa, en primer término, que no se ordenaron temporalmente, que el tiempo no altera nada en ellos, que no puede aportárseles la representación del tiempo"⁸³

Dentro de la sucesión temporal lineal —que es el terreno de la consciencia o, del sistema *percepción-consciencia*, para decirlo en términos de Freud—, un hecho que suceda primero, de manera automática, adquiere para nosotros el carácter de causa y, el que le sucede, el de efecto. A partir de esta representación general ordenamos los hechos en el espacio-tiempo y, con base en ello, tomamos decisiones, adoptamos posiciones, y también actuamos.

⁸³ FREUD, Sigmund. "Más allá del principio de placer" en *Obras Completas de Sigmund Freud*. Tomo XVIII. Amorrortu. Buenos Aires. 1986. p. 28.

Ahora bien, si en los hechos anímicos inconscientes no opera la temporalidad lineal ¿bajo qué principio se organizan? ¿Hacia dónde apuntan? O dicho de otra manera ¿qué quieren decir?. Antes de intentar una respuesta, vayamos a otro aspecto del mito: el mito ordena y dota de sentido a las prácticas rituales más importantes y, además, organiza la vida social a través de un cuerpo de prescripciones y un principio de inteligibilidad.

El sentido de hacer las prácticas rituales era, en buena medida, garantizar que a través de ellas se conservara la continuidad de los ciclos; y esta repetición cíclica era, simplemente, la vida misma. Un gran cúmulo de actividades sociales y hechos naturales estaba, entonces, dotado de sentido. Muchos actos de los hombres y mujeres, quién sabe cuantos —tal vez todos— tenían un sentido fijado de antemano.

En la era moderna, fuertemente influida por los preceptos de la ciencia, el sentido se ha alejado de nuestras vidas y actos; la mayoría de los acontecimientos que nos rodean carecen de algún sentido para nosotros; pues sólo concedemos significatividad a los hechos que atraviesan la cadena de acontecimientos que eslabonamos de acuerdo con nuestras intenciones. Un accidente de tránsito, por ejemplo, sólo adquiere algún sentido cuando afecta de alguna manera el recorrido hacia nuestro lugar de trabajo. El mundo está poblado, entonces, por millones de acontecimientos que significan nada para nosotros pues no vemos o sentimos que haya en ellos algún vínculo que nos implique.

Una persona que encuentra sentido y vínculo personal con cualquier acontecimiento que le rodea es, en nuestros días, una persona enferma: veamos algo de la experiencia psiquiátrica de Lacan:

"Uno de nuestros psicóticos relata el mundo extraño en que entró desde hace un tiempo. Todo se ha vuelto signo para él. No sólo es espiado, observado, vigilado, se habla, se dice, se indica, se lo mira, se le guiña el ojo, sino que esto invade — verán de inmediato establecerse la ambigüedad— el campo de los objetos reales inanimados, no humanos. Observemos esto un poco

más en detalle. si encuentra un auto rojo en la calle —un auto no es un objeto natural— no por casualidad, dirá, pasó en ese momento”⁸⁴.

Es claro, entonces, que si ya dispusiéramos de la máquina del tiempo y fuéramos al pasado para traer una persona que vivió durante el reinado del mito, en esta época sería, muy posiblemente, algo muy parecido a un paranoico.

Ahora si tratemos de responder, desde el psicoanálisis, a la pregunta ¿qué es lo que gobierna las representaciones incluidas en las formaciones del inconsciente? Lo que las gobierna es el *sentido*. Efectivamente, algo de eso que el *logos* griego primero y la revolución galileana después dejó atrás fue, de nueva cuenta (como hizo con la tragedia), recuperado por Freud en la construcción del psicoanálisis.

Las representaciones incluidas en las formaciones del inconsciente, como los sueños, están ordenadas de acuerdo con un sentido ¿cuál?, el cumplimiento de deseo. Un deseo, por lo regular, incompatible con la moral, las costumbres o las tradiciones de la persona. Algo que entra en conflicto con lo establecido y que se realiza en un campo donde no tiene acceso la restricción cultural; es decir, en el terreno del lenguaje, en una formación inconsciente. Veamos lo que Lacan nos dice al respecto:

“Pero no basta hacer historia, historia del pensamiento, y decir que Freud surgió en el siglo del cientificismo. En efecto, con la *interpretación de los sueños*, es re-introducido algo de esencia diferente, de densidad psicológica concreta, a saber el sentido.

Desde un punto de vista cientificista, Freud pareció entonces coincidir con el más arcaico pensar: leer algo en los sueños. Retornó luego a la explicación causal. Pero, cuando se interpreta el sueño, estamos siempre de lleno en el sentido. Es la subjetividad del sujeto, sus deseos, su relación con el medio, con los otros, con la vida misma, lo aquí cuestionado.”⁸⁵

⁸⁴ LACAN, Jacques. “Introducción a la cuestión de la psicosis”, en *El seminario de Jacques Lacan. Libro 3. Las psicosis*. Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós. Buenos Aires. 1992. p. 18.

⁸⁵ LACAN, Jacques. *El seminario de Jacques Lacan. Libro 1. Los escritos técnicos de Freud. 1953-1954*. Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós. Buenos Aires. 1988. pp. 11-12.

Nos encontramos ahora con una referencia a la subjetividad dotada de contenido; la subjetividad del sujeto está planteada por Lacan como la relación del sujeto con sus deseos, con el medio, con los otros, con la vida misma. Esta relación es *un sentido subjetivo* inconsciente.

El cuestionamiento freudiano a la subjetividad referido por Lacan apunta a que, antes de Freud, la subjetividad era algo exclusivo de la consciencia: la consciencia de sí era entendida como la subjetividad misma; y la intencionalidad de la consciencia aparecía como el ingrediente fundamental del lazo social; por ejemplo, "voy a la universidad porque quiero ser médico y en ella me vinculo con estudiantes, profesores, programas de estudios, reglamentos, etcétera". En otras palabras, la cadena de hechos derivada de mi accionar consciente en la vida es el lazo social que me vincula con migo mismo, con los demás, con el medio, etcétera.

Freud descubrió que lo inconsciente juega un papel determinante en la subjetividad del sujeto y, a partir del psicoanálisis, pudo explicar enormes lagunas de comprensión que hasta entonces se tenían en la psicología de la vida anímica de los sujetos. Situaciones que aparecían como algo enigmático, cuando todo el accionar de la persona intentaba elucidarse exclusivamente desde el punto de vista de la consciencia (recordemos el citado caso de la señora Cãicile).

Para nuestros fines, basta con ensanchar un poco más lo que venimos trabajando desde la primera parte: habíamos partido de la noción de los hechos sociales como hechos del lenguaje; ahora vemos la subjetividad como el vínculo del sujeto consigo mismo y con los demás, con el medio y con la vida misma. Esto no contradice lo anterior, más bien lo precisa un poco más: la subjetividad es también un hecho del lenguaje. Recordemos, al respecto, que en la definición de Lacan, el sujeto —y por tanto, la subjetividad inherente a él— es lo que se encuentra entre dos significantes.

Esto último es particularmente importante en la relación médico-paciente porque en el terreno de la salud-enfermedad lo que está en juego es la relación subjetiva de la persona con la vida misma. Y si el médico no lo entiende tratará la enfermedad independientemente de la persona; es decir, como un hecho objetivo comprensible solamente desde una perspectiva físico-química.

Esta última afirmación es un lugar común en terreno de la práctica médica desde hace mucho tiempo: la llamada de atención para que los médicos atiendan a los enfermos y no sólo a las enfermedades; pero también es lugar común omitir una explicación al respecto.

Dentro de la perspectiva psicoanalítica el vínculo privilegiado del sujeto consigo mismo y con los demás; es decir, el lazo social, es algo que cristaliza en el *sentido* —ya mencionamos que las formaciones del inconsciente tienen sentido y hacen sentido.

En el plano de la consciencia el sentido es también un aspecto de primordial importancia: el sujeto en su vida cotidiana realiza un conjunto de actos que tienen un sentido que lo vincula con los demás de manera positiva o negativa; pero finalmente se trata de vínculo en los dos casos y, por lo mismo, permanece el lazo social.

La vida humana en síntesis —hay que remarcar **humana**— y no sólo en el análisis, depende del sentido. Si la persona no encuentra el sentido de estudiar, de trabajar, de envejecer, etcétera, tampoco encontrará el sentido de levantarse, bañarse, alimentarse, de comunicarse con los demás. La vida de la persona se encuentra, entonces, en un gran riesgo. Que alguien pierda el sentido de vivir tal vez pudiera parecer absurdo, pero en la actualidad es un problema de salud pública que afecta sobre todo a los jóvenes. Hoy muchas veces se llama depresión a ese estado que, vale recordarlo, es un estado subjetivo.

Si a lo anterior añadimos el hecho de que en conocimiento científico que soporta la práctica médica contemporánea la subjetividad está excluida podremos darnos cuenta de las dimensiones y la complejidad del problema.

Ahora bien, si las formaciones del inconsciente obedecen a la regla del sentido, y si el sentido apunta al cumplimiento de deseo ¿A qué obedece el deseo?

En realidad, la teorización sobre el deseo es algo bastante amplio: empezó con Freud y continuó después de él, sobre todo se ensanchó mucho con Lacan; mencionaremos aquí, sólo algunos detalles:

Ya habíamos mencionado que en el trabajo analítico de interpretación de los sueños Freud se topó con el hecho de que la lógica subyacente en las formaciones oníricas era, precisamente, el cumplimiento de deseo. También apuntábamos que el cumplimiento de deseo se ve forzado a dar un rodeo para realizarse simbólicamente. ¿Por qué? porque las representaciones que articulan el cumplimiento de deseo en la formación del inconsciente son, regularmente, representaciones sobre las cuales ha caído la represión del aparato anímico.

No se trata aquí de repetir a Freud y a Lacan, simplemente diremos que entre los dos hay diferencias notables. Mientras en el primero la "causa" del carácter inconsciente del deseo del sujeto puede encontrarse en la represión proveniente de las restricciones culturales, para Lacan el deseo es imposible en tanto que necesita valerse del lenguaje para expresarse. Como ya vimos antes, el lenguaje en Lacan remite al lenguaje y por lo tanto no existe la posibilidad de que el sujeto pueda expresar su deseo de esta o de aquella cosa.

"El deseo, función central de toda la experiencia humana, es deseo de nada nombrable.⁸⁶

El sujeto, sujeto del inconsciente en Lacan, tampoco puede entonces expresarse cabalmente porque no existe palabra alguna que sea capaz de representarlo. Tampoco en este terreno vamos a abundar. En todo caso se trata de una invitación a la lectura de Lacan. Intentamos decir que el problema de la ausencia de la subjetividad en el conocimiento científico biomédico no es tan fácil de resolver, que no se trata de cuestionar simplistamente la racionalidad científica en favor del psicoanálisis.

De lo que sí estamos un poco más seguros es que, dentro del conocimiento científico médico, no existe un significante que represente al ser humano. En él están representados los

⁸⁶ LACAN, Jacques. "El deseo, la vida y la muerte" en *El seminario de Jaques Lacan. El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Libro 2. Paidós. Buenos Aires. 1992. p. 335.

átomos, las moléculas, las células, los tejidos, las caridades, los órganos, pero no existe un significante que represente al ser humano.

Dejando, por el momento, a un lado los esfuerzos de la ciencia por repeler al sujeto y su subjetividad del terreno del conocimiento, debemos decir, junto con Martín Heidegger, que el Ser no puede ser representado de manera total (alguien podría decir que esto ya lo sabíamos puesto que, desde los presocráticos, se construyó la posibilidad de *reducirlo* en un modelo que lo representa). Pero la imposibilidad para representar el Ser de las cosas no es sólo una limitación de la subjetividad, es una limitación del lenguaje en general, incluido en él el lenguaje científico. El modelo no es la cosa, es su representación y en ella no está todo lo que la cosa es.

Las cosas no hablan, no pueden decirnos lo que son. Nosotros hablamos por ellas y afirmamos que son esto o aquello. Luego entonces, la existencia de las cosas y de su ser, sólo puede hacerse presente en el lenguaje. "La cosa adviene al lenguaje"⁸⁷ nos dice Martín Heidegger por todas partes de su obra, pero el lenguaje también mata la cosa porque no la representa toda. Aquí Lacan coincide fuertemente con el filósofo alemán.

Esta es una contradicción interesante, si la cosa estuviera toda representada en el lenguaje, el lenguaje sería la cosa misma y, por lo mismo, no habría necesidad de representación ni de lenguaje.

Ahora bien, en la medida en que el lenguaje es una construcción humana, todo lenguaje es subjetivo, inclusive el lenguaje científico.

¿Cuál es el problema entonces? el problema es que en el cuerpo humano las leyes de la física no funcionan del mismo modo que en el cuerpo de muchos otros animales, o en la corporeidad material de las rocas o los árboles. Que la materialidad del cuerpo del ser humano es una discontinuidad en la homogeneidad material del universo.

⁸⁷ HEIDEGGER, Martín. *La cosa. Op. Cit.*

Vimos con Freud que el significante es capaz de alterar el cuerpo. Que el significado procesado de modo inconsciente en una de sus pacientes, se manifestaba en forma de un dolor facial, y también vimos las terribles consecuencias que engendra la interpretación exclusivamente físico-química del fenómeno. Con lo anterior queremos decir, siguiendo uno de los principales aportes teóricos de Lacan, que la realidad humana no sólo es real como se piensa en amplios sectores de las ciencias experimentales. Por lo tanto, no se rige exclusivamente por las leyes de la materia física. La realidad humana, incluido el propio ser humano en ella, siempre es, a un tiempo e indisolublemente, real, simbólica e imaginaria.

La realidad humana es, entonces, un terreno real-simbólico-imaginario donde las legalidades de esos tres registros se encuentran enlazadas: las leyes de la materia, las leyes del lenguaje y las leyes de la imagen, por decirlo de alguna manera aproximada. Donde no conviene intervenir en cualquiera de ellos sin aceptar que los otros dos también se verán modificados y sus alteraciones modificarán de nueva cuenta el registro de partida. Veamos esto en el terreno que nos ocupa.

La significación que una persona hace de su estado de salud no sólo es una manifestación subjetiva que hay que despejar del terreno para trabajar científicamente sino que, también es algo que influye poderosamente en el desarrollo y desenlace de la enfermedad porque en el mundo humano, lo real es afectado por lo simbólico.

En resumen, lo que el paciente **imagina**, estrechamente vinculado con lo que **simboliza**, es algo que impacta poderosamente en lo **real-anatómico-fisiológico** de su cuerpo; del mismo modo que lo que sucede en lo real es simbolizado e imaginado subjetivamente por el paciente.

Finalmente, recordemos que la deshumanización de la medicina es un fenómeno complejo que se manifiesta desde y hacia diversos planos: el social, el político, el histórico, el cultural, entre muchos otros. Que es necesario indagar seriamente en cada uno de ellos y que este trabajo, es sólo la exploración desde un punto de vista.

Como resultado de nuestra pregunta ¿qué es el ser humano al interior del conocimiento científico? llegamos a concluir, a través de ciertos pasajes históricos y recurriendo al análisis estructural de la lingüística visto desde la óptica de Lacan, que dentro del conocimiento científico biomédico vigente en el terreno de la medicina el ser humano no es, porque no existe un significante que lo represente.

Lo anterior se muestra claramente, entre otras cosas, en el hecho de que la subjetividad se encuentra obliterada en el mundo médico. La deshumanización de la medicina consiste, entonces, en que la humanidad del ser humano no se encuentra en el interior del conocimiento científico que emplean los médicos para tratar las enfermedades de sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. AGUIRRE BELTRÁN, G. *Obra antropológica. XIII Antropología Médica* Cap. IX "La medicina dominical: coerción vs consenso" Coedición Universidad Veracruzana, INI, FCE, Gob. del estado de Veracruz, México, 1994.
2. ALARCÓN, Donato G. "El ejercicio liberal de la medicina y el médico asalariado" en *Problemas del ejercicio profesional del médico en México. Mesas redondas de la V Jornadas Médicas Nacionales* México, Academia Nacional de Medicina, 1960.
3. ALVAREZ, Amézquita J. y otros *Historia de la salubridad y la asistencia en México* México, SSA, 1960. Vol. 1
4. ASSOUN, Paul-Laurent. *Introducción a la epistemología Freudiana*. México. Siglo XXI. 1991. Cuarta edición.
5. BACHELARD, Gastón. *La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo*. México. Siglo XXI. 19ª edición.
6. BATESON, Gregory. *Espíritu y naturaleza*. Amorrortu. Buenos Aires. 1980.
7. BERGER, P. y LUCKMAN, T. *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires, 1995.
8. BONINO, Donatella *El compañero médico. Por una nueva relación médico-paciente*. México, Nueva Imagen, 1979.
9. BOURDIEU, P. y PASSERON, J.C. *La reproducción* Editorial Laia, Barcelona, 1979.
10. BOURDIEU, Pierre *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción* Anagrama, Barcelona, 1997.
11. BOURDIEU, Pierre. Intervention au Colloque du MRAP en mai 1978, parue dans *Cahiers Droit et liberté (Races, sociétés et aptitudes: apports et limites de la science)*, 382.
12. CAMPOS, R. "La relación médico-paciente ¿una relación de poder y subordinación?", en LARA Y MATEOS, R.M. *Medicina y Cultura. Hacia una formación integral del profesional de la salud*. Plaza y Valdés, México, 1994
13. CAPRA, Fritjof *El punto crucial* Editorial Integral, Barcelona, 1985.
14. CAPRA, Fritjof *La trama de la vida. Una perspectiva de los sistemas vivos*. Anagrama, Barcelona. 1998.
15. CERVANTES Jr. Luis. *Sociología Médica. Derechos y obligaciones de médicos, pacientes y familiares* México, Costa-Amic Editores, 1983.
16. CONAMED. "Primer informe anual de actividades" en *Revista Conamed* México, Año 1, No. 4, julio-septiembre de 1997.
17. COROMINAS J. y PASCUAL J. A. *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico* Editorial Gredos, Madrid, 1981. Seis volúmenes.
18. CORTÉS Gallo, Gabriel "Aspectos generales de la relación médico-paciente", en PORTER K. J. *Introducción a la bioética. Aspectos de la Relación Médico-Paciente*. p. 41.
19. CRUZ, S. Rebeca *Elementos para el análisis de la crisis de la salud en México (1876-1988)*. Tesis de licenciatura en sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM, 1992.
20. DE LA FUENTE, Ramón, *Psicología y Medicina*. México. F.C. E. 1996.

21. DE LA TORRE, Villar E. *et. al. Historia documental de México* Tomo II, México, 1974.
22. DESCARTES, René. *Meditaciones metafísicas*. Editorial Porrúa. México. Colección Sepan Cuantos. No. 177.
23. DE SAUSSURE, Ferdinand *Curso de lingüística general* Alianza Editorial, México, 1992.
24. EINSTEIN, Albert *La relatividad* Editorial Grijalbo, México, 1971.
25. ENDERTON, Herbert B. *Elements of Set Theory* Academic Press, 1977
26. ENDERTON, Herbert. B. *A mathematical Introduction to Logic* Academic Press, 1972.
27. FEBVRE, Lucien. *Combates por la historia*. Ed. Ariel, Barcelona. Tercera edición
28. FERNÁNDEZ, Varela H. *La Comisión Nacional de Arbitraje Médico y la calidad de la atención médica* Ponencia s/f, s/lugar de edición.
29. FOUCAULT, Michel. *Las palabras y las cosas*. Siglo XXI Editores. México. Vigésimoprimera edición en español. 1991.
30. FOUCAULT, Michel. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. México. Decimocuarta edición en español. 1991.
31. FRAZER, James George. *La rama dorada*. FCE: México. 1992
32. FRENK, J. (coord.) "El mercado de trabajo médico", en DE LA FUENTE, R. (comp.) *La educación médica y la salud en México* Col. Salud y Salud y Sociedad. Siglo XXI, México, 1996.
33. FREUD, Sigmund "Recordar, repetir y reelaborar (Nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis, II) (1914) en *Obras completas de Sigmund Freud* Volumen XII. Amorrortu, Buenos Aires, 1988.
34. FREUD, Sigmund y BREUER, J. *Estudios sobre la histeria* En *Obras completas de Sigmund Freud*. Amorrortu. Buenos Aires, 1987, Volumen II.
35. FREUD, Sigmund. "Proyecto de psicología para neurólogos" en *Obras completas de Sigmund Freud*. Tomo I. Amorrortu. Buenos Aires. 1988.
36. FREUD, Sigmund. "La interpretación de los sueños" en *Obras completas de Sigmund Freud*. Tomos IV y V. Amorrortu. Buenos Aires. 1987 y 1986.
37. FREUD, Sigmund. "Más allá del principio de placer" en *Obras Completas de Sigmund Freud*. Tomo XVIII. Amorrortu. Buenos Aires. 1986.
38. HALL, Edward T. *La dimensión oculta*. Siglo XXI. México. Decimoprimera edición en español, 1987.
39. HEIDEGGER, Martín *De camino al habla* Ediciones del Serbal-Guitard. Barcelona, 1987.
40. HEIDEGGER, Martín. *Introducción a la metafísica*. Ed. Gedisa. Barcelona. 1993.
41. HEIDEGGER, Martín. "La cosa", *Das Ding*, del libro *Vorträge und Aufsätze*. Verlag Günther Neske Pfulling. Fünfte Auflage. 1985. Traducido y publicado en *Espacios*. Boletín del Centro de Investigaciones Filosóficas. Instituto de Ciencias. Universidad Autónoma de Puebla. Año V No. 14, 1989.
42. HERNÁNDEZ, Zinzún Gilberto. "Proyecto del Genoma Humano. Una aproximación sociológica", en *Investigación Hoy*, México. IPN. 1997. No. 77
43. HERNÁNDEZ, Zinzún Gilberto *Desarrollo económico-social y políticas estatales de salud en México*. Tesis de Licenciatura en sociología. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNAM. 1985.

44. KANT, Manuel. *Critica de la razón pura*. Editorial Porrúa. México. 1977. Colección "Sepan Cuantos" No. 203.
45. KEYNES, J. M. *Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero* Fondo de Cultura Económica México, 1984. Octava reimpresión.
46. KOYRÉ, Alexandre. *Estudios de historia del pensamiento científico*. Siglo XXI Editores. México. 1991. 11ª Edición.
47. KUNDERA, Milán. *El arte de la novela*. México. 1988. Editorial Vuelta.
48. LACAN, J. *El seminario de Jacques Lacan. El yo en la Teoría de Freud y en la Técnica Psicoanalítica 1954-1955* Libro 2. Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Buenos Aires, 1992.
49. LACAN, Jacques *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 4. La relación de objeto* Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Barcelona, 1994.
50. LACAN, J. *El Seminario de Jacques Lacan. Las psicosis 1955-1956* Libro 3. Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Buenos Aires, 6ª reimpresión de la primera edición castellana, 1992.
51. LACAN, Jacques. *Le séminaire. Livre III. Les Psychoses*. Texte établi par Jacques-Alain Miller. Seuil. Paris. 1981.
52. LACAN, Jacques "Subversión del sujeto y dialéctica del deseo en el inconsciente freudiano" en *Escritos 2* Siglo XXI, México, Decimoséptima edición en español, 1993.
53. LACAN, Jacques. "Subversion du sujet et dialectique du désir dans l'inconscient freudien" en *Écrits II*. Editions Seuil. Paris. 1999.
54. LACAN, Jacques *El seminario de Jacques Lacan. Libro 11, Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. 1964* Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Buenos Aires, 1992.
55. LACAN, Jacques *Le Séminaire de Jacques Lacan. Livre XI. Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse* Texte établi par Jacques-Alain Miller. Editions du Seuil, Paris, 1973.
56. LACAN, Jacques *El seminario de Jacques Lacan. Libro 1. Los escritos técnicos de Freud. 1953-1954*. Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Buenos Aires, 1988. 5ª reimpresión de la primera edición castellana.
57. LACAN, Jacques *El Seminario de Jacques Lacan. Libro 20, Aun, 1972-1973*. Texto establecido por Jacques-Alain Miller. Paidós, Buenos Aires, 1992.
58. LACAN, Jacques. "El deseo, la vida y la muerte" en *El seminario de Jacques Lacan. El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*. Libro 2. Paidós. Buenos Aires. 1992.
59. LAÍN Entralgo, Pedro *La relación médico-enfermo. Historia y teoría* Alianza Editorial, Madrid, 1983.
60. LAPLANCHE, Jean y PONTALIS, Jean-Bertrand *Diccionario de Psicoanálisis* Labor, Barcelona, 1993.
61. LEE, R. I.; JONES, L. W. "The fundamentals of good medicine care" Chicago: The University of Chicago Press, 1933. Fragmento publicado en *Revista Salud Pública de México*, marzo-abril 1990, Vol. 32, No. 2.
62. LEÓN PORTILLA, M. et. al. *Historia documental de México* UNAM, México, 1974. Instituto de Investigaciones Históricas, Tomo I.
63. LÉVI-STRAUSS, Claude *Mito y significado* Alianza Editorial, México, 1987
64. LÉVI-STRAUSS, Claude *Antropología estructural* Paidós, Barcelona, 1992.
65. LÉVI-STRAUSS, C. Introducción a *Sociología y Antropología* de Marcel Mauss.

66. LÓPEZ AUSTIN, Alfredo “Cosmovisión y Salud entre los Mexicas” en revista *Artes de México*
67. LÓPEZ AUSTIN, A. “La polémica sobre la dicotomía frío-calor”, en *La medicina invisible*, LOZOYA, X. y ZOLLA, C. ed. Folios Ediciones, México, 1983.
68. MARX, Karl *Elementos fundamentales para la crítica de la economía política (Grundrisse) 1857~1958*. Siglo XXI, México, 1980. Decimoprimer edición.
69. MARX, Karl. *El Capital. Crítica de la economía política*. FCE, México, 1978. Decimotercera reimpresión. Tomo I.
70. MARX, Karl. “Manifiesto del Partido Comunista” en *Obras escogidas* de C. Marx y F. Engels en tres tomos. Editorial Progreso. Moscú. 1980. Tomo I.
71. MATURANA, Humberto y VARELA, Francisco. *El árbol del conocimiento*. Ed. Universitaria. Santiago de Chile, 1996,
72. MAUSS, Marcel *Sociología y Antropología* Editorial Tecnos, Madrid, 1971.
73. MOREY, Miguel. *Los presocráticos. Del mito al logos*. Ed. Montesinos. Barcelona. 4ª. Edición. 1988.
74. NIETZSCHE, Friedrich *La genealogía de la moral* Alianza Editorial, México, 1989.
75. OLIVÉ, León. *El bien, el mal y la razón. Facetas de la ciencia y de la tecnología*. Paidós-UNAM. México. 2000.
76. PAZ, Octavio *El mono gramático* Seix Barral, Biblioteca de Bolsillo, Barcelona, 1996.
77. *Pequeño Larousse Ilustrado* Ediciones Larousse, Santafé de Bogotá, D.C., Colombia, 1998.
78. PODER EJECUTIVO FEDERAL, *Plan Nacional de Desarrollo*. 1983-1988.
79. PODER EJECUTIVO FEDERAL *Programa Nacional de Salud*. 1984-1988. Introducción.
80. POPPER, Karl. “El influjo de Platón” en *La sociedad abierta y sus enemigos* Ed. Paidós. Barcelona. 5ª reimpresión. 1992
81. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA *Mínimos de Bienestar. Salud* COPLAMAR, México, 1979.
82. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA *Decreto de creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico* CONAMED, México, 1996.
83. RAMOS, Samuel. *Hacia un nuevo humanismo. Programa de una antropología filosófica*. México. F.C.E., 1997. Tercera edición.
84. ROUDINESCO, Elizabeth. *Lacan. Esbozo de una vida, historia de un sistema de pensamiento*. F.C.E. Buenos Aires. 1994.
85. SCHENDEL, Gordon *La medicina en México. De la herbolaria azteca a la medicina nuclear*. México, IMSS, 1980. Col. Salud y Seguridad Social. Serie Historia.
86. SEPULVEDA, Bernardo (Coordinador) *Seminario sobre problemas de la medicina en México* El Colegio Nacional, México, 1982
87. SOBERÓN, Guillermo, et. Al. “Nuevos frentes del humanismo en la práctica Médica” *Revista Salud Pública de México* Septiembre-octubre de 1994, Vol. 36, No. 5
88. VEGETTI, Mario. *Los orígenes de la racionalidad científica. El escalpelo y la pluma*. Ediciones Península. Barcelona. 1981. 189 p.
89. SAGAN, Carl. *Los dragones del edén. Especulaciones sobre la evolución de la inteligencia humana*. Ed. Grijalbo. México. 1984.
90. VERNANT, J. P. *Los orígenes del pensamiento griego*. E.U.D.E.B.A. Buenos Aires. 1965.